



HAL
open science

Caractérisation du flux des urgences au SAU de l'hôpital d'Annecy

Jean-Jacques Banihachémi

► **To cite this version:**

Jean-Jacques Banihachémi. Caractérisation du flux des urgences au SAU de l'hôpital d'Annecy. Médecine humaine et pathologie. 1996. dumas-01730273

HAL Id: dumas-01730273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01730273>

Submitted on 13 Mar 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

1^{er} exemplaire



D 115 017885-9

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 1996

N° D'ORDRE : 5029

CARACTERISATION DU FLUX DES URGENCES AU S.A.U. DE L'HOPITAL D'ANNECY

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU

DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

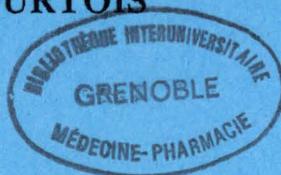
BANIHACHEMI Jean-Jacques

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement le 23 mai 1996 à 18 heures

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur GUIGNIER, Président du Jury
Monsieur le Professeur SARAGAGLIA
Monsieur le Professeur MOUTET
Monsieur le Docteur DRIENCOURT
Monsieur le Docteur COURTOIS



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté
Vice-Doyen
Assesseurs

M. le Professeur J. L. DEBRU
M. le Professeur A. HADJIAN
M. le Professeur B. RAPHAEL
M. le Professeur J.P. ROMANET
M. le Professeur B. SELE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.					
AMBLARD	Pierre	Dermato. Vénérologie	HOSTEIN	Jean	Hépto-Gastro-Entérol.
AMBROISE-THOMAS	Pierre	Parasitologie et Mycol.	JUVIN	Robert	Rhumatologie
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Méd.	JALBERT	Pierre	Génétique.
BACHELOT	Ivan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques	KOLODIE	Lucien	Hématologie
BARGE	Michel	Neurochirurgie	LEBAS	François	Biophys. et Trait. de l'Image.
BARRET	Luc	Médecine Légale	LEBEAU	Jacques	Stomato. et Chir. Maxillo- faciale
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et Imag. Méd.	LENOC	Pierre	Bactér. Viro. Hygiène
BEANT	J.-Claude	Dermatologie, Vénérologie	LETOUBLON	Christian	Chirurgie Générale
BENABID	Alim-Louis	Biophys. et Trait. de l'image	LEVERVE	Xavier	Thérapeutique
BENSA	J. Claude	Immunologie	LUNARDI	Joël	Biochimie et Bio. Molécul.
BERNARD	Pierre	Gynéco et Obstétrique	MACHECOURT	Jacques	Cardio. et Mala. Vascu.
BESSARD	Germain	Pharma. Fondamentale	MAGNE	Jean-Luc	Chir. Vasculaire
BLIN	Dominique	Chir. Thor. et Cardio Vascul.	MAGNIN	Robert	Epidémiologie Economie de la santé et prévention
BOLLA	Michel	Radiothérapie	MALLION	J. Michel	Méd. du Trav. et Risques Prof.
BOST	Michel	Pédiatrie	MASSOT	Christian	Médecine Interne
BOUCHARLAT	Jacques	Psychiatrie d'adultes	MERLOZ	Philippe	Chir. Ortho. et Traumatolo.
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie	MOREL	Françoise	Bioch. et Biol. Molécul.
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cyto. Pathol.	MICLOUD	Max	Maladies Infect. et Trop.
BRICHON	P. Yves	Chir. Thor. et Cardio. Vasc.	MOUILLON	Michel	Ophthalmologie
CARPENTIER	Patrick	Méd. Interne	MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
CHAMBAZ	Edmond	Biologie Cellulaire	MOUTET	François	Chir. Plast. Recon. et Est.
CHARACHON	Robert	O.R.L.	PARAMELLE	Bernard	Pneumologie
CHIROSEL	J. Paul	Anatomie	PASQUER	Basile	Anat. et Cyto. Patho
CINQUIN	Philippe	Biostatistique et Inf. Méd.	PASSAGIA	J Guy	Anatomie.
COLOMB	Maurice	Immunologie	PELLAT	Jacques	Neurologie
COMET	Michel	Biophys. et Trait. de l'image	PERRET	Jean	Neurologie
CORDONNIER	Daniel	Néphrologie	PISON	Christophe	Pneumologie
COULOMB	Max	Radiologie et Imagerie Méd.	PIELIP	Xavier	Rhumatologie
CROUZET	Guy	Radiologie et Imagerie Méd.	POLLAK	Pierre	Pharmacologie
DEBRU	Jean-Luc	Médecine Interne	RACINET	Claude	Gynécologie-Obstétrique
DEGAUDEMARIS	Régis	Méd. du Trav. et des risques professionnels.	RAMBAUD	Pierre	Pédiatrie
DELORMAS	Pierre	Pneumologie	RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistique et Inf. Méd.	RAPHAEL	Bernard	Stomato. et Chirurgie Maxillo-faciale
DENIS	Bernard	Cardio. et Malad. Vascu.	REYT	Emile	O.R.L.
DUPRE	Alain	Chirurgie Générale	ROMANET	J. Paul	Ophthalmologie
DYON	J. François	Chirurgie Infantile	SARAGAGLIA	Dominique	Chir. Orthopédique et Traumatologique
ETERRADOSSI	Jacqueline	Physiologie	SARRAZIN	Roger	Chirurgie Générale
FAGRET	Daniel	Bioph et Trait. Image	SCHAEERER	René	Cancérologie
FAURE	Claude	Anatomie	SEIGNEURIN	Daniel	Histo. embryo. cytogénét. Reproduction
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie	SEIGNEURIN	J. Marie	Bactério-Viro - Hygiène.
FOURNET	Jacques	Hépto-Gastro-Entéro.	SELE	Bernard	Biologie du Développement et de la Reproduction
FRANCO	Alain	Méd. Interne	SOTTO	J. Jacques	Hématologie et Transfusion
GAVEND	Michel	Pharma. Fondamentale	STAHL	J. Paul	Maladies Infect. et Trop.
GIRARDET	Pierre	Anesth. et Réa. Chir.	STIEGLITZ	Paul	Anesthésie et Réa. Chir.
GOULLIER	Andrée	Parasitologie et Mycologie	VIALTEL	Paul	Néphrologie
GUIDICELLI	Henri	Chirurgie Vasculaire	VIGNAIS	Pierre	Biochimie, Biol. Molécul.
GUIGNIER	Michel	Réanimation Médicale	VROUSOS	Constantin	Radiothérapie
HADJIAN	Arthur	Biochimie et biol. Mol.	ZARSKI	J. Pierre	Hépto-Gastro-Entérol.
HALIMI	Serge	Nutrition			
HOLLARD	Daniel	Hématologie			



Remerciements

A Monsieur le Professeur **GUIGNIER**,

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur **SARAGAGLIA**,

qui m'a accueilli dans son service et enseigné la prise en charge
rigoureuse aux urgences.
Qu'il soit assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur **MOUTET**,

A Monsieur le Docteur **DRIENCOURT**,

A Monsieur le Docteur **COURTOIS**,

pour sa gentillesse, sa disponibilité, sans qui ce travail n'aurait pas
pu être réalisé,

qu'ils trouvent, dans ce travail, l'expression de ma profonde
gratitude.

A toute l'équipe du Service des Urgences de l'hôpital d'Annecy,

A toutes les personnes qui ont participé à ce travail,

A Madame **REIGNIER**,

je voudrais les remercier.

A toute **ma Famille**,
pour son soutien,

A mes Amis,

A **Marion**,
pour son amour,

Ce travail représente la fin d'une étape,
Je vous dédie cette thèse.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 1996

N° D'ORDRE :

**CARACTERISATION DU FLUX DES URGENCES
AU S.A.U. DE L'HOPITAL D'ANNECY**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU

**DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Par

BANIHACHEMI Jean-Jacques

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement le 23 mai 1996 à 18 heures

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur GUIGNIER, Président du Jury
Monsieur le Professeur SARAGAGLIA
Monsieur le Professeur MOUTET
Monsieur le Docteur DRIENCOURT
Monsieur le Docteur COURTOIS

INTRODUCTION.....	1
RAPPELS DE LA LEGISLATION EN MATIERE D'URGENCES	5
MATERIELS ET METHODES	10
I - LES DIFFERENTS FACTEURS AGISSANT SUR LES CIRCUITS D'ARRIVEE DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES : LES HYPOTHESES	11
1 - FACTEURS AGISSANT SUR L'ARRIVEE SPONTANEE DU PATIENT.....	11
GENERALISTE.....	12
3 - FACTEURS AGISSANT SUR LE TRANSPORT ORGANISE.....	13
4 - FACTEURS AGISSANT SUR LES AUTRES STRUCTURES DE SOINS.....	13
II.-LES CINQ VOLETS D'ENQUETES	13
III -L'ENQUETE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ET A L'HOPITAL.....	14
1 - LES OBJECTIFS DE CETTE ENQUETE	14
2 - LA DEFINITION DU SERVICE DES URGENCES	14
3 - LES DIFFERENTS SITES IMPLIQUES	15
4 - LA DEFINITION DES CAS.....	15
5 - LES MOYENS	15
5.1 - Une enquête prospective.....	15
5.2 - Un questionnaire en deux parties.....	16
5.3 - le contenu du questionnaire.....	17
5.3.1 -Les caractéristiques socioprofessionnelles et culturelles du patient.....	17
5.3.2 - Les habitudes et attentes médicales du patient.....	18
5.3.3 - Les données médicales concernant le passage aux Urgences.....	18
5.3.4 - La classification de l'urgence.....	18
5.3.5 - Les données sur la prise en charge aux Urgences du patient.....	19
5.3.6 - les données sur l'adéquation du passage du patient aux Urgences.....	20
IV -L'EXPLOITATION DES DONNEES.....	20
1 - LE QUESTIONNAIRE A ETE SAISI SUR 4 DTM.....	20
2 - L'ANALYSE DES DONNEES SUR S.P.S.S.....	20
3 - LES TESTS STATISTIQUES EMPLOYES.....	21
RESULTATS	22
I - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	23
1 - LE NOMBRE DE PATIENTS ENQUETÉS	23
2 - EXHAUSTIVITÉ.....	23
2.1 - Exhaustivité et représentativité au S.A.U.....	23

2.2 - Exhaustivité en Traumatologie du sport.....	25
2.3 - Exhaustivité en Pédiatrie	25
3 - COMPLIANCE AU QUESTIONNAIRE	25
3.1 - Motifs de refus à l'enquête.....	25
3.2 - Taux de réponse aux diverses questions.....	26
4 - ORGANISATION DE LA PRESENTATION DES RESULTATS.....	26
4.1 - Les résultats concernant la population ayant fréquenté les sites d'urgence.....	26
4.2 - Les résultats de l'enquête complémentaire sur les urgences reconvoquées.....	26
II - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	27
1 - REPARTITION DES SEXES	27
2 - REPARTITION DES AGES	27
3 - CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES ENQUETÉS	28
4 - ETAT CIVIL DES ENQUETÉS	28
5 - PAYS D'ORIGINE DES ENQUETÉS.....	28
6 - ORIGINE RESIDENTIELLE DES ENQUETÉS	29
7 - CARACTERISTIQUES SOCIO-MEDICALES DES ENQUETÉS	30
7.1 - Suivi médical	30
7.2 - Fréquentation des urgences.....	31
8 - COUVERTURE SOCIALE.....	31
8.1 - Sécurité sociale.....	31
8.2 - Assurance complémentaire.....	31
9 - LES PATHOLOGIES PRESENTÉES.....	32
III - Le Service d'Accueil des Urgences.....	33
1 - Provenance et circonstances d'arrivée aux urgences.....	33
2 - Les admissions : moyen de transport et décideur.....	35
3 - Durée d'évolution de l'épisode morbide.....	37
4 - Recours au médecin traitant.....	39
4.1 - Les patients ayant tenté de joindre un médecin.....	39
4.2 - Patients n'ayant pas tenté de joindre un médecin.....	41
4.3 - Ont-ils une lettre de médecin?.....	42
4.4 - Le contenu des lettres des médecins adressants.....	43

4.5 - Le suivi médical des patients et l'attitude médicale en fonction des différents facteurs.....	44
5 - Les patients ont-ils eu recours à d'autres personnes ou institutions que leur médecin avant de venir au S.A.U.	48
6 - L'opinion des patients sur leur pathologie.....	48
6.1 - La gravité ressentie.....	48
6.2 - Les délais de traitement.....	49
6.3 - Les moyens qu'on doit leur mettre en oeuvre.....	50
7 - Concernant les patients adressés par un tiers médical.....	51
8 - L'opinion des patients sur le S.A.U.....	52
8.1 - La satisfaction.....	52
8.2 - La "qualité" du médecin qui va les prendre en charge.....	52
8.3 - L'accès aux différents spécialistes.....	53
8.4 - Le coût des soins.....	53
8.5 - Le rôle du S.A.U.....	53
9 - La description médicale.....	54
9.1 - G.E.M.S.A. et gravité clinique.....	54
9.2 - CSP et gravité clinique.....	56
9.3 - Nature de la pathologie.....	58
10 - Les différents moyens utilisés aux urgences.....	59
11 - L'orientation du patient.....	60
12 - Alternatives à la prise en charge du patient au S.A.U.....	69
12.1 - Alternatives à la prise en charge du patient en fonction de l'adressant.....	70
12.2 - Alternatives à la prise en charge du patient en fonction du contexte.....	70
12.3 - Alternatives à la prise en charge du patient en fonction du mode de transport d'arrivée.....	71
12.4 - Alternatives à la prise en charge du patient en fonction des horaires de venues aux urgences?.....	72
IV - PEDIATRIE.....	73
1 - Les différentes caractéristiques socio- démographiques.....	73
1.1 - Origine géographique.....	73
1.2 - La prise en charge sociale.....	73
1.3 - La fréquentation d'un service d'urgence dans les 12 mois écoulés.....	74
1.4 -Le suivi par un médecin traitant.....	74

2 - Les circonstances d'admission.....	75
2.1 - La provenance.....	75
2.2 - Le contexte d'arrivée.....	75
2.3 - L'adressant en pédiatrie.....	76
2.4 - Le moyen de transport.....	76
2.5 - Durée d'évolution du problème qui les amène?.....	76
2.6 - Avant de venir, le patient (ou ses parents) a-t-il demandé l'avis à d'autres personnes ?.....	77
3 - L'opinion du patient sur sa pathologie.....	77
3.1 - La gravité ressentie.....	77
3.2 - D'après le patient dans quel délais sa pathologie doit-elle être traitée.....	78
3.3 - A propos de leur pathologie.....	78
4 - L'opinion du patient sur le fonctionnement des urgences.....	79
4.1 - La qualité des soins aux urgences.....	79
4.2 - Le "grade" du médecin qui va les examiner.....	79
4.3 - L'accès aux différents spécialistes à n'importe quelle heure.....	80
4.4 - L'accès aux urgences pour toutes les personnes qui se présentent.....	80
4.5 - Le coût des soins à la sortie des urgences.....	80
5 - Attitude médicale du patient et du médecin.....	81
5.1 - Le patient a-t-il joint un médecin avant de venir aux urgences ?.....	81
5.2 - Les éléments diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre aux urgences.....	81
5.3 - Nature des pathologies représentées.....	82
5.4 - Classification selon la "gravité clinique".....	83
5.5 - Devenir et orientation du patient.....	83
5.6 - Alternatives à la prise en charge aux urgences du patient.....	84
5.7 - L'arrivée du patient aux urgences est- elle annoncée à l'avance ?.....	84
6 - Concernant les patients hospitalisés.....	85
6.1 - Les raisons d'hospitalisation.....	85
6.2 - Gravité ressentie par le patient et hospitalisation.....	85
6.3 - Médecin de ville et hospitalisation.....	86

6.4 - Nature des pathologies représentées chez les hospitalisés.....	86
V - GYNECOLOGIE.....	87
1 - Les différentes caractéristiques socio- démographiques.....	87
1.1 - Origine géographique.....	87
1.2 - Prise en charge sociale.....	87
1.3 - Nombre de passages dans un service d'urgence depuis les 12 mois écoulés.....	88
1.4 - Le suivi par un médecin traitant.....	88
2 - Les circonstances de l'admission.....	89
2.1 - La provenance.....	89
2.2 - Le contexte d'arrivée.....	89
2.3 - L'adressant en gynécologie.....	90
2.4 - Le moyen de transport.....	90
2.5 - Durée d'évolution du problème qui les amène.....	91
2.6 - Avant de venir, le patient a-t-il demandé l'avis à d'autres personnes ?.....	91
3 - L'opinion du patient sur sa pathologie.....	92
3.1 - La gravité ressentie.....	92
3.2 - D'après le patient dans quel délais sa pathologie doit-elle être traitée.....	92
3.3 - A propos de leur pathologie.....	93
3.4 - La "nature" du médecin qui va les examiner.....	93
3.5 - L'accès aux différents spécialistes à n'importe quelle heure.....	94
3.6 - L'accès aux urgences pour toutes les personnes qui se présentent.....	94
3.7 - Le coût des soins à la suite des urgences.....	94
4 - Attitude médicale du patient et du médecin.....	95
4.1 - Le patient a-t-il joint un médecin avant de venir aux urgences.....	95
4.2 - Les éléments diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre aux urgences.....	95
4.3 - Nature des pathologies représentées.....	96
4.4 - Classification selon la "gravité clinique".....	97
4.5 - Devenir et orientation du patient.....	97
4.6 - Alternatives à la prise en charge aux urgences du patient.....	98
4.7 - L'arrivée du patient aux urgences est- elle annoncée à l'avance ?.....	98

5 - Concernant les patients hospitalisés.....	99
5.1 - Les raisons d'hospitalisation.....	99
5.2 - Gravité ressentie par le patient et hospitalisation.....	99
5.3 - Le médecin de ville et l'hospitalisation.....	100
5.4 - Nature des pathologies représentées chez les hospitalisés.....	100
VI - CONSULTATIONS SUITE DE SOINS :.....	101
TRAUMATOLOGIE DU SPORT.....	101
1- DEMOGRAPHIE.....	101
2- CONTEXTE.....	101
3 - ADRESSANT.....	101
4 - MOTIFS ET DIAGNOSTICS.....	101
4.1 - Circonstances.....	101
4.2 - Les diagnostics les plus fréquents sont.....	102
5 - ALTERNATIVES.....	102
6 - ORIENTATION DES PATIENTS.....	102
DISCUSSION.....	103
I -CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE.....	104
1 - LES BIAIS.....	104
1.1 - Les biais d'échantillonnage.....	104
1.2 - Les biais de réponse.....	104
1.3 - Les biais de jugement.....	104
1.4 - Les biais de saisie.....	105
1.5 Le biais de participation servile.....	105
2 - LES LIMITES.....	105
3 - L'EXHAUSTIVITE.....	106
II -DISCUSSION DES RESULTATS.....	106
1 - Les caractéristiques démographiques.....	106
2 - Les facteurs socio-économiques et ethniques.....	107
3 - Le suivi et les habitudes médicales.....	108
4 - Les raisons de venue au S.A.U.....	108
5 - Les différentes attitudes du patient.....	109
5.1 - L'attitude consumériste.....	109
5.2 - L'attitude rurale.....	111
5.3 - L'attitude des personnes âgées.....	111
6 - Les moyens techniques utilisés au S.A.U.....	111
6.1 - La radiologie.....	111
6.2 - Les examens des laboratoires.....	112
6.3 - Les avis spécialisés.....	112
7 - Les moyens thérapeutiques utilisés.....	112
7.1 - La thérapeutique légère.....	112
7.2 - La petite chirurgie et les pansements.....	112
7.3 - Les moyens de contentions.....	112

7.4 - Les thérapeutiques lourdes.....	113
8 - Les circonstances et la nature des pathologies.....	113
8.1 - La petite traumatologie.....	113
8.2 - La pathologie médicale.....	114
8.3 - La pathologie chirurgicale.....	115
8.4 - La pathologie médico-chirurgicale.....	115
8.5 - La pathologie toxicologique et psychiatrique.....	115
9 - Le devenir et les orientations du patient.....	115
9.1 - L'adressant est le patient lui-même ou l'entourage.....	116
9.2 - L'adressant est un médecin.....	116
9.3 - L' adressant est "les pompiers".....	116
10 - Les hospitalisations.....	117
11 - Les différentes alternatives à la prise en charge des patients aux urgences.....	118
11.1 - Les alternatives aux passages avec "sorties externes".....	118
11.2 - Les alternatives aux hospitalisations.....	119
12 - Le profil de la population aux urgences de l'hôpital d'Annecy.....	119
13 - En ce qui concerne les résultats des urgences pédiatriques et gynécologiques.....	119
14 - En ce qui concerne les résultats des consultations des traumatologies du sport.....	120
III -HYPOTHESES FORMULEES.....	120
IV -PROPOSITIONS pour l'aide à la maitrise du flux aux urgences.....	120
1 - EN AMONT DE LA VENUE AU S.A.U.....	121
1.1 - informer et éduquer le patient.....	121
1.2 - prévoir des structures adaptées et permettre au médecin généraliste de réintégrer la gestion de l'urgence.....	121
2 - pendant la venue au service d'accueil des urgences.....	123
3 - "après"la prise en charge au S.A.U.....	124
CONCLUSIONS.....	125
Conclusions.....	126
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	129

INTRODUCTION

PROBLEMATIQUE DE L'URGENCE

"Tout et n'importe quoi, n'importe quand" en un mot "l'imprévu", voilà comment le Professeur J.F. **CAVELLAT** [14] définit le **Service des Urgences**.

Le mot **urgence** vient du latin *urgens*, "qui est pressant, ne souffre aucun retard". Il s'agirait d'un besoin de soins "qui ne peut attendre". D'ailleurs, selon le Docteur David W. **BAKER** [2] la plupart des patients se présentant aux urgences pensent qu'ils ont besoin d'être traités immédiatement même s'ils disent que leur cas n'est pas grave ou douloureux.

L'Ordre National des Médecins définit l'**urgence** comme "l'état fonctionnel d'un sujet l'incitant à appeler un médecin qui doit répondre et intervenir dans un délai approprié à la nature de l'appel et aux possibilités thérapeutiques dont il dispose".

Ces multiples définitions mettent en évidence la difficulté d'obtenir un consensus pour décrire l'**urgence** [31], et ceci d'autant plus qu'il existe trop de considérations économiques et politiques.

Ceci étant, l'**urgence hospitalière** fait partie, depuis longtemps, des préoccupations des Pouvoirs Publics comme le démontre le rapport **STEG** [52].

Selon ce même rapport, près de huit millions de personnes consultent aux **Urgences** en FRANCE. Le nombre est en augmentation de 5,5 % par an selon le rapport de l'Union Hospitalière Régionale d'Ile de France (U.H.R.I.F.) du 24 mai 1991, qui ajoute, que jamais aucune structure ne pourra faire face convenablement à **tous les types d'urgence**. Cette augmentation des passages entraîne une augmentation des hospitalisations à partir du Service d'Accueil des Urgences.

La connaissance des **différents profils de l'urgence**, clef d'une organisation parfaite [12] ainsi que la prévision des flux hospitaliers -comme cela se fait par simulation sur ordinateur pour le Nouvel Hôpital Européen Georges Pompidou à PARIS [45]- semblent être une des réponses à la problématique de l'urgence en FRANCE.

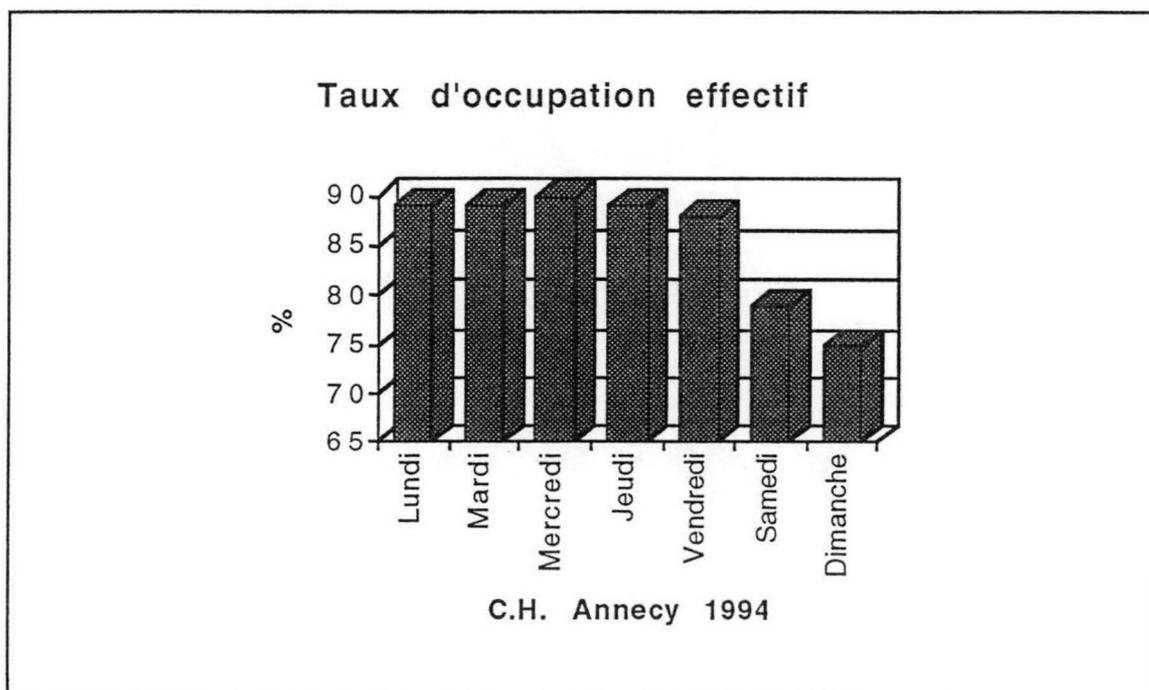
LES URGENCES DE L'HOPITAL D'ANNECY

Cette tendance à l'accroissement de la fréquentation est aussi constatée à ANNECY. Le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.) de l'Hôpital d'ANNECY a reçu en 1995, 33818 entrées. Ce nombre est en constante augmentation depuis 1980 où il était de 22407 personnes (ces chiffres ne tiennent pas compte des suites de soins réalisées aux Urgences). Cette augmentation du flux des urgences entraîne une augmentation des hospitalisations. On remarque, en effet, qu'environ 33,5 % des hospitalisations passent par le Service d'Accueil des Urgences. Ce chiffre rejoint les données nationales décrites par le Séminaire Interprofessionnel (1993) de l'Ecole Nationale de la Santé Publique à RENNES [29].

Les chiffres présentant l'évolution de l'activité du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital d'ANNECY depuis 1980 sont rapportés dans la figure n°2.

L'**Accueil des Urgences** constitue un mode de recrutement majeur pour l'Hôpital. Cependant, les sorties n'étant pas suffisantes pour libérer des places nécessaires, la résultante en est une saturation complète des Services de soins aigus de l'Hôpital d'ANNECY avec des taux d'occupation en 1994 frisant les 100 % [21] (Cf. figure 1).

Figure 1 : Taux d'occupation par jour de semaine en moyenne en 1994 en services aigus



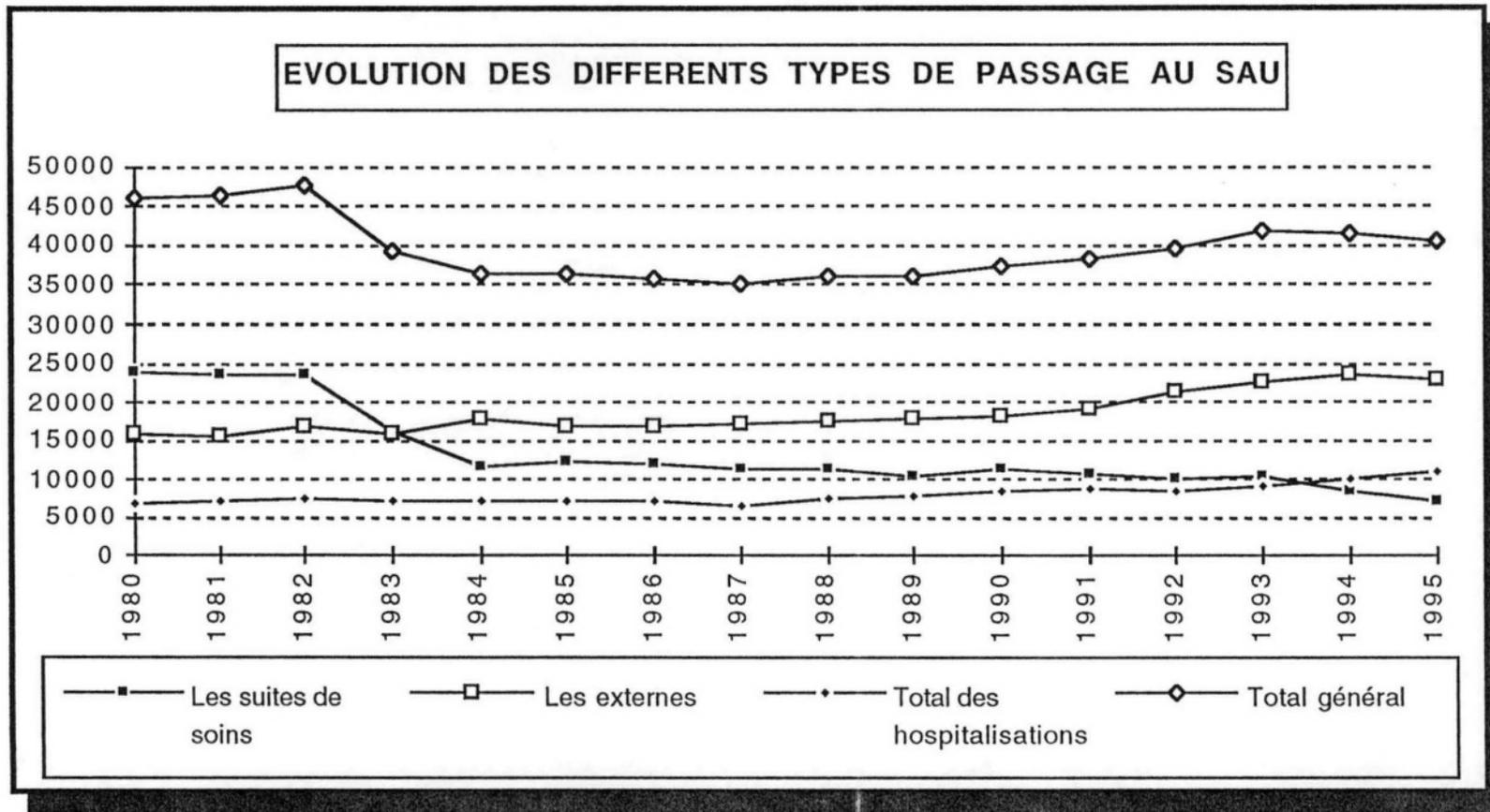


Figure 2 : Evolution des différents types de passage au SAU du C.H. d'Annecy depuis 1980.

Un hôpital surchargé, d'après le Docteur **KROCHMAL**[36] augmente la durée moyenne d'hospitalisation et donc les dépenses de santé.

UNE ETUDE DANS LE CADRE DU PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE (P.H.R.C.)

En 1994, la décision de délocalisation du Centre Hospitalier d'ANNECY a été acquise. La réalisation du futur hôpital passe par une réduction du programme capacitaire. Les capacités actuelles d'accueil étant à la limite de la saturation, le Centre Hospitalier d'ANNECY a déposé un projet de recherche sur le thème des **urgences dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique** .

Ce projet de recherche vise à décrire et caractériser l'ensemble des venues au Service d'Accueil des Urgences, leurs mécanismes ainsi que les événements en lien avec **la prise en charge de l'urgence** qui ont lieu en dehors de l'hôpital. La réalisation de ce projet a pour but de tenter de contenir et/ou de réorienter, voire de diminuer **ce flux d'urgence**, pour éventuellement contenir les indications d'hospitalisations via ce canal. C'est la connaissance des flux, des comportements des usagers et/ou des acteurs, des situations d'urgence qui amènera des éléments de réflexion pour susciter des actions spécifiques.

LA CARACTERISATION DU FLUX DES URGENCES AU CENTRE HOSPITALIER D'ANNECY

"Mieux prévoir pour mieux gérer", tel est le but du dossier proposé par l'Hôpital d'ANNECY et accepté en mai 1995 par le Ministère de la Santé.

Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge des urgences dans son environnement global. Le projet de recherche comporte cinq volets d'enquêtes dont un porte sur le flux des urgences au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier d'ANNECY.

L'objectif de ce travail est de présenter l'étude sur la caractérisation des flux des urgences au Centre Hospitalier d'ANNECY.

**RAPPELS DE LA
LEGISLATION EN
MATIERE
D'URGENCES**

Afin de répondre à la définition de l'urgence, la législation française s'est considérablement modifiée durant ce siècle. Voici quelques grandes lignes des textes officiels :

- la loi municipale de 1884

Elle faisait obligation au Maire d'organiser les secours de sa commune.

- décret du 17 avril 1943

L'organisation des urgences est amorcée dans ce texte, et dans les faits, puisque ce décret insiste sur le fait que tout hôpital ou hospice public doit posséder "un matériel permettant d'effectuer à l'extérieur la réanimation des asphyxiés".

- circulaire du 1er juillet 1959

C'est en 1959 que le Ministère de la Santé s'est penché réellement sur **le problème des urgences**. Il a dressé une liste d'hôpitaux habilités à recevoir les personnes accidentées. Étaient exclus de cette liste, les hôpitaux ne possédant pas de présence médicale suffisante et n'ayant pas de possibilité de transfusion en urgence.

- circulaire du 13 août 1965

Monsieur Raymond **MARCELLIN**, Ministre de la Santé Publique, rédige une circulaire ayant pour objet l'organisation des Services des Urgences et de Réanimation dans les hôpitaux. Les structures de ces services sont définies en matériel, en personnel, et en locaux :

Trois grandes catégories d'établissements sont individualisées :

- . les Hôpitaux Ruraux,
- . les Hôpitaux et Centres Hospitaliers,
- . les Centres Hospitaliers Régionaux.

Cette circulaire insiste sur la notion d'hôpitaux habilités à recevoir et à traiter les urgences et précise que les hôpitaux ruraux, sauf nécessité absolue, ne sont pas habilités à recevoir et surtout à garder les urgences.

- décret du 2 décembre 1965

Le Premier Ministre, Monsieur Georges **POMPIDOU** et le Ministre de la Santé Publique, Monsieur Raymond **MARCELLIN**, publient un décret faisant obligation aux Centres Hospitaliers Régionaux, Centres Hospitaliers et

Hôpitaux Publics figurant sur la liste arrêtée, de disposer de moyens mobiles de secours et soins d'urgences.

- de 1965 à 1975

De nombreux textes ont été publiés ayant pour but la mise en place des Services d'Aide Médicale Urgente (S.A.M.U.) et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R.).

- circulaire du 29 janvier 1975

Madame Simone VEIL, Ministre de la Santé Publique, rédige une circulaire relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment aux urgences. Cette circulaire confère aux établissements intéressés deux grandes fonctions.

1 - Fonction de secours aux blessés et aux malades
grâce au S.A.M.U. et au S.M.U.R.

2 - Fonction d'accueil et de premiers soins
avec quatre impératifs principaux :

2.1 - l'accès au Service d'Accueil des Urgences doit être simple et direct ainsi que l'accès aux différents services avec lesquels il coopère directement.

2.2 - prise en charge immédiate de toute personne se présentant au Service d'Accueil des Urgences :

2.2.1 - les patients ne relevant pas d'une grande urgence seront, après examen, soit renvoyés à leur domicile ou à leur Médecin Traitant, soit hospitalisés temporairement dans le Service d'Accueil des Urgences pour une durée inférieure à 24 heures.

2.2.2 - pour les malades et blessés graves :

* si le diagnostic est porté d'emblée, les malades ou blessés graves seront très rapidement dirigés vers le service concerné,

* en l'absence de diagnostic précis, les premiers gestes thérapeutiques et les premières investigations seront effectués à l'Accueil. Par la suite, en fonction des résultats et selon l'évolution, trois orientations seront possibles :

- . séjour bref (inférieur à 24 heures) pour les premiers soins au Service d'Accueil, puis transfert vers le secteur d'hospitalisation,
- . transfert immédiat vers un Service de Réanimation Polyvalente ou spécialisée,
- . déchocage et préparation en vue d'une évacuation du blessé vers un autre établissement.

2.3 - le Service d'Accueil des Urgences doit être unique dans la ville, ceci pour deux raisons :

- * être mieux connu du public,
- * pouvoir répondre aux problèmes.

2.4 - le Service d'Accueil des Urgences doit avoir à sa tête, un Chef de Service.

- circulaire du 20 avril 1978

Madame Simone VEIL, Ministre de la Santé Publique, insiste à nouveau sur l'obligation faite au Service d'Accueil des Urgences de recevoir toute personne se présentant et de procéder à un examen clinique et aux examens complémentaires nécessaires à l'établissement du diagnostic, ceci de façon immédiate.

- décret du 9 mai 1995

Monsieur Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre Délégué à la Santé insiste à nouveau sur le rôle du Service d'Accueil des Urgences, des A.N.A.C.O.R. (Antenne d'Accueil et d'Orientation) et du Service d'Aide Médicale Urgente ainsi que de leurs modalités de fonctionnement. Il y ajoute les modalités techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de ***Soins Accueil et traitement des Urgences.***

Si la législation en matière d'urgence, telle que nous la connaissons actuellement, semble satisfaisante, étant donné la problématique des urgences, des moyens supplémentaires restent nécessaires.

N'oublions pas que le respect du code de déontologie médicale [46] est un élément d'aide important pour résoudre la problématique des urgences.

MATERIELS ET METHODES

Pour bâtir ces enquêtes, un certain nombre d'hypothèses a été avancé. Celles-ci sont hiérarchisées selon les circuits identifiés de recours des patients.

I - LES DIFFERENTS FACTEURS AGISSANT SUR LES CIRCUITS D'ARRIVEE DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES : LES HYPOTHESES

La pratique quotidienne indique que les patients arrivent au Service d'Accueil des Urgences par l'intermédiaire de quatre circuits principaux :

- *par arrivée spontanée,*
- *par le Médecin Généraliste,*
- *par les transports organisés (S.A.M.U., pompiers...),*
- *à la demande d'autres structures de soins (moyens ou longs séjours, centres de rééducation...).*

L'arrivée des patients vers le Service d'Accueil des Urgences par un de ces quatre circuits est déterminée par des facteurs intrinsèques et/ou extrinsèques, agissant sur ces circuits.

Un certain nombre d'hypothèses est formulé sur ces mécanismes. Ceux-ci doivent être élucidés pour comprendre le plus complètement possible la mécanique des flux d'urgence.

Les hypothèses et les axes d'investigation, pour les valider ou les infirmer, sont décrits successivement.

1 - FACTEURS AGISSANT SUR L'ARRIVEE SPONTANEE DU PATIENT

- urgences vraies ou ressenties (G4, G5, G6 de la classification G.E.M.S.A.),
- continuité des soins (ouverture 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 du S.A.U.),
- accès possible et facile à différents spécialistes,
- tiers-payant ou impression de gratuité des soins,
- recours aux alternatifs impossibles ou inconnus des usagers,
- auto-orientation inadéquate des patients par défaut d'avis médical,
- absence de médecin traitant.

2 - FACTEURS AGISSANT SUR LE MEDECIN GENERALISTE

- urgences vraies nécessitant le recours à une équipe pluridisciplinaire et un plateau technique,
- besoin d'un accès rapide aux plateaux techniques,
- nécessité d'avis spécialisés rapides,
- aversion au risque du médecin, avec une préférence pour une surveillance et une prise en charge en milieu hospitalier.

3 - FACTEURS AGISSANT SUR LE TRANSPORT ORGANISE

- défaut de médicalisation initiale entraînant une prise en charge dans une structure inadéquate.

4 - FACTEURS AGISSANT SUR LES AUTRES STRUCTURES DE SOINS

- continuité des soins,
- accès aux spécialistes et aux plateaux techniques,
- utilisation des urgences comme d'un service de pré-admission ou de réorientation.

Ces différentes hypothèses doivent être vérifiées par cinq volets d'enquêtes.

II.- LES CINQ VOLETS D'ENQUETES

Pour valider ou invalider les hypothèses énumérées sur les facteurs influençant le flux de l'urgence, il est nécessaire d'investiguer dans ce champ les situations de recours, les acteurs (médecins, institutions) et les circuits auxquels sont soumises ces situations.

Ces hypothèses sont investiguées par cinq modules d'enquêtes :

- une enquête visant les médecins spécialistes et généralistes libéraux du bassin annécien,
- une enquête portant sur un échantillonnage représentatif de la population générale,
- une enquête portant sur le Centre 15,
- une enquête sur les situations d'urgence mettant en jeu les médecins libéraux,
- **une enquête portant sur le Service d'Accueil des Urgences et sur l'hôpital.**

Chacun de ces axes correspond à un module d'investigation. La fiabilité de l'analyse suppose la mise en oeuvre de chacun d'eux pour obtenir une vision globale sur la situation des urgences dans le bassin annécien.

Ce dernier module correspond à notre objectif d'étude.

III - L'ENQUETE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ET A L'HOPITAL

1 - LES OBJECTIFS DE CETTE ENQUETE

Les objectifs auxquels doit répondre le travail d'investigation de cet axe sont les suivants :

- description des circonstances de recours au Service d'Accueil des Urgences,
- identification des circuits d'arrivée au Service d'Accueil des Urgences,
- identification des motifs (médicaux) de recours au Service d'Accueil des Urgences,
- mesure de la part évitable de ces recours,
- mesure de la part évitable des hospitalisations,
- identification des alternatives possibles ou souhaitables.

Pour que cette enquête puisse aboutir aux objectifs de manière fiable, une définition du service des urgences a été retenue.

2 - LA DEFINITION DU SERVICE DES URGENCES

Nous avons opté pour la définition présentée au congrès de l'U.H.R.I.F.

le 24 mai 1991 :

- le Service des Urgences est le lieu d'accueil de tous les patients qui se présentent à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée.

La définition ayant été donnée, quels sont les différents sites pris en considération pour notre enquête ?

3 - LES DIFFERENTS SITES IMPLIQUES

Nous avons pris en considération trois sites principaux et un site annexe.

Les trois sites principaux sont :

- *le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.),*
- *le Service des Urgences Pédiatriques,*
- *le Service des Urgences Gynécologiques, excepté l'Obstétrique.*

Le site annexe est :

- *le Service de "suite de soins consultation traumatologique".*

Il nous a paru intéressant d'englober ce dernier qui, malgré sa non-appartenance à la définition du Service d'Urgence (les consultations étant programmées) est un lieu appartenant au Service des Urgences et dont le fonctionnement dépend de Médecins Généralistes ayant un Diplôme Universitaire de Sport.

4 - LA DEFINITION DES CAS

Ont été pris en considération tous les individus, sans restriction d'âge, de motif de venue, de circonstance, d'origine géographique ou de résidence.

5 - LES MOYENS

5.1 - UNE ENQUÊTE PROSPECTIVE

Pour notre enquête, nous avons procédé à une étude de type prospective par coupes transversales sur quatorze jours (14 fois 24 heures) représentatifs des différents jours de la semaine sur une période de saison et d'intersaison touristiques (du 31 juillet 1995 au 15 octobre 1995).

Les dates n'ont pas été choisies au hasard, pour des raisons d'organisation et de disponibilité des médecins enquêteurs (bénévoles) et enquêteurs (bénévoles ou mis à disposition).

Chaque jour de la semaine devait figurer deux fois dans l'échantillon des jours enquêtés.

En ce qui concerne les suites de soins "traumatologie", seuls cinq jours (du lundi au vendredi) pris au hasard sur la même période ont été requis. Cela nous paraissait statistiquement suffisant et exploitable pour ce site.

L'arrivée des patients venant aux suites de soins "traumatologie" étant programmée, et afin d'éviter des non-sens, un questionnaire spécifique a été réalisé pour ces derniers. Il s'agit, en fait, du même questionnaire que les autres sites, mais allégé de nombreuses questions (**voir annexe n°2**).

5.2 - UN QUESTIONNAIRE EN DEUX PARTIES

Tous les passages aux Urgences (y compris les patients reconvoqués en consultation suite de soins "traumatologie") ont été soumis à ce questionnaire. Celui-ci comprend deux parties :

- une partie administrée au patient, remplie par des enquêteurs. Ces derniers étaient bénévoles ou mis à disposition par l'Administration. Ils étaient soit des secrétaires, soit des assistantes sociales, soit des contrats emplois solidarités (C.E.S.), soit des infirmières. Tous avaient été formés avant les journées d'enquêtes. La nuit, de 23 heures à 8 heures, cette partie était remplie par les infirmières ou médecins de garde aux Urgences.

- une partie administrée au médecin qui a pris en charge le malade, remplie par un médecin enquêteur. Celui-ci était "bénévole", venant en dehors de ses horaires de travail et formé avant les journées d'enquêtes. La nuit, de 23 heures à 8 heures, cette partie était auto-administrée par le Médecin des Urgences. Ce dernier était représenté soit par un Interne, soit par un Médecin Assistant Urgentiste, soit par un Praticien Hospitalier, soit par un Médecin Généraliste.

Il est à noter qu'en ce qui concerne les consultations suite de soins "traumatologie", la première partie était remplie par la secrétaire et la deuxième partie était auto-administrée par les médecins consultants.

De plus, en ce qui concerne la Pédiatrie et la Gynécologie, par manque de personnel et par le fait que le nombre de consultants était moindre qu'au Service d'Accueil des Urgences, les deux parties du questionnaire étaient administrées et auto-administrées par les Internes de ces différents Services.

Cela devra être pris en compte dans l'exploitation des données.

Dans la mesure du possible, la première partie du questionnaire était remplie avant que le patient ait été pris en charge médicalement ; cela, afin d'éviter d'influencer les réponses du patient sur les items médicaux du questionnaire.

Si le patient ne pouvait répondre du fait de la gravité de sa pathologie, du fait de son âge ou du fait d'autres circonstances, nous interrogeons soit la famille, soit l'entourage.

En cas de refus de répondre au questionnaire, nous remplissons ce qui était possible et ajoutons à la fin du questionnaire le motif du refus.

5.3 - LE CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Plusieurs maquettes du questionnaire ont été nécessaires afin d'en élaborer un, satisfaisant et fiable, pour répondre à nos différentes hypothèses. Certaines maquettes avaient été testées sur un échantillonnage de patients au S.A.U. puis modifiées.

Ce questionnaire en deux parties tente de faire un profil socio-économico-médical du patient, ainsi qu'un profil "de la pensée médicale" du médecin qui l'a pris en charge.

Six grands thèmes sont abordés :

5.3.1 - Les caractéristiques socioprofessionnelles et culturelles du patient

- pour les mineurs, nous avons voulu connaître la profession des parents; pour les femmes au foyer, celle de leur mari; pour les chômeurs et les retraités, leur profession antérieure. Cela afin de définir "le milieu" socio-économique du foyer d'origine,
- en ce qui concerne l'origine ethnique du patient, nous sommes remontés jusqu'à deux générations, afin d'essayer d'analyser le "profil racial" de la population qui vient aux Urgences,
- le lieu d'habitation des patients a été noté, afin de réaliser une "cartographie" du lieu de venue aux Urgences. Pour les touristes, leurs lieux d'habitation principale et de vacances ont été notés.

5.3.2 - Les habitudes et attentes médicales du patient

- Avait-il un Médecin Traitant et quand l'avait-il vu pour la dernière fois?
- Était-il un habitué à recourir aux Urgences et que pensait-il de la qualité des soins aux Urgences ?
- Savait-il à qui il aurait à faire aux Urgences et pensait-il pouvoir avoir accès à n'importe quel spécialiste, à n'importe quelle heure ?
- Avait-il une protection sociale et pensait-il que les soins étaient payants ou non ?
- Quel était, à son avis, son degré de gravité médicale, son devenir ?
- Si un médecin l'avait envoyé, pourquoi l'avait-il fait ?

Rappelons que les questions étaient posées avant toute prise en charge médicale (si possible).

5.3.3 - Les données médicales concernant le passage aux Urgences

Les circonstances, motifs et mode d'admission ont été notés ainsi que la date des premiers symptômes. Les motifs de venues et les diagnostics ont été codés en C.I.M. 10 (classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) [47].

5.3.4 - La classification de l'urgence

Afin d'essayer d'être le plus objectif possible, nous avons pris deux classifications de l'urgence :

- le G.E.M.S.A. : Groupe d'Étude Multicentrique des Services d'Accueil, mis au point par la Société de Réanimation de Langue Française, Commission des Urgences [55].

La définition des groupes :

- . G1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation,
- . G2 : patient non convoqué, sortant après consultation ou soins,
- . G3 : patient convoqué pour des suites de soins,
- . G4 : patient non attendu dans un Service et hospitalisé après bilan et/ou traitement au Service d'Accueil,
- . G5 : patient ayant un lit retenu dans un Service ne passant au Service d'Accueil que pour des raisons d'organisation hospitalière,

- . G6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure).

- La gravité clinique

Empruntée des références de l'Urgence en Basse-Normandie par le Professeur **LE COUTOUR** [38].

- . **S1:** situation ne justifiant pas une intervention de soins (par exemple : demande de placement)
- . **S2:** situation ne justifiant pas une intervention médicale en urgence (par exemple : demande de certificat)
- . **S3:** situation aiguë, mais ne nécessitant que des soins courants (par exemple : rage de dents, plaie de l'arcade sourcilière)
- . **S4:** situation aiguë, incertaine, dont le risque est à évaluer (par exemple : fièvre du jeune enfant)
- . **S5:** situation risquant de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si non traitée (par exemple : crise d'asthme, plaie des tendons)
- . **S6:** situation risquant de mettre immédiatement en jeu le pronostic vital (par exemple : infarctus du myocarde).

5.3.5 - Les données sur la prise en charge aux Urgences du patient

- toute une liste d'investigations et de soins a été établie.

A noter que :

- . en ce qui concerne la thérapeutique lourde, on a laissé le soin au Médecin des Urgences de la définir (donc question subjective),
- . en ce qui concerne la thérapeutique légère, elle englobe "la thérapeutique légère" et les ordonnances de sortie,
- . en ce qui concerne le plâtre, il s'agit, en fait, de tout moyen de contention (plâtre, strapping, collier cervical...)

- le devenir du patient est aussi déclaré par le médecin ; la raison pour laquelle le médecin a hospitalisé le patient est notée.

5.3.6 - les données sur l'adéquation du passage du patient aux Urgences

Dans cette partie le Médecin des Urgences déclarait les éventuelles alternatives à la prise en charge du malade.

Au total :

- le questionnaire, pour des raisons de facilité de mise en place et d'exploitation comprenait, pour la majeure partie, des questions fermées,
- il fallait environ dix minutes pour qu'un questionnaire soit rempli,
- les patients ont, pour la plus grande majorité des cas, très bien perçu cette étude.

Une ambiance et une organisation spéciales s'étaient mises en place pour les enquêteurs.

Le questionnaire se trouve en totalité à l'**annexe n°1**.

IV - L'EXPLOITATION DES DONNEES

L'exploitation a débuté dès les premières enquêtes.

1 - LE QUESTIONNAIRE A ETE SAISI SUR 4 D™

Le questionnaire a été saisi par une seule personne (pour éviter les biais de saisie) sur un logiciel de bases de données sur Macintosh™ (apple®) : 4D ACI Laurent **LARIBARDIERE®**.

Il fallait environ une heure pour saisir dix enquêtes. Les incohérences ont été revues et corrigées.

2 - L'ANALYSE DES DONNEES SUR S.P.S.S.

L'analyse des données a été réalisée sur Statistical Package for Social Science®

Version 6.1 sur Macintosh™.

3 - LES TESTS STATISTIQUES EMPLOYES

- Nous avons principalement utilisé les tests de Chi 2 afin de voir les différences statistiquement significatives ou non et de pouvoir valider ou invalider nos hypothèses de départ.
- Pour pouvoir comparer les moyennes par classe, nous avons utilisé l'analyse de variance (A.N.O.V.A.).
- Pour les concordances, nous avons utilisé le test Kappa.

RESULTATS

I - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

1 - LE NOMBRE DE PATIENTS ENQUETÉS

* **1394 patients** ont été interrogés sur l'ensemble des sites : ils se répartissent de la manière suivante :

Sites d'urgences : Nombre de cas recueillis :

S.A.U. :	1204 cas	soit 91,3 % du total
Pédiatrie :	77 cas	soit 5,8 % du total
Gynécologie :	38 cas	soit 2,9 % du total

Soit au total : 1319 cas.

"Suites de soins" : Traumatologie du sport :

* L'enquête complémentaire au niveau de la consultation de Traumatologie du sport a collecté **75 cas**.

2 - EXHAUSTIVITÉ

Seule une exhaustivité pour trois des quatre sites est possible à fournir. En effet le service de gynécologie ne tient pas une main courante des cas d'urgence pris en charge, il n'est donc pas possible de fournir les résultats pour ce service.

2.1 - EXHAUSTIVITÉ ET REPRÉSENTATIVITÉ AU S.A.U.

Le "recollage" des données collectées par l'enquête et les données réelles s'est effectué grâce au recueil des informations colligées sur "la main courante" du service d'accueil des urgences. Le relevé systématique des classes G.E.M.S.A. permet de comparer l'échantillon à la population réelle.

On constate une diminution de l'exhaustivité en période nocturne particulièrement entre 4 et 8 heures du matin. Cette faible exhaustivité nocturne affecte de manière intense la nuit du Jeudi 31/08 qui affiche seulement 77,6% de cas recueillis .

Tableau numéro 1 : Exhaustivité du recueil selon les tranches horaires et les jours d'enquête au S.A.U..

Nombre de passages au S.A.U.	8 h à 11 h	12 h à 15 h	16 h à 19 h	20 h à 23 h	0 h à 3 h	4 h à 7 h	Total	Cas Recueillis	Taux
Lundi 31/07	27	21	25	24	7	6	110	94	85,5%
Mercredi 02/08	20	18	30	22	5	3	98	87	88,8%
Lundi 07/08	33	26	30	11	4	2	106	99	93,4%
Mardi 22/08	19	23	26	20	7	4	99	93	93,9%
Jeudi 24/08	13	17	29	17	11	4	91	80	87,9%
Jeudi 31/08	20	12	30	17	3	3	85	66	77,6%
Mercredi 06/09	17	16	20	15	4	8	80	75	93,8%
Vendredi 22/09	14	26	21	20	4	1	86	83	96,5%
Vendredi 29/09	22	25	21	14	0	2	84	79	94,0%
Samedi 30/09	17	28	27	11	7	5	95	94	98,9%
Dimanche 1/10	17	28	30	13	6	2	96	91	94,8%
Dimanche 8/10	30	22	28	14	7	2	103	98	95,1%
Samedi 14/10	19	24	28	13	13	6	103	87	84,5%
Mardi 17/10	27	21	17	17	3	1	86	78	90,7%
Total	295	307	362	228	81	49	1322	1204	91,1%
Cas recueillis	276	287	343	202	62	31	1201*		
Taux de recueil	93,6%	93,5%	94,8%	88,6%	76,5%	63,3%	90,8%		

* 3 cas non renseignés sur l'heure d'arrivée.

Qualité de l'échantillon du S.A.U.

Tableau numéro 1 b : Données comparatives de l'échantillon

Groupes GEMSA	Année 1995		Jours étudiés		Echantillon	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
G2	22 922	69,8%	882	66,7%	783	66,9%
G4	8888	27,1%	402	30,4%	362	30,9 %
G6	1021	3,1%	38	2,9%	25	2,1%
Total	32831		1322		1171	(NR= 33)

La répartition en groupes, des jours étudiés et de l'échantillon par rapport à celle de l'année 1995 est différente ($p < 0,03$). Cependant l'échantillon reste représentatif ($p=0,49$) de la répartition en groupes G.E.M.S.A. de la population réelle des jours étudiés.

2.2 - EXHAUSTIVITÉ EN TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Le taux de recueil y est très fort puisque sur 77 consultations programmées les jours d'enquêtes 75 cas ont pu être enquêtés, soit un taux d'exhaustivité de 97%.

2.3 - EXHAUSTIVITÉ EN PÉDIATRIE

Le taux de recueil y est plus faible : 50 %, avec des variations quotidiennes importantes (de 10 % à 50%).

3 - COMPLIANCE AU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a pu être administré de façon correcte dans 94,0 % des cas (1275 cas).

3.1 - MOTIFS DE REFUS À L'ENQUETE

Dans 119 cas les questionnaires n'ont pu être administrés de façon complète. Seules les rubriques connues des médecins ont pu être complétées.

Parmi ces 119 cas, les motifs de non réponse sont :

- | | |
|---|--------|
| - l'incapacité physique ou gravité: | 36 cas |
| - l'incapacité psychique : | 19 cas |
| - l'agressivité : | 7 cas |
| - Les problèmes de langues : | 5 cas |
| - L'impossibilité d'interroger le médecin référent du cas : | 14 cas |

Dans 38 cas (31,9 % des non répondants) le motif de non réponse n'est pas indiqué.

3.2 - TAUX DE RÉPONSE AUX DIVERSES QUESTIONS

Parmi les questions aux patients : Les taux de non réponse varient le plus souvent autour de 3 % à 13 % (question portant sur le niveau du médecin par exemple). Les questions sur les opinions sont souvent celles ayant présenté des difficultés de réponse, surtout lors de situations aiguës.

Parmi les questions aux médecins : Les taux de réponse sont toujours bons (moins de 5% de non réponse). Ceci montre leur implication dans ce travail. Les taux de réponse sont particulièrement élevés dans les questions concernant l'orientation du patient, les moyens mis en oeuvre, et les caractéristiques médicales.

4 - ORGANISATION DE LA PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats sont présentés de la façon suivante :

4.1 - LES RÉSULTATS CONCERNANT LA POPULATION AYANT FRÉQUENTÉ LES SITES D'URGENCE

a 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon des sites d'urgences soit un échantillon de 1319 cas : § II

a 2 : Résultats spécifiques par site : S.A.U. § III
Pédiatrie § IV
Gynécologie § V

4.2 - LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE COMPLÉMENTAIRE SUR LES URGENCES RECONVOQUÉES

§ VI

II CARACTERISITIKES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

1 - REPARTITION DES SEXES

735 enquêtés de sexe masculin (55,9%),
581 enquêtées de sexe féminin (44,1%),
2 non répondus et 1 cas indéterminé.

2 - REPARTITION DES AGES

Les "15 - 29 ans" représentent la classe d'âge la plus représentée de cet échantillon. C'est par ailleurs le sexe masculin qui prédomine dans les tranches d'âges les plus jeunes, alors qu'en fin de distribution c'est une prédominance féminine qui est constatée.

Le tableau numéro 2 quant à lui montre la répartition dans les différents sites d'urgence.

Tableau n° 2 : Sex ratios et répartition par tranche d'âges.

Classe d'âge	S.A.U. :		Pédiatrie:		Gynécologie :
	Ratio H/F	effectif	Ratio H/F		Effectif
0 -14 ans	1,38	198 cas	1,28	75 cas	0
15 - 29 ans	1,77	341 cas			23
30 - 44 ans	1,97	269 cas			12
45 - 59 ans	1,19	155 cas			2
60 - 74 ans	0,85	103 cas			1
75 ans et plus	0,38	98 cas			0

42 cas manquants

3 - CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES ENQUÊTÉS

Tableau numéro 3 : Répartition des Catégories socioprofessionnelles

Profession	Effectif	%
Agriculteurs	28	2,6%
Artisans commerçants	117	10,3%
Cadres	98	8,6%
Prof Intermédiaires	163	14,3%
Employés	345	30,3%
Ouvriers	324	28,4%
Sans profession	64	5,4%
Sans réponses	180	
Total	1319	

Dans 215 cas il s'agit de professions exercées antérieurement. 70 % ont plus de 60 ans. Dans 391 cas il s'agit de la profession des parents et dans 58 cas il s'agit de la profession du conjoint.

4 - ETAT CIVIL DES ENQUÊTÉS

- Célibataires	619	50,1 %
- Marié(e)s /Vie maritale :	458	37,1 %
- Veuf(ve)s:	70	5,7 %
- Divorcé(e)s/Séparé(e)s:	88	7,1%

84 non renseignés ; 6,4% des enquêtés.

5 - PAYS D'ORIGINE DES ENQUÊTÉS

France métropolitaine, Bénélux, Suisse, Allemagne... :	1102	86,8%
Afrique du Nord :	75	5,9%
Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal):	52	4,1%
Moyen Orient	18	1,4%
Europe de l'Est	10	0,8%
Autres	14	

49 non répondants à cette variable (3,7%).

6 - ORIGINE RESIDENTIELLE DES ENQUÊTÉS

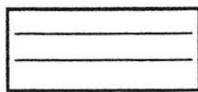
Sur les 1319 enquêtés 1046 personnes (79 %) provenaient du département de Haute Savoie. 171 personnes ont déclaré un domicile hors Haute Savoie, dont 136 vacanciers.

En réintégrant le domicile temporaire des vacanciers on compte 1182 personnes provenant de la Haute Savoie soit 94,6%.

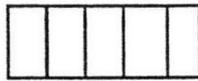
La carte en figure 3 présente la répartition géographique proportionnelle selon les origines des passages au S.A.U..

65% des passages proviennent du district d'Annecy, 15% de des communes à proximité de l'agglomération. On note aussi des foyers de recrutement superposables aux concentrations de population. Il s'agit des communes de Rumilly, Frangy, Faverges et Thônes.

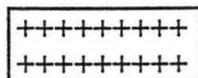
Figure 3 :
Zones de recrutement des urgences au SAU de l'hôpital d'Annecy



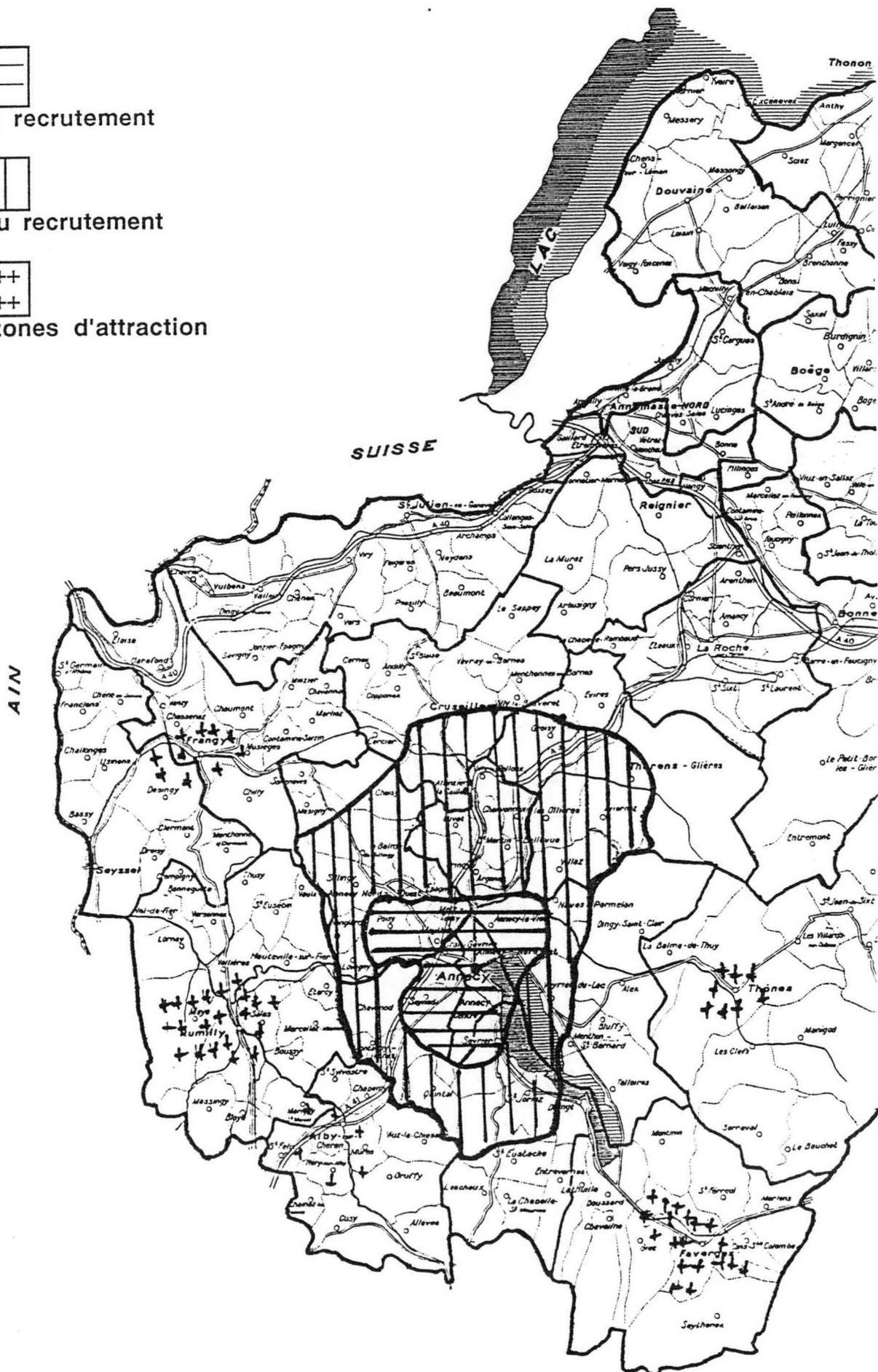
65% du recrutement



15 % du recrutement



Autres zones d'attraction



7 - CARACTERISTIQUES SOCIO-MEDICALES DES ENQUÊTÉS

7.1 - SUIVI MÉDICAL

1083 déclarent être suivis par un médecin traitant soit 87,8% parmi les 1233 répondants (93,5%)

Parmi ceux qui déclarent être suivis par un médecin :

218 (20,2 %) l'ont vu dans les 24 dernières heures,

312 (28,8 %) l'ont vu dans le mois écoulé,

303 (27,9 %) au cours des 3 derniers mois,

158 (14,6 %) dans l'année écoulée,

92 (8,5 %) il y a plus d'un an..

Le tableau 4 reprend ces données en les ventilant par site, les délais ont été regroupés en 3 classes.

Tableau numéro 4 : Suivi médical par site

	S.A.U.		Pédiatrie		Gynécologie		Total
	N	%	N	%	N	%	
Dans le mois écoulé, ou les dernières 24 heures	476	48,5%	39	54,2%	15	50%	530
Entre 2 et 12 mois	422	43%	29	40,2%	10	33,3%	461
Plus d'un an	83	8,5%	4	5,5%	5	16,6 %	92
Total	981		72		30		1083

7.2 - FRÉQUENTATION DES URGENCES

Au cours des 12 mois écoulés, 60,5 % des individus déclarent avoir fréquenté les services d'urgence au moins une fois. Le tableau numéro 5 présente ces résultats selon les sites.

Tableau numéro 5 : Fréquentation des urgences selon les sites.

	S.A.U.		Gynécologie		Pédiatrie	
	N	%				
Jamais venu	678	60,5%	14	38,9%	51	66,2 %
Déjà venu 1 fois	219	19,6%	11	30,6%	11	14,3 %
Venu entre 2 et 5 fois	197	17,6%	11	30,6%	13	16,9 %
Venu plus de 5 fois	26	2,3%	0		2	2,6 %
Total	1120 nr=84		2 nr			

nr = Non renseignés

8 - COUVERTURE SOCIALE

8.1 - SÉCURITÉ SOCIALE

1098 soit 98,4% des répondants ont une couverture sociale du type sécurité sociale ou aide médicale gratuite.

8.2 - ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

918 soit 83,4% des répondants ont une couverture complémentaire de type mutuelle.

9 - LES PATHOLOGIES PRESENTÉES

Tableau numéro 6 : Motifs de consultations et diagnostics retenus.

Familles de pathologies	Motifs n	Motifs %	Diagnostics n	Diagnostics %
Psychiatrie	25	2%	35	2,8%
Neurologie	12	1%	29	2,3%
O.R.L./Ophtalmologie	17	1,4%	20	1,6%
Cardiologie	8	0,6%	30	2,4%
Pneumologie	16	1,3%	38	3,1%
Gastro-entérologie	20	1,6%	46	3,7%
Dermatologie	26	2,1%	25	2,0%
Affections Osteo-articulaires	265	21,4%	48	3,9%
Néphro-Urologie	21	1,7%	46	3,7%
Symptômes Cardio respira	52	4,2%	13	1,0%
Symptômes abdominaux	89	7,2%	23	1,8%
Signes généraux	108	8,7%	51	4,1%
Traumatologie Tête & Cou	135	10,9%	163	13,1%
Traumatologie Tronc	21	1,7%	43	3,5%
Traumatologie Membre Sup.	180	14,6%	252	20,2%
Traumatologie Membre Inf.	70	5,9%	196	15,7%
Traumatologie multiple	38	3,1%	50	4%
Brûlures	10	0,8%	9	0,7%
Toxicologie & TS	56	4,6%	62	5%
Recours Divers	31	2,5%	11	0,9%
Divers	33	2,5%	54	4,3%
Total	1236		1245	
Non renseignés	83		74	

Les principales affections rencontrées concernent la traumatologie en particulier celle du membre supérieur. Les problèmes toxicologiques, les affections cardio-respiratoires et de la sphère abdominale viennent en seconde position.

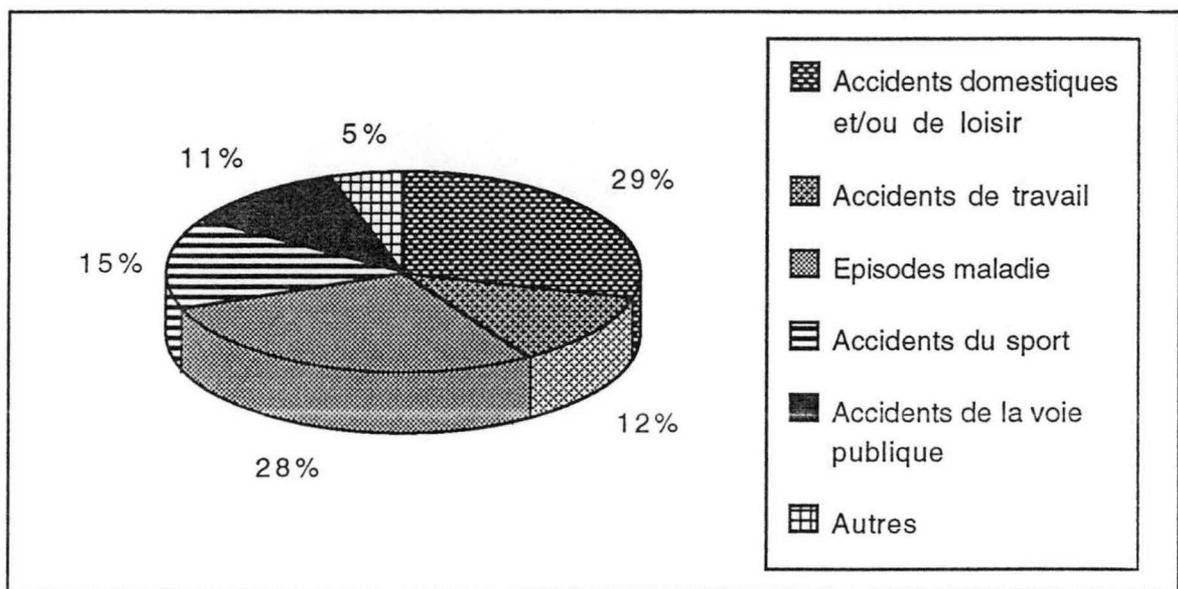
III - LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

1 - PROVENANCE ET CIRCONSTANCES D'ARRIVÉE AUX URGENCES

* Plus de la moitié des patients (63,8 %) viennent de leur domicile.

* Les "accidents" représentent 2/3 des circonstances d'arrivée (66,7 %) contre moins de 1/3 pour les épisodes maladies (28,3 %) (cf. figure numéro 4).

Figure n° 4 : Répartition des circonstances d'arrivée



* 10 cas de non répondu

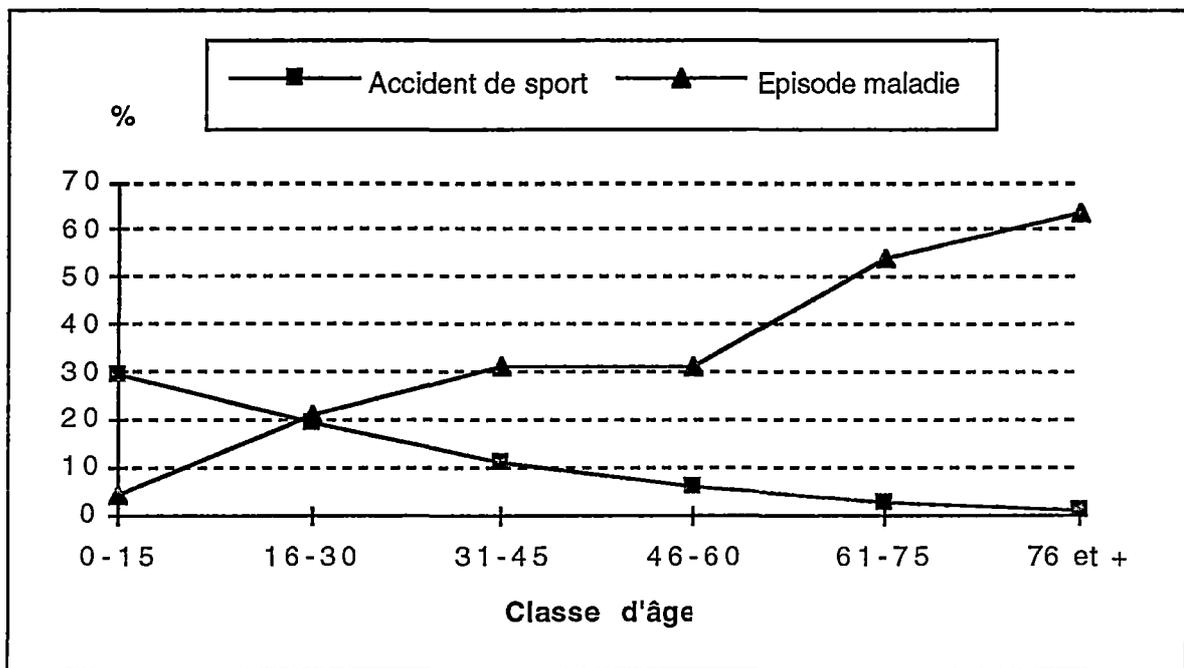
N.B. : Autres: - Tentative de suicide,
 - Intoxication alcoolique ou involontaire.

* L'âge est un facteur important en ce qui concerne les circonstances d'arrivée.

- Plus de la moitié des 0 - 15 ans (57,6 % soit 125 cas) est venue pour un accident domestique ou de loisirs. Ce pourcentage n'excède pas 30 % pour les autres catégories d'âge.

- Plus l'âge des patients est élevé, plus le contexte d'arrivée aux urgences est lié à un épisode de maladie. C'est exactement l'inverse en ce qui concerne les accidents de sports (cf. figure numéro 5).

Figure n° 5: Courbe d'évolution des accidents de sport et des épisodes de maladie en fonction des différentes classes d'âge



- La moyenne d'âge pour les accidents de sport est de 23,3 ans (plus ou moins 14 ans) alors que pour les épisodes maladies elle est de 49,3 ans (plus ou moins 23 ans) (cf. tableau numéro 7).

Tableau n° 7 : Moyenne d'âge des patients selon la circonstance d'arrivée aux urgences

Circonstance	Moyenne d'âge	Déviati on standard	Nombre de cas
Accident de sport	23,3	± 14,0 ans	173
Accident domestique	32,1	± 25,3 ans	338
Accident de la voie publique	32,4	± 19,4 ans	125
Accident de travail	33,6	± 11,3 ans	138
Autres	34,1	± 12,6 ans	59
Episode maladie	49,3	± 23,0 ans	323

* 8 cas de non répondu
 * P < 0,001 en A.N.O.V.A.

2 - LES ADMISSIONS : MOYEN DE TRANSPORT ET DÉCIDEUR

* Plus de 70 % des patients qui viennent aux urgences arrivent par leur propre moyen ou celui de leur entourage (cf. tableau numéro 8).

Tableau n° 8 : Nombre de patients selon le mode d'arrivée aux urgences

Mode de transport	Nombre de cas	Pourcentage
Entourage	573	48,1
Lui même	265	22,3
Pompiers	149	12,5
Ambulance privée	134	11,3
S.M.U.R.	40	3,4
Autres	29	2,4

* 14 cas de non répondu.

* Parmi toutes ces personnes admises, seul pour 19 % (soit 219 patients) des cas, le S.A.U. avait été averti de leur arrivée. 932 patients sont venus aux urgences sans être "annoncés". Il existe 53 cas non répondants à cette question.

* Il est intéressant de noter que 55,8 % des 76 ans et plus viennent aux urgences au moyen d'une ambulance privée. La moyenne d'âge des personnes venant avec une ambulance privée est de 62,5 ans (plus ou moins 23 ans) alors qu'elle n'est que de 37,5 ans (Plus ou moins 20,5 ans) pour ceux qui viennent avec les pompiers.

* Dans 59,6 % des cas, les patients sont venus aux urgences de leur propre initiative, de celle de leur famille ou de leur entourage. Dans 24,8 % des cas, les patients viennent adressés par un médecin (cf. tableau numéro 9).

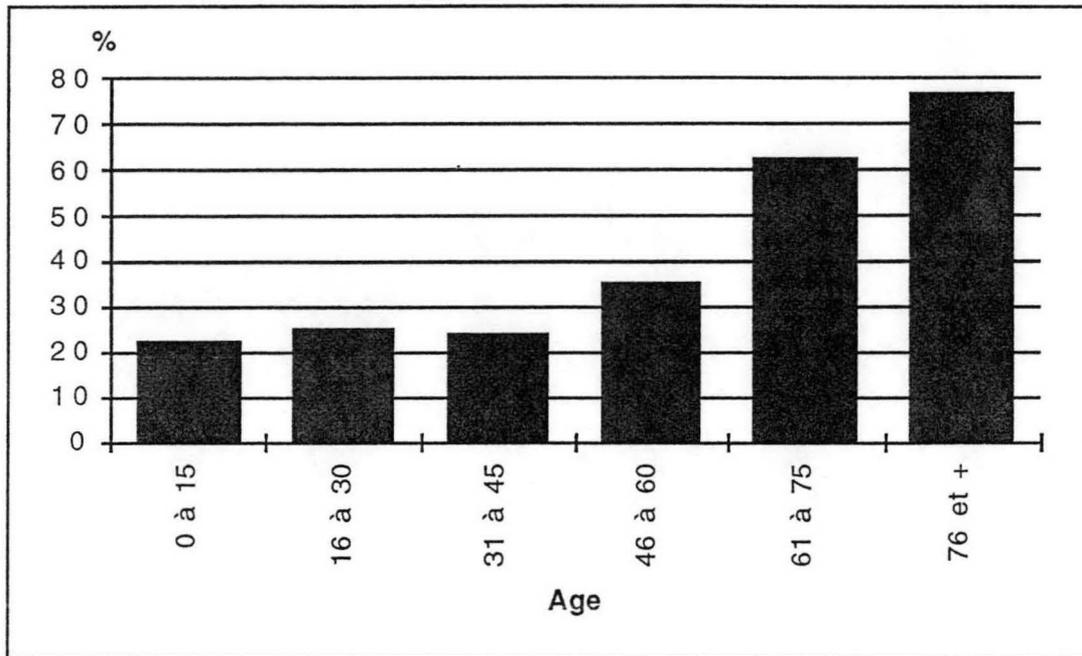
Tableau n° 9 : Répartition des patients selon le décideur de venir aux urgences

Décideur	Nombre de cas	Pourcentage
Moi-même	387	32,7
Ma famille	205	17,3
Mon médecin	185	15,7
Entourage	113	9,6
Les pompiers	113	9,6
Le médecin de garde	72	6,1
Autres	38	5,8
S.M.U.R.	22	3,2

* 22 cas de non répondu.

* On s'aperçoit que plus l'âge augmente, plus le médecin (traitant ou de garde) intervient pour référer le patient au S.A.U. (cf. figure numéro 6). En effet les patients recourent plus facilement au médecin pour des épisodes maladies qui concernent des patients plus âgés, comme cela est montré plus loin.

Figure n° 6 : Pourcentages d'une classe d'âge de patients adressés par un médecin (traitant ou de garde) en fonction des différentes classes d'âge



3 - DUREE D'EVOLUTION DE L'EPISODE MORBIDE

* Dans la majorité des cas (56,6 % soit 653 cas) l'événement qui les amène date de moins de 6 heures. On note toutefois une population qui a un recours plus tardif, ce groupe concerne les patients présentant des épisodes maladies. Le recours au S.A.U. intervient alors plus tard après une probable phase de temporisation. La répartition est au tableau numéro 10.

Tableau n° 10 : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution de leur pathologie

Durée d'évolution	Nombre de cas	Pourcentage
Moins de 6 h	653	56,6
de 6 h à 24 h	217	18,8
Entre 1 et 2 jours	78	6,8
3 jours ou plus	206	17,8

* 50 cas de non répondu.

* La moyenne d'âge augmente avec la durée d'évolution du problème qui motive le passage au S.A.U..(cf. tableau numéro 11).

Tableau n° 11 : Moyenne d'âge des patients en fonction de la durée d'évolution de leur pathologie

Durée d'évolution	Age moyen	Déviati on standard	Nombre de cas
Moins de 6 h	31,6	± 20,7 ans	630
De 6 h à 24 h	37,5	± 22,5 ans	212
Entre 1 et 2 jours	38,7	± 24,9 ans	76
3 jours et plus	43,7	± 23,0 ans	201

* 85 cas de non répondu

* P < 0,001 en A.N.O.V.A.

* Cette caractéristique semble liée au contexte : en effet, 51,3 % des "moins de 6 heures" viennent en raison d'un "accident domestique ou de loisir" ou d'un "accident de sport".

On ne trouve que 15 % de patients venant des "épisodes maladies". Ces chiffres s'inversent pour le groupe "trois jours ou plus". Les "accidents domestiques et de loisir" et les "accidents de sport" représentent alors 24,8 % alors que les "épisodes maladies" représentent 61,7 %.

4 - RECOURS AU MÉDECIN TRAITANT

A la question avez-vous essayé de joindre un médecin avant de venir aux urgences, 387 personnes (32,9 %) ont répondu oui et 789 personnes (67,1 %) ont répondu non. Détaillons les résultats.

4.1 - LES PATIENTS AYANT TENTÉ DE JOINDRE UN MÉDECIN

* 387 personnes (soit 32,9 %) ont essayé de joindre un médecin (28 cas de non répondu). Sur ces 387 personnes, 345 ont pu joindre un médecin (soit 89,1 %).

Au total 29 % des consultants ont pu joindre un médecin avant de venir aux urgences.

La nature des médecins contactés est indiquée dans le tableau n° 12 . Il s'agit principalement du médecin habituel ou du médecin de garde.

Tableau n° 12 : Répartition des patients en fonction de la nature du médecin qui a essayé d'être joint

Nature des médecins contactés	Nombre de cas	Pourcentage
Médecin traitant	259	67,4
Médecin de garde	88	22,9
Médecin du travail	2	0,5
Centre 15	14	3,7
Autres	21	5,5

* 3 cas de non répondu.

La nature du médecin joint par les personnes qui ont en ont fait la tentative est présentée dans le tableau numéro 13 :

Tableau n° 13 : Répartition des patients en fonction de la qualité du médecin qui a été joint effectivement

Nature des médecins joints	Nombre de cas	Pourcentage
Médecin traitant	227	66,4
Médecin de garde	83	24,3
Médecin du travail	2	0,6
Centre 15	13	3,7
Autres	17	5,0

* 3 cas de non répondu.

* La conduite tenue par le médecin lorsqu'il est joint par son patient est présentée dans le tableau n°14. Afin d'avoir un tableau informatif nous avons regroupé certaines rubriques. La principale attitude reste celle de l'examen et du courrier confiant le malade à un confrère.

Tableau n° 14 : Répartition des patients en fonction de l'attitude adoptée par le médecin joint avant de venir aux urgences

Attitude adoptée	Nombre de cas	Pourcentage
Le médecin a "examiné le malade" et nous l'adresse avec une lettre (199 cas) ou l'adresse au S.A.U. avec une lettre sans l'avoir examiné (4 cas)	203	59,4
Le médecin donne un rendez-vous pour l'examiner	7	2,0
Le médecin envoie le patient à l'hôpital sans lettre (35 cas), par téléphone (31 cas) ou l'envoie à l'hôpital après l'avoir examiné (52 cas)	118	34,5
Le médecin a examiné le malade et l'a traité	14	4,1

* 3 cas de non répondu.

4.2 - PATIENTS N'AYANT PAS TENTÉ DE JOINDRE UN MÉDECIN

* 789 personnes n'ont pas essayé de joindre un médecin soit 67,1 %. (28 cas non répondants à cette question) .

Les raisons pour lesquelles ils n'ont pas joint un médecin sont présentées dans le tableau n° 15.

On notera que beaucoup de patients (14,3%) n'ont pas la notion de garde médicale éventuellement disponible. Le pouvoir attractif de l'hôpital ressort pour nombre d'entre-eux soit en raison du plateau technique, soit en raison de la facilité donnée par le S.A.U..

Tableau n° 15 : Raisons qui ont amené les patients à ne pas joindre un médecin avant de venir aux urgences

Raisons évoquées pour ne pas joindre un médecin	Nombre de cas	Pourcentage
Ils n'ont pas de médecin traitant	19	2,8
Médecin traitant absent (32 cas) ou à cause du week-end (17 cas) ou des horaires (41 cas)	90	14,3
Il est plus facile de venir à l'hôpital (53 cas) ou la prise en charge à l'hôpital est plus rapide (66 cas) ou ont déjà été vus à l'hôpital (pour le même problème ou autre) (14 cas) ou ils préfèrent l'hôpital (63 cas)	196	29,4
Urgence ressentie par le patient	17	2,6
Touriste	17	2,6
A cause du plateau technique (64 cas) ou parcequ'ils leur semblaient que le médecin traitant était inadapté (62 cas)	126	18,9
Accident de travail ou d'école entraînant automatiquement l'arrivée à l'hôpital	38	5,7
Adressé directement par les pompiers, la police ou le S.M.U.R.	138	20,7
N'ont pas pensé à aller ailleurs	20	3,0

* 123 cas de non répondu.

4.3 - ONT-ILS UNE LETTRE DE MÉDECIN?

* Sur les 345 personnes qui ont pu joindre un médecin, 203 personnes avaient une lettre de médecin, soit 58,5 % ; cela représente 16,8 % du total des passages au S.A.U.

* On notera que pour une partie des malades transportés en mode organisé (Pompiers et S.M.U.R.), un avis médical a cependant du être donné lors de la gestion de ces détresses.

4.4 - LE CONTENU DES LETTRES DES MÉDECINS ADRESSANTS

Les éléments contenus dans la lettre du médecin justifiant le recours au CH sont les suivants (cf. tableau numéro 16) .

Tableau n° 16 : Contenu des lettres des médecins adressants

Contenu	Nombre de cas
Observation clinique	93
Suspicion d'une maladie précisée	74
Investigation (bilan)	68
Avis spécialisé	31
Admission simple (prière d'admettre)	29
Problème social	10
Autres	9

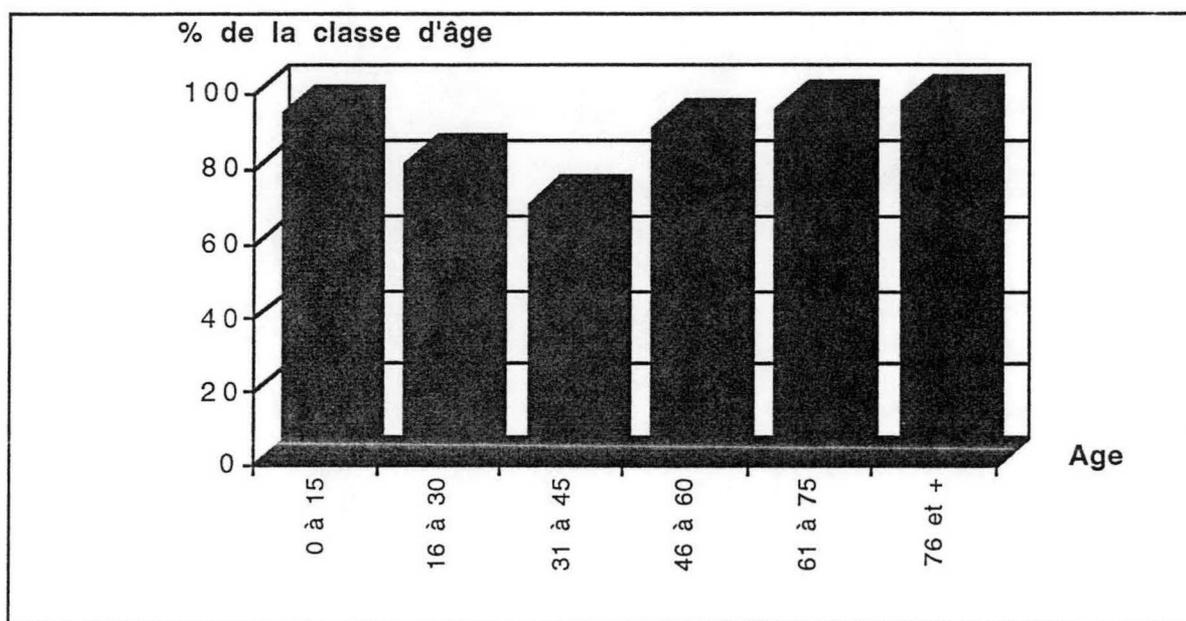
Le total est supérieur à 203 puisque plusieurs éléments peuvent figurer dans un même courrier.

On remarque que, dans environ 1/3 des cas, le patient vient avec une lettre indiquant une suspicion diagnostique. Les "prières d'admettre" sont encore fréquents parmi les patients adressés.

4.5 - LE SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS ET L'ATTITUDE MÉDICALE EN FONCTION DES DIFFÉRENTS FACTEURS

* Les âges extrêmes, sont les âges qui se déclarent être les plus suivis par un médecin traitant (cf. figure numéro 8).

Figure n° 8 : Pourcentage par classe d'âge du suivi par un médecin traitant



* Il n'existe cependant pas de différence significative entre les différentes catégories socioprofessionnelles (CSP) en ce qui concerne le suivi médical.

* On remarque que 82,1 % des agriculteurs (23 cas) ont essayé de joindre un médecin avant de venir aux urgences alors que seul 27,8 % des ouvriers (86 cas) l'ont fait. Pour les autres CSP, le pourcentage reste de l'ordre de 30 % (cf. tableau numéro 17).

Tableau n° 17 : Tentatives de joindre un médecin selon la CSP.

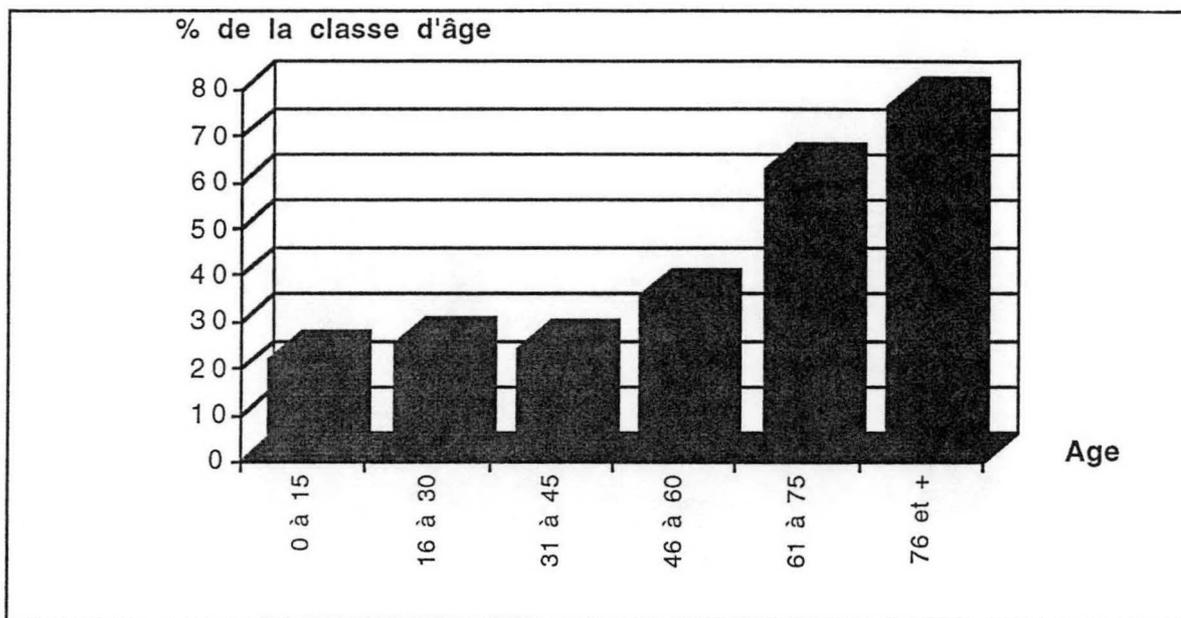
Catég. Socio-Profession.	Oui		Non	
	Nb	%	Nb	%
Agriculteur	23	82,1	5	17,9
Artisan - Commerçant	38	35,5	69	64,5
Cadre	29	31,5	63	68,5
Profession intermédiaire	44	28,8	109	71,2
Employé	95	31	211	69
Ouvrier	86	27,8	223	72,2
Sans activité	22	44	28	56
Sans réponse	49	37,7	81	62,3

* 28 cas de non répondu.

* Parmi toutes les catégories socioprofessionnelles, on constate que les "agriculteurs" se détachent nettement des autres catégories en ce qui concerne la part de décision des médecins (traitant ou de garde) pour venir aux urgences. En effet, 66,7 % des agriculteurs (18 cas) viennent aux urgences par décision du médecin.

* Plus l'âge augmente, plus la tentative du patient de joindre un médecin avant de venir aux urgences est fréquente (cf. figure numéro 9).

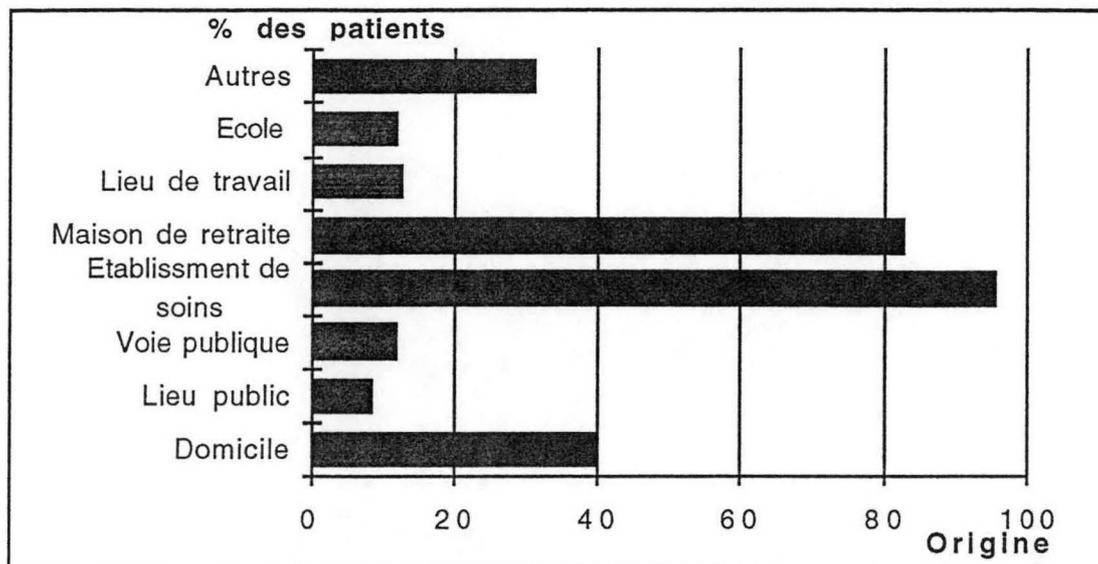
Figure n° 9 : Pourcentage par classe d'âge pour joindre un médecin avant de venir au S.A.U.



* 65 cas de non répondu.

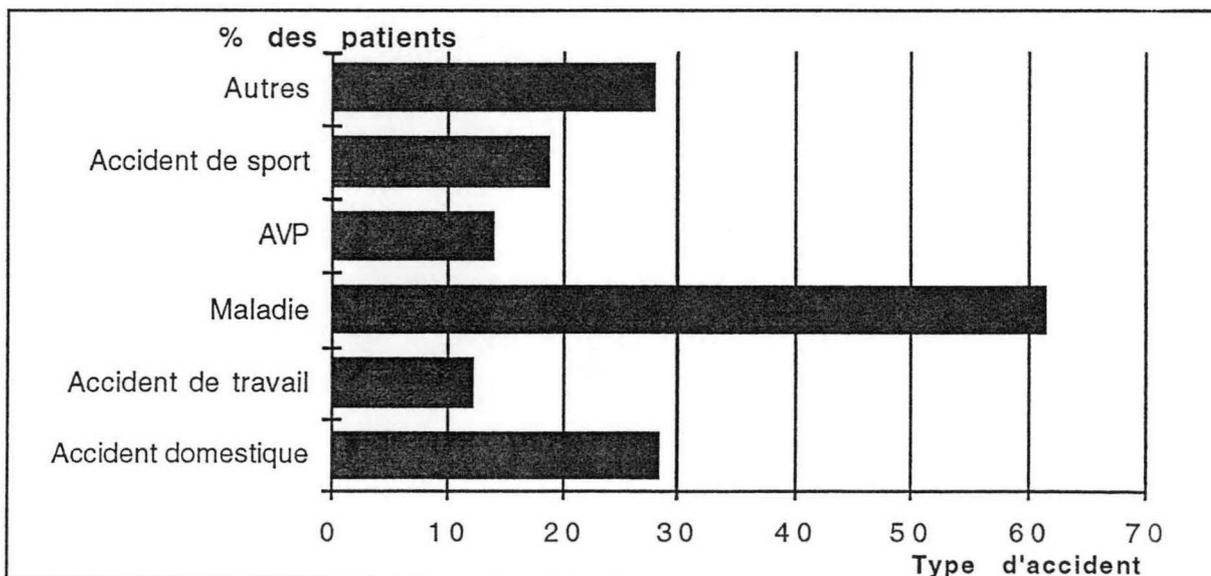
* La provenance des patients semble être aussi un facteur important pour l'appel d'un médecin avant de recourir aux urgences. Les patients à domicile le font relativement fréquemment, alors que c'est rarement le cas sur les lieux de travail, et dans les écoles. Ce recours est lié aussi aux circonstances de survenue des épisodes nécessitant des soins. Les circonstances accidentelles incitent plus facilement à solliciter des soins hospitaliers. (cf. figure numéro 10).

Figure n° 10 : Pourcentage des patients qui ont essayé de joindre un médecin selon le lieu de leur provenance



En effet l'étude du contexte d'arrivée en fonction du fait de joindre un médecin avant de venir aux urgences est intéressant. On constate que c'est dans les épisodes maladies que le médecin est le plus fréquemment sollicité (cf. figure numéro 11).

Figure n° 11 : Pourcentage des patients qui ont essayé de joindre un médecin selon les circonstances



* 29 cas de non répondu.

5 - LES PATIENTS ONT-ILS EU RECOURS À D'AUTRES PERSONNES OU INSTITUTIONS QUE LEUR MÉDECIN AVANT DE VENIR AU S.A.U.

(cf. tableau numéro 18)

Le recours principal avant la prise de décision qui amène le patient au S.A.U. est une demande d'avis auprès de proches. Les professionnels paramédicaux sont peu sollicités. Le tableau n° 18 présente ces résultats.

Tableau n° 18 : Répartition des patients qui ont eu recours à d'autres personnes ou institutions que leur médecin avant de venir au S.A.U. en fonction de ces différentes personnes ou institutions

Interlocuteur	Nombre de cas	Pourcentage	Non répondu
Famille proche	239	20,9	62
Pharmacien	31	2,7	63
Infirmier	38	3,3	62
Clinique	4	0,4	62
Autres	108	9,5	62
Autre médecin	19	1,7	62
Centre 15	29	2,4	64

A noter que les résultats pour "un autre médecin" et le "centre 15" ne sont pas à prendre en considération (trop de biais de réponse).

6 - L'OPINION DES PATIENTS SUR LEUR PATHOLOGIE

6.1 - LA GRAVITÉ RESSENTIE

- 443 personnes (soit 40,8 %) pensent que leur cas est bénin.
- 579 personnes (soit 53,4 %) pensent que leur cas est sérieux.
- 63 personnes (soit 5,8 %) pensent que leur cas est grave.
- Il existe 119 cas de non répondants.

Il est intéressant de noter qu'en fonction de l'âge la gravité ressentie s'accroît (cf. tableau numéro 19).

Tableau n° 19 : Répartition du pourcentage des patients d'une classe d'âge en fonction de la gravité ressentie par ces mêmes patients

Classe d'âge	Bénin		Sérieux		Grave	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0 à 15 ans	103	50,5	97	47,5	4	2,0
16 à 30 ans	140	42,4	179	54,2	11	3,3
31 à 45 ans	101	44,1	106	46,3	22	9,6
46 à 60 ans	50	38,5	72	55,4	8	6,2
61 à 75 ans	22	23,9	62	67,4	8	8,7
76 ans et plus	14	19,7	47	66,2	10	14,1

* 148 cas de non répondu.

6.2 - LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

* 768 personnes (soit 69,2 %) pensent que leur cas doit être traité immédiatement.

* 190 personnes (soit 17,1 %) pensent que leur cas doit être traité dans les heures qui viennent.

* 88 personnes (soit 7,9 %) pensent que leur cas doit être traité dans la journée.

* 64 personnes (soit 5,8 %) pensent que leur cas peut attendre le lendemain.

* Il existe 94 cas de non répondants.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser l'impatient n'est pas forcément le plus jeune (cf. tableau numéro 20).

Tableau n° 20 : Répartition du pourcentage des patients d'une classe d'âge en fonction du délais de traitement au S.A.U. attendu par ces mêmes patients

Classe d'âge	Immédiate-ment		Heures qui viennent		Dans la journée		Attend demain	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0 à 15 ans	143	69,1	45	21,7	15	7,2	4	1,9
16 à 30 ans	213	64,0	63	18,9	35	10,5	22	6,6
31 à 45 ans	155	65,1	45	18,9	19	8,0	19	8,0
45 à 60 ans	101	75,9	15	11,3	10	7,5	7	5,3
61 à 75 ans	79	82,3	9	9,4	4	4,2	4	4,2
76 ans et +	55	76,4	11	15,3	2	2,8	4	5,6

* 125 cas de non répondu.

Une forte majorité des personnes pensent que leurs soins doivent être immédiat, en particulier, les classes d'âge les plus âgées.

6.3 - LES MOYENS QU'ON DOIT LEUR METTRE EN OEUVRE

(cf. tableau numéro 21)

Les attentes des patients lors de leur passage au S.A.U. ont été investiguées. Le tableau n° 21 nous présente leurs réponses.

Tableau n° 21 : L'avis des patients sur certains moyens diagnostiques et thérapeutiques

Moyens nécessaires	Oui		Non		Ne sait pas		Non Répondu
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Nécessite une hospitalisation	212	19,1	754	67,8	146	13,1	92
Nécessite un traitement spécialisé	460	41,5	437	39,4	211	19,1	96
Peut être résolue par un médecin de ville	336	30,9	596	54,7	157	14,4	115
Demande des examens complémentaires	590	53,3	384	34,7	133	12,0	97
Nécessite un avis spécialisé	527	47,7	408	36,9	170	15,4	99

Les attentes vis à vis du plateau technique sont fortes : par exemple 53,3 % des patients pensent relever d'investigations complémentaires, et 47,7% estiment un avis spécialisé nécessaire.

Il est intéressant de noter que 59,3 % des agriculteurs (16 cas) pensaient que leur pathologie nécessiterait une hospitalisation. Ce fort pourcentage n'est constaté que dans cette CSP.

On remarquera que 30,9 % des patients pensent que leur cas peut être résolu par un médecin de ville.

7 - CONCERNANT LES PATIENTS ADRESSÉS PAR UN TIERS MÉDICAL

Les raisons perçues par le patient sur les motifs d'envoi du médecin aux urgences sont multiples (cf. tableau numéro 22).

Tableau n° 22 : Raisons perçues par le patient sur les motifs d'envoi au S.A.U. par le médecin qui les adresse

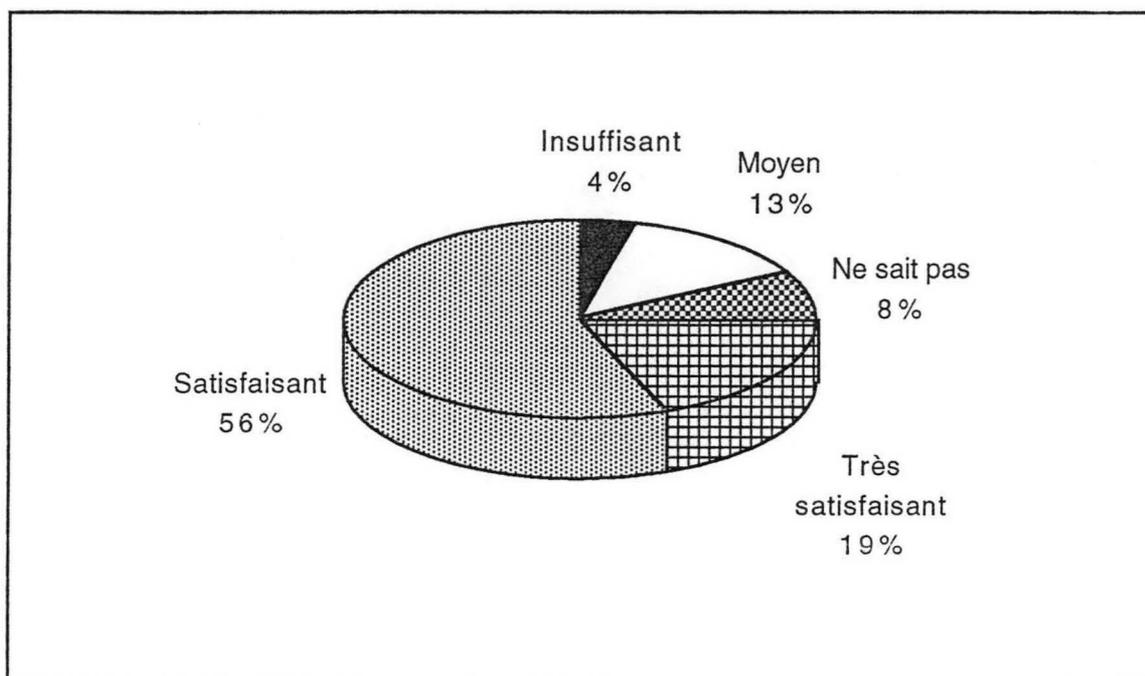
Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Pour faire une radiographie	89	27,6
Pour demander l'avis d'un médecin spécialiste	82	25,5
Pour une hospitalisation	79	24,5
Pour demander des examens de laboratoire	37	11,5
Autres	25	7,8
Pour faire des points de suture	16	5,0
Pour faire un plâtre	11	3,4
Pour faire un pansement	7	2,2
Pour raison psychiatrique	4	1,2

8 - L'OPINION DES PATIENTS SUR LE S.A.U.

8.1 - LA SATISFACTION

Rappelons que cette question a été posée avant la prise en charge médicale du patient dans la plupart des cas. A la question que pensez-vous de la qualité des soins aux urgences d'Annecy ? (cf. figure numéro 12) :

Figure n° 12 : L'avis des patients sur la qualité des soins au S.A.U. d'Annecy



* 119 cas de non répondu.

8.2 - LA "QUALITÉ" DU MÉDECIN QUI VA LES PRENDRE EN CHARGE

- 506 personnes (48,7 %) pensent être examinés par un interne aux urgences.
- 343 personnes (33 %) pensent être examinés par un médecin expérimenté aux urgences.
- 78 personnes (7,5 %) pensent être examinés par un médecin débutant aux urgences.
- 16 personnes (1,5 %) pensent qu'ils sont tous présents.
- 96 personnes (9,3 %) ne savent pas.

8.3 - L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS SPÉCIALISTES

655 patients, soit 58,9 % des personnes, pensent pouvoir avoir accès à un spécialiste aux urgences à n'importe quelle heure. 210 patients (18,9 %) pensent que non. 247 patients (22,2 %) ne savent pas. Il existe 92 cas de non répondants.

Parmi les 655 patients qui pensent pouvoir avoir accès à un spécialiste aux urgences à n'importe quelle heure, 294 patients (soit 44,9 % de ces derniers) pensent pouvoir avoir accès à tous.

NB : Quand les personnes donnaient le nom de plus de deux spécialités au moins, nous avons considéré qu'il s'agissait de toutes les spécialités.

8.4 - LE COÛT DES SOINS

36,4 % des patients (soit 400 personnes) pensent que les soins sont gratuits, alors que 13,8 % des patients (soit 152 personnes) pensent que les soins sont payants à 100 % et 44,7 % des patients (soit 491 personnes) pensent que les soins sont en partie payants.

5,1 % (soit 56 cas) ne savent pas. 105 personnes n'ont pas répondu à cette question.

8.5 - LE RÔLE DU S.A.U.

836 personnes, soit 75,7 % des interrogés pensent que le S.A.U. doit s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quelque soit leur cas. 204 personnes, soit 18,5 % des gens, pensent que non. 64 personnes, soit 5,8 % ne sait pas. Il existe 100 cas de non répondants.

Il est intéressant de noter que 29,2 % des cadres (26 personnes) contre 16,2 % des ouvriers (49 personnes) pensent que le S.A.U. ne doit pas s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quelque soit leur cas (cf. tableau numéro 23).

Tableau n° 23 : Le S.A.U. doit-il s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quelque soit leur cas ? L'avis des patients selon leur CSP

Profession	Oui		Non		Ne sait pas	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Agriculteur	20	74,1	2	7,4	5	18,5
Artisan - Commerçant	74	71,2	21	20,2	9	8,7
Cadre	60	67,4	26	29,2	3	3,4
Profession intermédiaire	108	71,1	34	22,4	10	6,6
Employé	235	76,8	58	19,0	13	4,2
Ouvrier	236	77,9	49	16,2	18	5,9
Sans activité	42	84,0	5	10,0	3	6,0
Sans réponse	60	83,3	9	12,5	3	4,2

* 100 cas de non répondu.

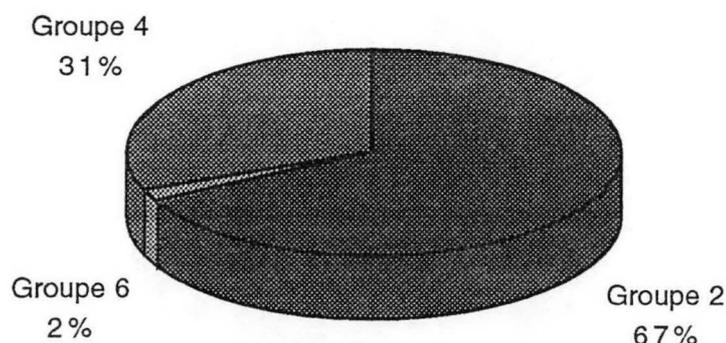
9 - LA DESCRIPTION MÉDICALE

9.1 - G.E.M.S.A. ET GRAVITÉ CLINIQUE

* Selon la classification des groupes d'étude multicentrique des services d'accueil (G.E.M.S.A.) on constate que le groupe des patients non convoqués sortant après consultation ou soins (G.E.M.S.A. 2) représente 848 cas soit 66,6 % des patients.

La part des patients non attendu dans un service et hospitalisé après bilan et/ou traitement au service d'accueil (G.E.M.S.A. 4) représente 362 cas soit 30,9 % des patients (cf. figure numéro 13).

Figure n° 13: Répartition des patients selon la classification G.E.M.S.A.



* Selon la classification "gravité clinique", la situation aiguë, mais ne nécessitant que des soins courants représente 685 cas (58,5 %) (cf. tableau numéro 24).

Tableau n° 24: Répartition des patients selon la classification gravité clinique

Situations	Effectif	%
S1 : Situations ne justifiant pas une demande de soins	5 cas	0,4
S2 : Situations ne justifiant pas une intervention médicale en urgence	83 cas	7,1
S3 : Situations aiguës ne nécessitant que des soins courants	685	58,5
S4 : Situations aiguës dont le risque est à évaluer	229	19,6
S5 : Situations aiguës avec mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel	158	13,5
S6 : Situations aiguës avec mise en jeu du pronostic vital immédiat	10	0,9

Dans le tableau n°25, indiquant les critères de gravité clinique selon l'adressant, on remarque que lorsque que le patient vient de lui même aux urgences, il s'agit dans près de 83 % de situations ne nécessitant que des soins courants. Au contraire lorsque l'adressant est de nature médicale les situations aiguës mettent plus fréquemment en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

Tableau n° 25 : Critère de gravité clinique selon l'adressant

	Situations ne justifiant pas une intervention médicale ou situations aiguës nécessitant des soins courants	Situations aiguës dont le risque est à évaluer	Situations mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si non traitées	TOTAL
Le patient lui même Entourage Famille	584 soit 82,8 %	65 soit 9,2 %	56 soit 8,0 %	705
Médecin de garde Médecin de famille	92 soit 35,8 %	103 soit 40,1 %	62 soit 24,1 %	257
Pompiers	64 soit 56,6 %	33 soit 29,2 %	16 soit 14,2 %	113
SMUR	13 soit 34,2 %	10 soit 26,3 %	15 soit 39,5 %	38
Autre	45 soit 67,2 %	11 soit 16,4 %	11 soit 16,4 %	67
TOTAL	798 soit 67,6 %	222 soit 18,8 %	160 soit 13,6 %	1180

9.2 - CSP ET GRAVITÉ CLINIQUE

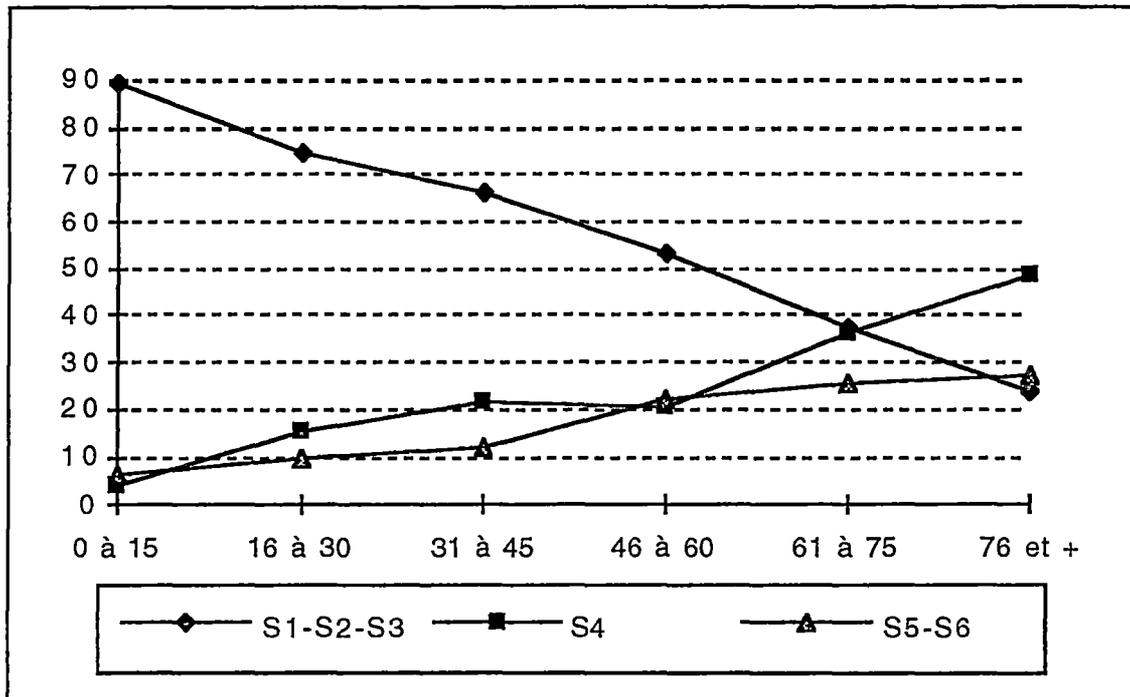
- Il est intéressant de noter qu'en ce qui concerne les CSP toutes, sauf chez les agriculteurs, présentent une majeure partie de S3. Chez les agriculteurs la part de S4 (35,7 % soit 10 cas) et la part de S5 (39,3 % soit 11 cas) sont les plus importantes (cf. tableau numéro 26).

Tableau n° 26 : Répartition des différentes classes de gravité clinique en fonction de la CSP

CSP	S 1		S 2		S 3		S 4		S 5		S 6	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Agriculteur			1	3,6	6	21,4	10	35,7	11	39,3		
Artisan			5	4,8	68	64,2	17	16,0	14	13,2	2	1,9
Commerçant												
Cadre			5	5,5	60	65,9	15	16,5	11	12,1		
Profession intermédiaire			10	6,8	86	58,1	36	24,3	15	10,1	1	0,7
Employé			22	7,3	196	64,7	59	19,5	25	8,3	1	0,2
Ouvrier	3	1	22	7,3	191	63,5	38	12,6	45	15,0	2	0,6
Sans activité			6	12,0	23	44,0	13	26,0	9	18,0		
Sans réponse	2	1,4	12	8,5	55	38,7	41	28,9	28	19,7	4	2,8

- Afin de faciliter l'exploitation des résultats nous avons regroupé pour la suite, S1, S2 et S3 ensemble; S4; S5 et S6 ensemble. Un croisement avec les différentes classes d'âge indique que plus l'âge augmente plus la part des patients de cette classe d'âge augmente pour le groupe S5, S6. Il est exactement l'inverse pour le groupe S1, S2, S3 (cf. figure numéro 14).

Figure n° 14 : Répartition des gravités cliniques par classe d'âge



- Il existe une corrélation médiocre (test kappa à 0,15) entre la gravité ressentie par le malade (subjectif) et la gravité clinique (objectif). Les patients du groupe de faible gravité objective ayant tendance à ressentir une urgence de plus forte acuité (cf. tableau numéro 27).

Tableau n° 27 : Gravité ressentie par le patient par rapport à la classification gravité clinique (regroupé) : le nombre de cas

Nombre de cas	Gravité ressentie			Total
	Bénin	Grave	Sérieux	
S1-S2-S3	370	332	23	725
S4	45	125	21	191
S5-S6	20	104	17	141
Total	435	561	61	1057

*147 cas de non répondu.

9.3 - NATURE DE LA PATHOLOGIE

* La petite traumatologie représente l'activité la plus importante du S.A.U.. 53 % soit 620 cas (cf. tableau numéro 28).

Tableau n° 28 : Répartition des patients selon la nature des différentes pathologies

Nature de la pathologie	Nombre de cas	Pourcentage
Petite traumatologie	620	53,0
Pathologie médicale	259	22,1
Pathologie chirurgicale	111	9,5
Pathologie médico-chirurgicale	90	7,7
Pathologie toxicologique	57	4,9
Pathologie psychiatrique	27	2,3
Pathologie gynécologique	6	0,5

*34 cas de non répondu.

N.B. : Les traumatismes crâniens ont été classé dans pathologie médico-chirurgicales. les tentatives de suicide médicamenteuse ont été classées dans pathologie toxicologique.

* La petite traumatologie est une pathologie de "jeune" 28,3 ans (Plus ou moins 18,6 ans). La pathologie médicale a la moyenne d'âge la plus élevée 51,6 ans (Plus ou moins 23,6 ans) (cf. tableau numéro 29).

Tableau n° 29 : Les différentes moyennes d'âge selon la nature des différentes pathologies

Nature de la pathologie	Moyenne d'âge	Dérivation standard	Nombre de cas
Pathologie gynécologique	28,2	± 12,1 ans	6
Petite traumatologie	28,3	± 18,6 ans	605
Pathologie toxicologique	37,6	± 17,4 ans	56
Pathologie médico chirurgicale	38,8	± 24,0 ans	87
Pathologie psychiatrique	40,0	± 16,2 ans	26
Pathologie chirurgicale	40,2	± 23,7 ans	105
Pathologie médicale	51,6	± 23,6 ans	246

* P < 0,001 en A.N.O.V.A.

* 83,6 % des patients appartenant au groupe de gravité clinique S3 (571 cas) viennent pour un problème de petite traumatologie alors que 51,3 % des patients présentant une situation aiguë incertaine dont le risque est à évaluer (=S4) (117 cas) viennent pour une pathologie médicale.

Le tableau n° 30 indiquant l'adressant selon la nature de la pathologie montre que lors des épisodes maladies, il s'agit fréquemment du médecin qui envoie le patient à l'hôpital. Lorsqu'il s'agit de petite traumatologie, 454 cas (soit 66,2 %) c'est le patient ou son entourage qui s'adresse au S.A.U..

10 - LES DIFFÉRENTS MOYENS UTILISÉS AUX URGENCES

(cf. tableau numéro 31).

Tableau n° 31 : Les différents moyens diagnostiques et thérapeutiques utilisés au S.A.U.

Moyens	Effectif	%	NR
Radiographie simple	717	60 %	41
Thérapeutique légère (ordonnance de sortie comprise)	638	55 %	42
Examen de laboratoire	313	27 %	42
Pansement	272	23,4 %	41
Avis spécialisés	247	21 %	42
Moyen de contention (plâtre, strapping, collier cervical,...)	215	18,5 %	41
ECG	180	16,5 %	114
Petite chirurgie (par exemple suture)	170	14,6 %	41
Labstix	101	9,3 %	117
Simple consultation	77	6,6 %	41
Thérapeutique lourde	59	5 %	41
Dextro	50	4,6 %	115
Imagerie spécialisée (autre que radio simple)	44	3,8 %	41

La radiographie simple est le moyen d'investigation le plus utilisé au S.A.U..

Tableau n° 30 : Adressant et nature de la pathologie

	Episode Maladie	Petite Traumatologie	Toxicologie et psychiatrie	Chirurgie et médico-chirurgie	TOTAL
Médecin	112 soit 44,6 %	67 soit 26,7 %	17 soit 6,8 %	55 soit 21,9 %	251
Patient Entourage Famille	103 soit 15,0 %	454 soit 66,2 %	37 soit 5,4 %	92 soit 13,4 %	686
Pompiers	16 soit 14,5 %	53 soit 48,2 %	11 soit 10,0 %	30 soit 27,3 %	110
SMUR	9 soit 23,7 %	9 soit 23,7 %	7 soit 18,4 %	13 soit 34,2 %	38
Autre	11 soit 16,4 %	35 soit 52,2 %	8 soit 12,0 %	13 soit 19,4 %	67
TOTAL	251 soit 21,8 %	618 soit 53,6 %	80 soit 7,0 %	203 soit 17,6 %	1152

11 - L'ORIENTATION DU PATIENT

Un tiers des patients, 385 cas (33,3 %), qui viennent au S.A.U. sont hospitalisés. Chez les deux tiers restants, la majeure partie, 328 patients (soit 28,3 %) est envoyée au médecin traitant (cf. tableau numéro 32).

Tableau n° 32 : Devenir des patients après leur passage au S.A.U.

Orientation	Nombre de cas	Pourcentage
Hospitalisation	385	33,3
Envoi au médecin traitant	328	28,3
Sortie sans suivi	220	19,0
Envoi en consultation suite de soin traumatologique par médecin généraliste	83	7,1
Envoi en consultation spécialisée	63	5,4
Reconvoqués pour pansement	37	3,2
Envoi en consultation orthopédique spécialisée	30	2,6
Autre	14	1,2

*44 cas de non répondu.

* La moyenne d'âge la plus jeune se voit auprès des "sorties sans suivi", elle est de 26,4 ans (Plus ou moins 17,9 ans). Comme nous pouvions nous y attendre, les hospitalisés représentent la moyenne d'âge la plus élevée 49,7 ans (Plus ou moins 23,8 ans) (cf. tableau numéro 33).

Tableau n° 33 : Moyenne d'âge des patients en fonction de leur devenir après leur passage au S.A.U.

Orientation	Moyenne d'âge	Déviati on standard	Nombre de cas
Sortie sans suivi	26,4	± 17,9 ans	215
Envoi au médecin traitant	29,0	± 18,3 ans	320
Reconvoqués pour pansement	29,9	± 15,9 ans	37
Envoi en consultation suite de soin traumatologique par médecin généraliste	30,5	± 19,6 ans	83
Envoi en consultation spécialisée	33,3	± 18,2 ans	59
Envoi en consultation orthopédique spécialisé	34,5	± 21,7 ans	28
Autres	36,9	± 21,7 ans	13
Hospitalisation	49,7	± 23,8 ans	368

*81 cas de non répondu - P < 0,001 en A.N.O.V.A.

* Chez les 385 hospitalisés, 144 soit 39,5 % l'ont été dans un service de médecine. La part des patients hospitalisés en "lit porte" (lit d'hospitalisation au S.A.U.) est non négligeable (74 personnes soit 20,3 %) (cf. tableau numéro 34).

Tableau n° 34 : Les différents services d'hospitalisation après le passage au S.A.U.

Service	Nombre de cas	Pourcentage
Médecine ou pédiatrie	144	39,5
Chirurgie	103	28,2
Lit porte	74	20,3
Réanimation ou unité de soins intensifs de cardiologie	18	4,9
Mutation autre hôpital ou institution	11	3,0
Psychiatrie	6	1,6
Gynécologie	5	1,4
Bloc opératoire directement	4	1,1

* 20 cas de non répondu.

* Nous remarquons que les patients semblent avoir une "bonne idée" de leur orientation. En effet, 93,2 % (soit 173 cas) des patients qui pensaient que leur hospitalisation était nécessaire en arrivant aux urgences ont été hospitalisés.

* Le croisement entre les CSP et le devenir des patients fait ressortir que 67,9 % des agriculteurs (19 personnes) sont hospitalisés alors que 34,8 % des cadres (31 personnes) et 34,2 % des employés (103 personnes) sont envoyées à leur médecin traitant (cf. tableau numéro 35).

Tableau n° 35 : Orientation des patients en fonction des différentes CSP

CSP	Hospitalisation		Envoi au médecin traitant		Sortie sans suivi		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Agriculteur	19	67,9	2	7,1	1	3,6	22	78,6
Artisan	32	30,2	28	26,4	22	20,8	82	77,4
Commerçant								
Cadre	25	28,1	31	34,8	20	22,5	76	85,4
Profession intermédiaire	47	32,0	39	26,5	36	24,5	122	83,0
Employé	80	26,6	103	34,2	53	17,6	236	78,4
Ouvrier	78	26,3	92	31,0	55	18,5	225	75,8
Sans activité	23	44,0	11	22,0	9	18,0	43	84,0
Sans réponse	81	57,4	22	15,6	24	17,0	127	90,0

* 44 cas de non répondu.

NB : Pour les autres CSP, les résultats étant moins marquants, nous ne les avons pas fait figurer dans le tableau afin de ne pas le surcharger.

* Fait marquant, 76,3 % des patients qui sont renvoyés à leur médecin traitant n'ont pas essayé de joindre leur médecin avant de venir aux urgences, alors que 60,7 % des patients hospitalisés (soit 224 cas) ont essayé de joindre un médecin avant de venir (cf. tableau numéro 36).

Tableau n° 36: Orientation des patients et tentative de joindre un médecin avant le passage au S.A.U.

Orientation du patient	Médecin TTT Joint		Médecin TTT non joint	
	Nb	%	Nb	%
	Hospitalisation	224	60,7	145,0
Consultation orthopédique spécialisée	10	34,5	19	65,5
Consultation spécialisée	16	25,8	46	74,2
Envoi médecin traitant	77	23,7	248	76,3
Autres	3	21,4	11	78,6
Envoi suite de soin pansement	7	18,9	30	81,1
Envoi suite de soins consultation traumatologique médecin généraliste	14	16,9	69	93,1
Sortie sans suivi	28	12,9	189	87,1

* 68 cas de non répondu.

*** Le devenir des patients selon l'adressant :**

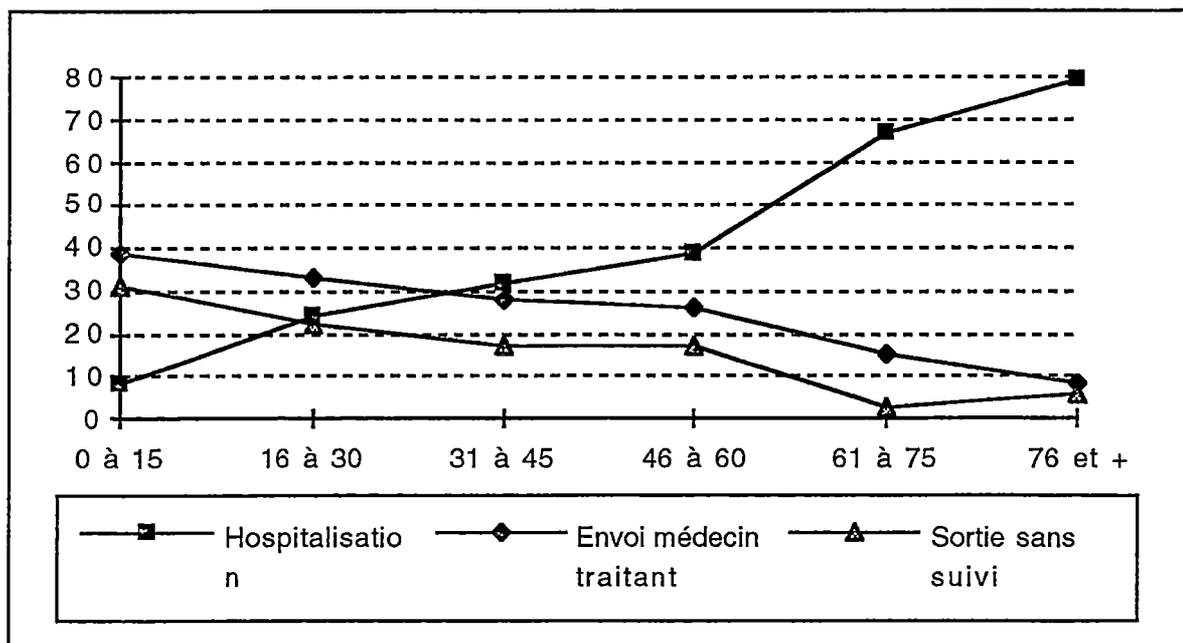
On remarque que 67,7 % des patients (170 cas) adressés par un médecin sont hospitalisés. Ce pourcentage rejoint celui des patients adressés par le S.M.U.R. qui est de 67,6 % (25 cas). Alors que seul 16,1 % (soit 110 cas) des patients adressés par eux-mêmes, leur famille ou leur entourage sont hospitalisés (cf. tableau numéro 37)

Tableau n° 37 : Orientation des patients selon l'adressant

Orientation	Hôpital		Suite de soins pansement		Consul- tation spécia- lisée		RDV médecin traitant		Sortie sans suivi		Au tre	
	CAS	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Moi famille Entourage	110	16	27	4	139	20	233	34	162	24	10	2
Mon médecin Médecin de garde	170	68	3	1	21	8	47	19	9	4	1	1
Pompiers	47	43	2	2	6	6	28	26	24	22	1	1
S.M.U.R.	25	68	1	3	2	5	4	11	4	11	1	3
Autres	19	29	4	6	7	11	15	23	19	29	1	2

* En examinant l'orientation du patient en fonction de son âge, on constate que la proportion d'hospitalisés augmente avec l'âge. Inversement, la sortie sans suivi ou l'envoi au médecin traitant décroît avec l'âge (cf. figure numéro 15).

Figure n° 15 : Orientation des patients selon les différentes classes d'âge



Les autres orientations en fonction de la classe d'âge n'ont pas été représentées car elles sont peu informatives.

*** Nature de la pathologie par rapport à l'orientation :**

On note que seul 2,3 % (soit 14 cas) de la petite traumatologie est hospitalisée alors que ce pourcentage dépasse ou égale 50 % pour tous les autres types de pathologies représentés (cf. tableau numéro).

*** Orientation en fonction du contexte :**

Seuls 12,4 % des accidents de travail (17 cas) sont hospitalisés alors que 29 % (36 cas) des accidents de la voie publique le sont.

* Afin de faciliter l'exploitation du tableau numéro 31, nous avons regroupé le devenir "suite de soins, consultation traumatologique", "consultation orthopédique" et le devenir "suite de soins pansement" et "autres" dans "autres" (cf. tableau numéro 38).

Tableau n° 38: Orientation du patient en fonction du contexte d'arrivée au S.A.U.

Orientation	Maladie		Autre (TS...)		AVP		Domes- tique		Travail		Sport	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Hospitalisation	224	68	27	46	36	29	57	17	17	12	20	12
Envoi médecin traitant	54	16	4	7	34	27	113	34	50	36	73	43
Sortie sans suivi	27	8	20	34	32	26	80	24	24	17	35	20
Consultation	23	36	4	7	18	14	60	18	33	24	38	22
Autres	1	1	4	7	4	3	25	7	13	9	4	2

*50 cas de non répondu.

* Les hospitalisations sont plus fréquentes en période nocturne. 49,3 % des patients (35 cas venant entre minuit et 6 heures du matin sont hospitalisés). Ils ne représentent que 10,5 % des hospitalisés (3 cas).

* Pour faciliter l'exploitation du tableau nous avons pratiqué le même regroupement que le précédent tableau en ce qui concerne le devenir (cf. tableau numéro 39).

Tableau n° 39: Orientation du patient en fonction des horaires d'arrivée au S.A.U.

Horaire ->	0h-5h59			6h-11h59			12h-17h59			18h-23h59		
	Nb	% L	% C	Nb	% L	% C	Nb	% L	% C	Nb	% L	% C
Orientation												
Hospitalisation	35	10	50	49	15	23	142	43	37	107	32	32
Envoi médecin traitant	13	4	18	65	23	31	100	36	26	102	36	30
Sortie sans suivi	13	7	18	40	22	19	74	40	19	57	31	17
Consultation	6	4	8	44	27	21	53	33	14	59	36	17
Autres	4	9	6	11	24	5	16	36	4	14	31	4

* 200 Nb de non répondu.
% L = pourcentage en ligne.
% C = pourcentage en colonne.

*** Les raisons médicales motivant l'hospitalisation :**

A la question qu'est ce qui motive la décision d'hospitalisation, les médecins des urgences ont répondu :

* Pour surveillance : 302 patients soit 78,9 % des personnes, (2 cas de non répondu),

* Pour investigations complémentaires : 186 patients soit 48,6 % des personnes (2 cas de non répondu),

* Pour gravité de leur pathologie 164 patients soit 42,9 % des personnes (3 cas de non répondu).

* Pour thérapie lourde : 141 patients 36,9 % des personnes (3 cas de non répondu)

NB : Rappelons que la notion "thérapeutique lourde" a été laissée à l'appréciation du médecin de manière subjective.

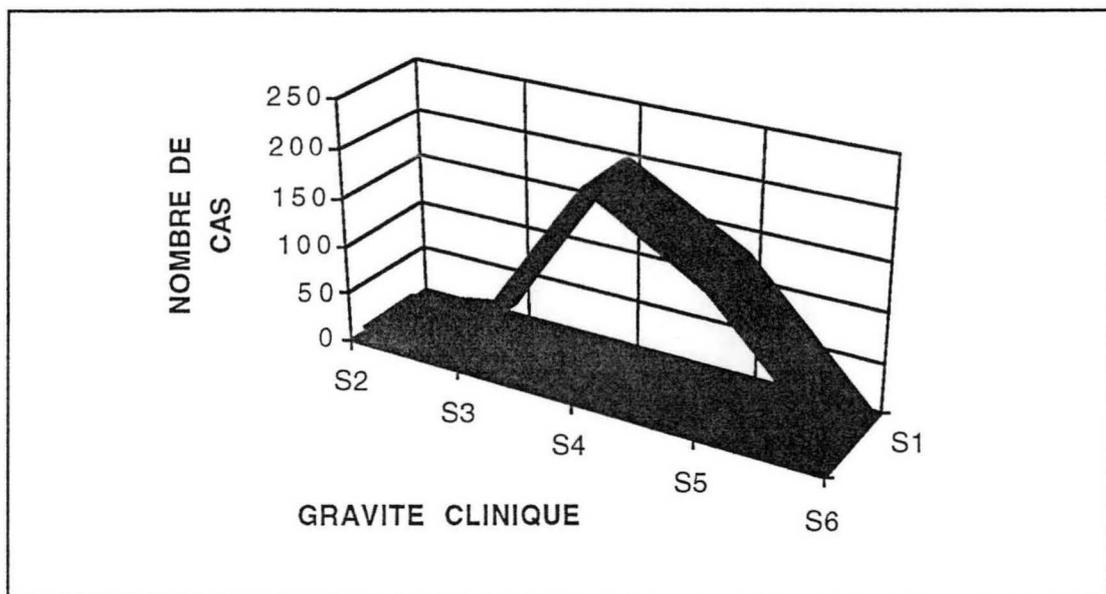
Pour incertitude diagnostique : 114 patients soit 29,8 % des personnes (2 cas de non répondu).

Pour "raisons sociales" soit 41 patients soit 10,7 % des personnes (2 cas de non répondu).

Pour "horaires tardifs" 9 patients soit 2,3 % des personnes (2 cas de non répondu).

* **Gravité clinique et hospitalisation** (cf. figure numéro 16).

Figure n° 16 : Répartition de la classification gravité clinique chez les patients hospitalisés



S2 = Situation ne justifiant pas une intervention en urgence.

S3 = Situation aiguë, mais ne nécessitant que des soins courants.

S4 = Situation aiguë, incertaine dont le risque est à évaluer.

S5 = Situation risquant de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si non traité.

S6 = Situation risquant de mettre immédiatement en jeu le pronostic vital.

On note que dans 53,6 % des patients hospitalisés. Il s'agissait d'une situation aiguë, incertaine dont le risque est à évaluer.

*** Investigations effectuées auprès des hospitalisés :**

- 70,3 % des patients hospitalisés (268 cas) ont bénéficié d'un examen de laboratoire (4 cas de non répondu).
- 66 % des patients hospitalisés (252 cas) ont eu une radiographie simple (3 cas de non répondu).
- 49,6 % des patients hospitalisés (189 cas) ont eu un avis spécialisé (4 cas de non répondu).
- 46,4 % des patients hospitalisés (157 cas) ont eu un ECG (47 cas de non répondu).
- 40,1 % des patients hospitalisés (153 cas) ont bénéficié d'une thérapeutique légère (3 cas de non répondu).
- 24,2 % des patients hospitalisés (81 cas) ont eu un labstix.
- 13,9 % des patients hospitalisés (53 cas) ont bénéficié d'une thérapeutique lourde (3 cas de non répondu).
- 11 % des patients hospitalisés (37 cas) ont eu un dextro (50 cas de non répondu).
- 9,7 % des patients hospitalisés (37 cas) ont bénéficié d'une imagerie (autre que radiographie simple) (3 cas de non répondu).
- 8,6 % des patients hospitalisés (33 cas) ont bénéficié d'un pansement (3 cas de non répondu).

*** Médecin traitant et hospitalisation :**

60,7 % des patients hospitalisés (224 cas) ont essayé de joindre un médecin avant de venir aux urgences (16 cas de non répondu).

170 personnes hospitalisées ont été adressées au S.A.U. par un médecin.
Sur ces 170 personnes, 161 patients sont venus accompagnés d'une lettre de médecin traitant soit 94,7 % des patients hospitalisés adressé au S.A.U. par un médecin.

12 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU S.A.U.

* Rappelons que les réponses à cette question dépendent du médecin des urgences qui ont pris en charge le patient.

- Dans 491 cas (42,7 %) il n'existe aucune alternative.
- Dans 564 cas (49,1 %) le médecin généraliste peut être une alternative et 355 fois, il serait suffisant seul.
- 195 fois (17%) , le médecin est une alternative s'il est associé au laboratoire ou à la radiologie.

Sur 355 alternatives "médecins généralistes" déclarées seules et suffisantes, il faut remarquer que lors de son séjour au S.A.U. le patient a bénéficié de :

- 129 fois des radiographies ou des examens de laboratoire.
- 191 fois une thérapeutique légère.
- 119 fois un pansement.
- 89 fois de la petite chirurgie.
- 40 fois une CS simple.
- 36 fois une contention ou un plâtre.

On note par ailleurs :

- Dans 69 cas (6 %) le médecin spécialiste peut être une alternative.
- Dans 7 cas (0,6 %) l'aide sociale peut être une alternative.
- Dans 2 cas (0,2 %) l'aide à domicile peut être une alternative.

- Dans 15 cas (1,3 %) "autres" (= dentistes, infirmières, cliniques, etc.....) peut être une alternative.

12.1 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN FONCTION DE L'ADRESSANT

Lorsque le décideur est médical ou paramédical, il n'existe pas d'alternative à la prise en charge dans plus de 60 % des cas. Lorsque le décideur est "non médical" on remarque qu'il existe une alternative possible dans plus de 70 % des cas (cf. tableau numéro 40).

Tableau n° 40 : Alternative à la prise en charge d'un patient au S.A.U. selon l'adressant

Adressant	Oui		Non	
	NB	%	NB	%
Moi	288	74,4	99	25,6
Ma famille	151	73,7	54	26,3
Mon entourage	81	71,7	32	28,3
Autre	39	56,5	30	43,5
Mon médecin	68	36,8	117	63,2
Les pompiers	40	35,4	73	64,6
Le médecin de garde	25	34,7	47	65,3
S.M.U.R.	10	26,3	28	73,7

*22 cas de non répondu.

12.2 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN FONCTION DU CONTEXTE

Il est important de noter qu'il existe une alternative possible à la prise en charge du patient dans 73 % des accidents du travail (103 cas) (cf. tableau numéro 41).

Tableau n° 41: L'alternative à la prise en charge d'un patient au S.A.U. selon le contexte d'arrivée

Contexte	Alternative Possible		Pas d'alternative possible	
	NB	%	NB	%
Accident du travail	103	73,0	38	27,0
Accident domestique et de loisir	241	69,3	107	30,7
Accident de sport	117	66,5	59	33,5
Accident de la voie publique	69	52,7	62	47,3
Episode maladie	151	44,7	187	55,3
Autres	25	41,7	35	58,3

* 10 cas de non répondu.

12.3 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN FONCTION DU MODE DE TRANSPORT D'ARRIVÉE

79,2 % (210 cas) des patients venant par leur propre moyen aux urgences peuvent, d'après le médecin des urgences, bénéficier d'une alternative à leur prise en charge au S.A.U. (cf. tableau numéro 42).

Tableau n° 42: L'alternative à la prise en charge d'un patient au S.A.U. selon le mode de transport d'arrivée

Transport	Alternative possible		Pas d'alternative possible	
	NB	%	NB	%
Lui même	210	79,2	55	20,8
Entourage	381	66,5	192	33,5
Autres	16	55,2	13	44,8
Pompiers	55	36,9	94	63,1
Ambulance privée	38	28,4	96	71,6
S.M.U.R.	5	12,5	35	87,5

12.4 - ALTERNATIVE À LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN FONCTION DES HORAIRES DE VENUES AUX URGENCES?

Pour 50 % des patients (36 cas) venant entre 0 h et 5 h 59, il n'existe aucune alternative.

Pour 31,9 % des patients (67 cas) venant entre 6 h et 11 h 59, il n'existe aucune alternative.

Pour 46,6 % des patients (181 cas) venant entre 12 h et 17 h 59, il n'existe aucune alternative.

Pour 43 % des patients (144 cas) venant entre 18 h et 23 h 59, il n'existe pas d'alternative.

La différence entre ces groupes est significative . La plus forte proportion de patients concernés est nocturne mais n'implique qu'un faible effectif.

IV - PEDIATRIE

Le nombre de cas recueillis étant faible (77 cas), et l'exhaustivité limitée, l'interprétation statistique reste très délicate. C'est pourquoi les résultats sont présentés de manière plus synthétique.

NB : Rappelons que pour la plupart des enfants ce sont les parents qui ont été interrogés.

1 - LES DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1.1 - ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

(cf. tableau numéro 43)

Tableau n° 43: Origine géographique

Origine	Nombre de cas	Pourcentage
CEE + Suisse (sauf Italie, Espagne, Portugal)	66	88,0
Afrique du Nord	6	8,0
Europe de sud (Italie, Espagne, Portugal)	1	1,3
Moyen-Orient	2	2,7

* 2 cas de non répondu.

1.2 - LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

(cf. tableau numéro 44)

Tableau n° 44: Prise en charge sociale et assurance complémentaire

Prise en charge	Oui		Non		Ne sait pas	
	CAS	%	CAS	%	CAS	%
Sécurité Sociale ou Prise en charge sociale	72	96,0	1	1,3	2	2,7
Mutuelle	62	82,7	10	13,3	3	4,0

* 2 cas de non répondu.

1.3 - LA FRÉQUENTATION D'UN SERVICE D'URGENCE DANS LES 12 MOIS ÉCOULÉS

(cf. tableau numéro 45)

Tableau n° 45: Nombre de venues aux urgences durant les 12 derniers mois écoulés

Nombre de fois	Nombre de cas	Pourcentage
0 fois	51	66,2
1 fois	11	14,3
2 à 5 fois	13	16,9
5 à 10 fois	2	2,6

* 0 cas de non répondu.

1.4 -LE SUIVI PAR UN MÉDECIN TRAITANT

(cf. tableau numéro 46)

Tableau n° 46 : Suivi par un médecin traitant

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	73	97,3
Non	2	2,7

* 2 cas de non répondu.

2 - LES CIRCONSTANCES D'ADMISSION

2.1 - LA PROVENANCE

(cf. tableau numéro 47)

Tableau n° 47 : La provenance

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage
Domicile	63	81,8
Lieu public	2	2,6
Voie publique	3	3,9
Etablissement de soins	5	6,5
Lieu de travail	1	1,3
Autres	3	3,9

* 0 cas de non répondu.

2.2 - LE CONTEXTE D'ARRIVÉE

(cf. tableau numéro '48)

Tableau n° 48 : Contexte d'arrivée aux urgences

Contexte	Nombre de cas	Pourcentage
Accidents domestiques ou de loisir	15	19,5
Episode maladie	55	71,4
Accident de la voie publique	3	3,9
Accident de sport	2	2,6
Autres (Intoxication volontaire ou non, tentative de suicide, etc...)	2	2,6

* 0 cas de non répondu.

2.3 - L'ADRESSANT EN PÉDIATRIE

(cf. tableau numéro 49)

Tableau n° 49: L'adressant aux urgences

Adressant	Nombre de cas	Pourcentage
Patient, famille ou entourage	43	55,8
Médecin traitant	16	20,8
Médecin de garde	13	16,9
Pompiers	2	2,6
S.M.U.R.	3	3,9
Autres	0	0,0

* 0 cas de non répondu.

2.4 - LE MOYEN DE TRANSPORT

(cf. tableau numéro 50)

Tableau n° 50 : Moyen de transport utilisé pour venir aux urgences

Moyen de transport	Nombre de cas	Pourcentage
Propre moyen ou celui de l'entourage	69	89,6
Pompiers	4	5,2
S.M.U.R.	2	2,6
Ambulance privée	1	1,3
Autres	1	1,3

* 0 cas de non répondu.

2.5 - DURÉE D'ÉVOLUTION DU PROBLÈME QUI LES AMÈNE?

(cf. tableau numéro 51)

Tableau n° 51: Temps d'évolution du problème

Évolution	Nombre de cas	Pourcentage
Moins de 6 h	40	51,9
De 6 h à 24 h	14	18,2
Entre 1 et 2 jours	11	14,3
Depuis 3 jours ou +	12	15,6

* 0 cas de non répondu.

2.6 - AVANT DE VENIR, LE PATIENT (OU SES PARENTS) A-T-IL DEMANDÉ L'AVIS À D'AUTRES PERSONNES ?

(cf. tableau numéro 52)

Tableau n° 52 : L'avis d'autres personnes (que le médecin traitant) ou d'institution médicale

Personne consultée	Oui		Non		Non répondu
	CAS	%	CAS	%	
Famille	18	23,7	58	76,3	1
Pharmacien	2	2,6	74	97,4	1
Centre 15	5	6,6	71	93,4	1
Autre médecin	4	5,3	72	94,7	1
Infirmier	0	0,0	76	100,0	1
Clinique	0	0,0	76	100,0	1
Autres	2	2,6	74	97,4	1

3 - L'OPINION DU PATIENT SUR SA PATHOLOGIE

3.1 - LA GRAVITÉ RESSENTIE

(cf. tableau numéro 53)

Tableau n° 53: Gravité ressentie

Gravité	Nombre de cas	Pourcentage
Bénin	12	15,8
Sérieux	57	75,0
Grave	7	9,2

* 1 cas de non répondu.

On note une gravité ressentie assez forte, puisque 75 % des patients estiment leur cas sérieux.

3.2 - D'APRÈS LE PATIENT DANS QUEL DÉLAIS SA PATHOLOGIE DOIT-ELLE ÊTRE TRAITÉE?

(cf. tableau numéro 54)

Tableau n° 54: Délais de traitement

Délais	Nombre de cas	Pourcentage
Immédiatement	45	60,0
Dans les heures qui viennent	22	29,3
Dans la journée	6	8,0
Peut attendre demain	2	2,7

* 2 cas de non répondu.

3.3 - A PROPOS DE LEUR PATHOLOGIE

(cf. tableau numéro 55)

Tableau n° 55 : Selon l'avis du patient : devenir, traitement, examen nécessaire

Les suites	Oui		Non		Ne sais pas		Non répondu
	CAS	%	CAS	%	CAS	%	
Nécessite une hospitalisation	27	36,0	36	48,0	12	16,0	2
Nécessite un traitement spécialisé	30	43,5	27	39,1	12	17,4	8
Peut -être résolu par un médecin (généraliste ou spécialiste) de ville	34	47,9	32	45,1	5	7,0	6
Demande des examens complémentaires	45	61,6	20	27,4	8	11,0	4
Nécessite un avis spécialisé	45	61,6	21	28,8	7	9,6	4

4 - L'OPINION DU PATIENT SUR LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES

4.1 - LA QUALITÉ DES SOINS AUX URGENCES

(cf. tableau numéro 56)

Tableau n° 56 : Qualité des soins aux urgences

Qualité	Nombre de cas	Pourcentage
Très satisfaisant	20	27,0
Satisfaisant	42	56,8
Moyen	9	12,2
Insuffisant	1	1,3
Ne sait pas	2	2,7

* 3 cas de non répondu.

4.2 - LE "GRADE" DU MÉDECIN QUI VA LES EXAMINER

(cf. tableau numéro 57)

Tableau n° 57 : Grade du médecin examinateur

"Grade"	Nombre de cas	Pourcentage
Interne	55	73,3
Médecin débutant	3	4,0
Médecin expérimenté	16	21,3
Ne sait pas	1	1,4

* 2 cas de non répondu.

4.3 - L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS SPÉCIALISTES À N'IMPORTE QUELLE HEURE

(cf. tableau numéro 58)

Tableau n° 58: L'accès aux différents spécialistes

Accès	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	47	61,0
Non	18	23,4
Ne sait pas	12	15,6

* 0 cas de non répondu.

4.4 - L'ACCÈS AUX URGENCES POUR TOUTES LES PERSONNES QUI SE PRÉSENTENT

A la question pensez-vous que les urgences doivent s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quel que soit leur cas (cf. tableau numéro 59)

Tableau n° 59 : L'accès aux urgences à toutes les personnes quel que soit leur cas

Accès	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	58	76,3
Non	8	10,5
Ne sait pas	10	13,2

* 1 cas de non répondu.

4.5 - LE COÛT DES SOINS À LA SORTIE DES URGENCES

(cf. tableau numéro 60)

Tableau n° 60: Le coût des soins pour les patients

Coût	Nombre de cas	Pourcentage
100 % payant	21	28,0
En partie payant	43	57,3
Gratuit	10	13,3
Ne sait pas	1	1,1

* 2 cas de non répondu.

5 - ATTITUDE MÉDICALE DU PATIENT ET DU MÉDECIN

5.1 - LE PATIENT A-T-IL JOINT UN MÉDECIN AVANT DE VENIR AUX URGENCES ?

(cf. tableau numéro 61)

Tableau n° 61 : Essai de joindre un médecin avant de venir aux urgences

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	40	51,9
Non	37	48,1

* 0 cas de non répondu.

5.2 - LES ÉLÉMENTS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MIS EN OEUVRE AUX URGENCES

(cf. tableau numéro 62)

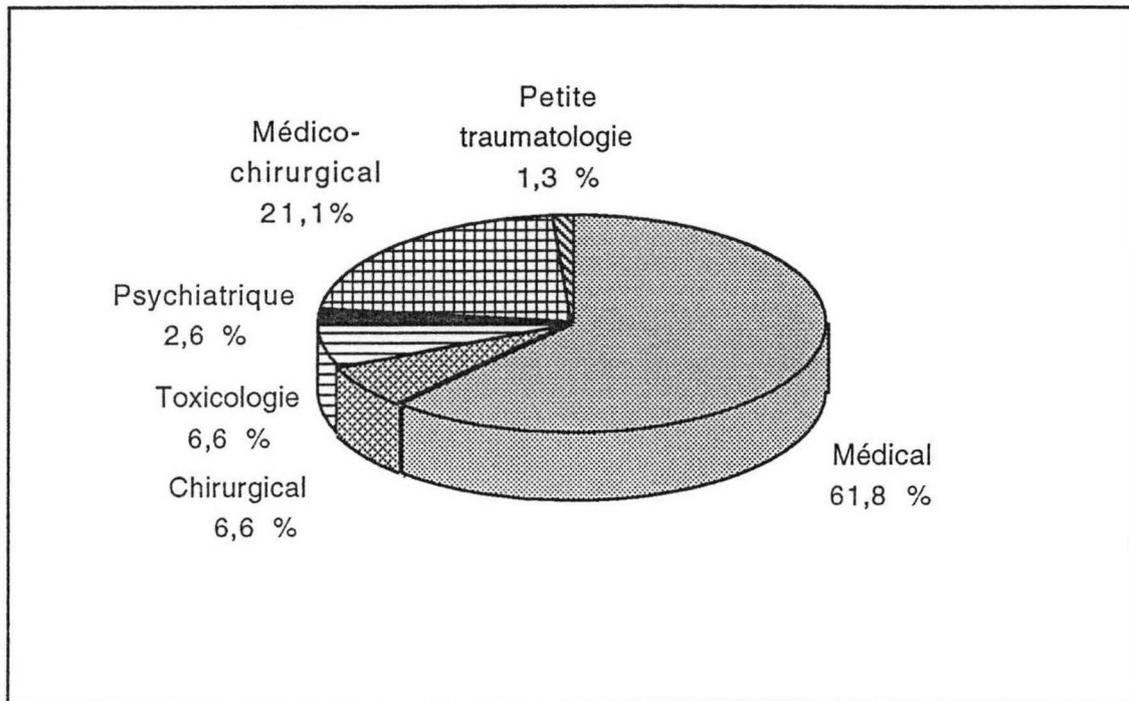
Tableau n° 62 : Éléments diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre aux urgences

Éléments diagnostics et thérapeutiques	Nombre de fois	Pourcentage	Non répondu
Petite chirurgie	0	0,0	2
Examen paraclinique de laboratoire	22	29,7	3
ECG	1	1,5	12
Labstix	11	16,9	12
Dextro	1	1,5	12
Radiographie simple	25	33,3	2
Imagerie autre que radiographie simple	4	5,4	3
Demande d'un avis spécialisé	18	24,3	3
Simple consultation (sans aucun examen)	27	36,5	3
Thérapeutique lourde	9	12,2	3
Thérapeutique légère	18	24,3	3
Contention (plâtre, strapping, minerve, etc...)	1	1,4	3
Pansement	4	5,4	3

5.3 - NATURE DES PATHOLOGIES REPRÉSENTÉES

(cf. figure numéro 17)

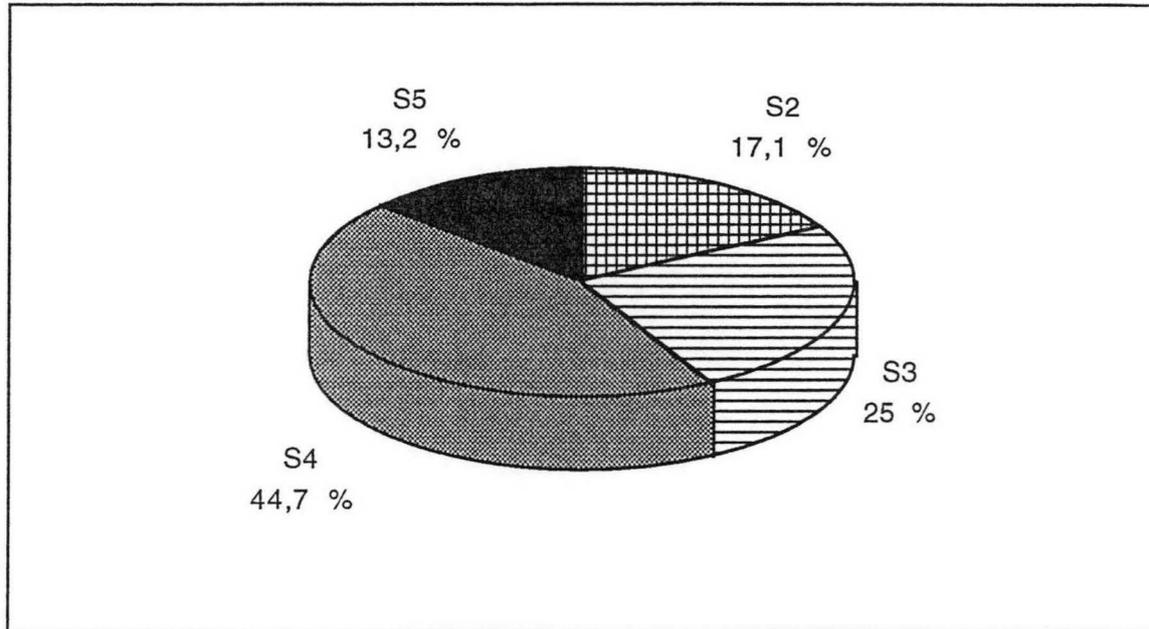
Figure n° 17 : Nature des pathologies en pédiatrie



5.4 - CLASSIFICATION SELON LA "GRAVITÉ CLINIQUE"

(cf. figure numéro 18)

Figure n° 18: Classification en gravité clinique



5.5 - DEVENIR ET ORIENTATION DU PATIENT

(cf. tableau numéro 63)

Tableau n° 63 : Orientation du patient

Orientation	Nombre de cas	Pourcentage
Hospitalisation	44	58,7
Suite de soins - Pansements	1	1,3
Renvois au médecin traitant	10	13,3
Envoi en consultation spécialisée	5	6,7
Sortie sans suivi	14	18,7
Autres	1	1,3

* 2 cas de non répondu.

Une forte proportion des enfants est hospitalisé, 58,7 % cette fraction est très nettement supérieure à celle des autres sites.

5.6 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DU PATIENT

Il n'existe aucune alternative à la prise en charge dans 34 cas soit 45,3 %.

Le médecin généraliste est une alternative à la prise en charge dans 33 cas soit 44 %.

Le médecin spécialiste est une alternative à la prise en charge dans 5 cas soit 6,7 %.

5.7 - L'ARRIVÉE DU PATIENT AUX URGENCES EST-ELLE ANNONCÉE À L'AVANCE ?

(cf. tableau numéro 64)

Tableau n° 64 : L'annonce d'arrivée aux urgences du patient

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	9	11,8
Non	67	88,2

* 1 cas de non répondu.

6 - CONCERNANT LES PATIENTS HOSPITALISÉS

6.1 - LES RAISONS D'HOSPITALISATION

D'après le médecin qui a pris en charge le patient : (cf. tableau numéro 65)

Tableau n° 65 : Les raisons d'hospitalisation

Raisons	Nombre de fois	Pourcentage	Non répondu
Pour la gravité	13	29,5	0
Pour la surveillance	39	88,6	0
Pour bilan et investigation complémentaire	25	56,8	0
Pour incertitude diagnostique	15	34,1	0
Pour thérapeutique lourde	9	20,5	0
Pour raisons sociales	0	0,0	0
Pour horaires tardifs	3	6,8	0
Autres	0	0,0	0

6.2 - GRAVITÉ RESSENTIE PAR LE PATIENT ET HOSPITALISATION

Rappelons que cette question a été posée avant que le patient sache qu'il était hospitalisé (cf. tableau numéro 66)

Tableau n° 66 : Gravité ressentie et hospitalisation

Gravité	Nombre de cas	Pourcentage
Bénin	5	11,6
Sérieux	34	79,1
Grave	4	9,3

* 1 cas de non répondu.

6.3 - MÉDECIN DE VILLE ET HOSPITALISATION

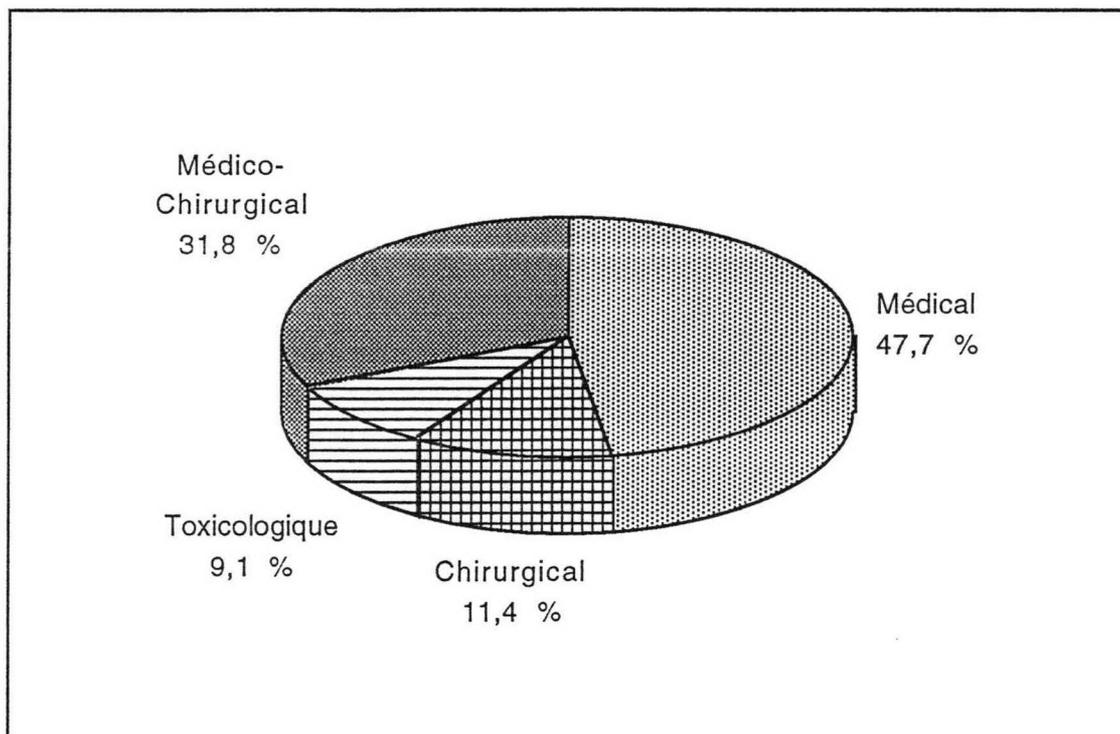
Sur les 44 enfants hospitalisés,

- 30 ont essayé de joindre un médecin avant de venir.
- 28 ont été adressés à l'hôpital par un médecin.
- 22 avaient une lettre de leur médecin.

6.4 - NATURE DES PATHOLOGIES REPRÉSENTÉES CHEZ LES HOSPITALISÉS

(cf. figure numéro 19)

Figure n° 19 : Nature des pathologies chez les hospitalisés



* 0 cas de non répondu.

V - GYNECOLOGIE

De même que la pédiatrie, le nombre de recueil étant faible (38 cas), l'analyse statistique reste très délicate. Nous avons décidé de représenter les résultats de la même manière qu'en pédiatrie.

1 - LES DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1.1 - ORIGINE GÉOGRAPHIQUE

(cf. tableau numéro 67)

Tableau n° 67 : Origine géographique

Origine	Nombre de cas	Pourcentage
CEE + Suisse (Excepté Italie, Espagne, Portugal)	29	76,3
Afrique du Nord	2	5,3
Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal)	6	15,8
Autres	1	2,6

* 0 cas de non répondu.

1.2 - PRISE EN CHARGE SOCIALE

(cf. tableau numéro 68)

Tableau n° 68 : Prise en charge sociale et assurance complémentaire

Prise en charge	Oui		Non		Ne sait pas	
	CAS	%	CAS	%	CAS	%
Sécurité Sociale ou Prise en charge sociale	34	94,4	2	5,6	0	0,0
Mutuelle	25	69,4	10	27,8	1	2,8

* 2 cas de non répondu.

1.3 - NOMBRE DE PASSAGES DANS UN SERVICE D'URGENCE DEPUIS LES 12 ÉCOULÉS

(cf. tableau numéro 69)

Tableau n° 69 : Nombre de venus aux urgences durant les 12 derniers mois écoulés

Nombre de fois	Nombre de cas	Pourcentage
0 fois	14	38,9
1 fois	11	30,6
2 à 5 fois	11	30,6
5 à 10 fois	0	0,0

* 2 cas de non répondu.

1.4 - LE SUIVI PAR UN MÉDECIN TRAITANT

(cf. tableau numéro 70)

Tableau n° 70 : Le suivi par un médecin traitant

Suivi	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	30	83,3
Non	6	16,7

* 2 cas de non répondu.

2 - LES CIRCONSTANCES DE L'ADMISSION

2.1 - LA PROVENANCE

(cf. tableau numéro 71)

Tableau n° 71 : La provenance

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage
Domicile	34	89,6
Lieu public	1	2,6
Voie publique	0	0,0
Etablissement de soins	0	0,0
Lieu de travail ou école	2	5,2
Autres	1	2,6

* 0 cas de non répondu.

2.2 - LE CONTEXTE D'ARRIVÉE

(cf. tableau numéro 72)

Tableau n° 72 : Contexte d'arrivée aux urgences

Contexte	Nombre de cas	Pourcentage
Accident domestique et de loisir	1	2,6
Accident de travail	0	0,0
Episode maladie	30	78,9
Accident de la voie publique		
Accident de sport	0	0,0
Autres (Intoxication volontaire ou non, tentative de suicide, certificat, etc...)	7	18,4

* 0 cas de non répondu.

2.3 - L'ADRESSANT EN GYNÉCOLOGIE

(cf. tableau numéro 73)

Tableau n° 73 : L'adressant aux urgences

Adressant	Nombre de cas	Pourcentage
Patiente elle même, famille, entourage	23	60,3
Médecin traitant	8	21,1
Médecin de garde	4	10,5
Pompiers	0	0,0
S.M.U.R.	0	0,0
Autres	3	7,9

2.4 - LE MOYEN DE TRANSPORT

(cf. tableau numéro 74)

Tableau n° 74 : Moyen de transport utilisé pour venir aux urgences

Moyen	Nombre de cas	Pourcentage
Propre moyen ou celui de l'entourage	33	86,9
Pompiers	2	5,3
S.M.U.R.	1	2,6
Ambulance privée	1	2,6
Autres	1	2,6

* 0 cas de non répondu.

2.5 - DURÉE D'ÉVOLUTION DU PROBLÈME QUI LES AMENE

(cf. tableau numéro 75)

Tableau n° 75: Temps d'évolution du problème

Evolution	Nombre de cas	Pourcentage
Depuis moins de 6 h	9	23,7
De 6 h à 24 h	11	28,9
Entre 1 et 2 jours	3	7,9
Depuis 3 jours ou plus	15	39,5

* 0 cas de non répondu.

2.6 - AVANT DE VENIR, LE PATIENT A-T-IL DEMANDÉ L'AVIS À D'AUTRES PERSONNES ?

(cf. tableau numéro 76)

Tableau n° 76 : L'avis d'autres personnes (que le médecin traitant) ou d'institution médicale

Avis	Oui		Non		Non répondu
	CAS	%	CAS	%	
Famille	11	29,7	26	70,3	1
Pharmacien	2	5,4	35	94,6	1
Centre 15	1	2,7	36	97,3	1
Autre médecin	2	5,4	35	94,6	1
Infirmier	3	8,1	34	91,9	1
Clinique	0	0,0	37	100,0	1
Autres	8	21,6	29	78,4	1

3 - L'OPINION DU PATIENT SUR SA PATHOLOGIE

3.1 - LA GRAVITÉ RESENTIE

(cf. tableau numéro 77)

Tableau n° 77 : Gravité ressentie

Gravité	Nombre de cas	Pourcentage
Bénin	10	28,6
Sérieux	19	54,3
Grave	6	17,1

* 3 cas de non répondu.

3.2 - D'APRÈS LE PATIENT DANS QUEL D'LAIS SA PATHOLOGIE DOIT-ELLE ÊTRE TRAITÉE?

(cf. tableau numéro 78)

Tableau n° 78 : Délais de traitement

Délais	Nombre de cas	Pourcentage
Immédiatement	20	57,1
Dans les heures qui viennent	5	14,3
Dans la journée	5	14,3
Peut attendre demain	5	14,3

* 3 cas de non répondu.

3.3 - A PROPOS DE LEUR PATHOLOGIE

(cf. tableau numéro 79)

Tableau n° 79 : Selon l'avis du patient : devenir, traitement, examens nécessaires

Les suites	Oui		Non		Ne sais pas		Non répondu
	CAS	%	CAS	%	CAS	%	
Nécessite une hospitalisation	11	31,4	23	65,7	1	2,9	3
Nécessite un traitement spécialisé	18	51,4	11	31,4	6	17,1	3
Peut -être résolu par un médecin (généraliste ou spécialiste) de ville	21	60,0	13	37,1	1	2,9	3
Demande des examens complémentaires	25	69,4	7	19,4	4	11,1	2
Nécessite un avis spécialisé	29	80,6	5	13,9	2	5,6	2

* 2 cas de non répondu.

3.4 - LA "NATURE" DU MÉDECIN QUI VA LES EXAMINER

(cf. tableau numéro 80)

Tableau n° 80 : Grade du médecin consultant

"Grade"	Nombre de cas	Pourcentage
Interne	23	88,5
Médecin débutant	0	0,0
Médecin expérimenté	3	11,5
Ne sait pas	0	0,0

* 12 cas de non répondu.

3.5 - L'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS SPÉCIALISTES À N'IMPORTE QUELLE HEURE

(cf. tableau numéro 81)

Tableau n° 81 : L'accès aux différents spécialistes

Accès	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	25	69,4
Non	10	27,8
Ne sait pas	1	2,8

* 2 cas de non répondu.

3.6 - L'ACCÈS AUX URGENCES POUR TOUTES LES PERSONNES QUI SE PRÉSENTENT

A la question pensez-vous que les urgences doivent s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quel que soit leur cas (cf. tableau numéro 82).

Tableau n° 82 : L'accès aux urgences à toutes les personnes quelque soit leur cas

Accès	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	27	75,0
Non	6	16,7
Ne sait pas	3	8,3

* 2 cas de non répondu.

3.7 - LE COÛT DES SOINS À LA SUITE DES URGENCES

(cf. tableau numéro 83)

Tableau n° 83 : Le coût des soins pour les patients

Coût	Nombre de cas	Pourcentage
100 % payant	7	19,4
En partie payant	13	36,2
Gratuit	16	44,4
Ne sait pas	0	0,0

* 2 cas de non répondu.

4 - ATTITUDE MÉDICALE DU PATIENT ET DU MÉDECIN

4.1 - LE PATIENT A-T-IL JOINT UN MÉDECIN AVANT DE VENIR AUX URGENCES

(cf. tableau numéro 84)

Tableau n° 84 : Essai de joindre un médecin avant de venir aux urgences

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	16	42,1
Non	22	57,9

* 0 cas de non répondu.

4.2 - LES ÉLÉMENTS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES MIS EN OEUVRE AUX URGENCES

(cf. tableau numéro 85)

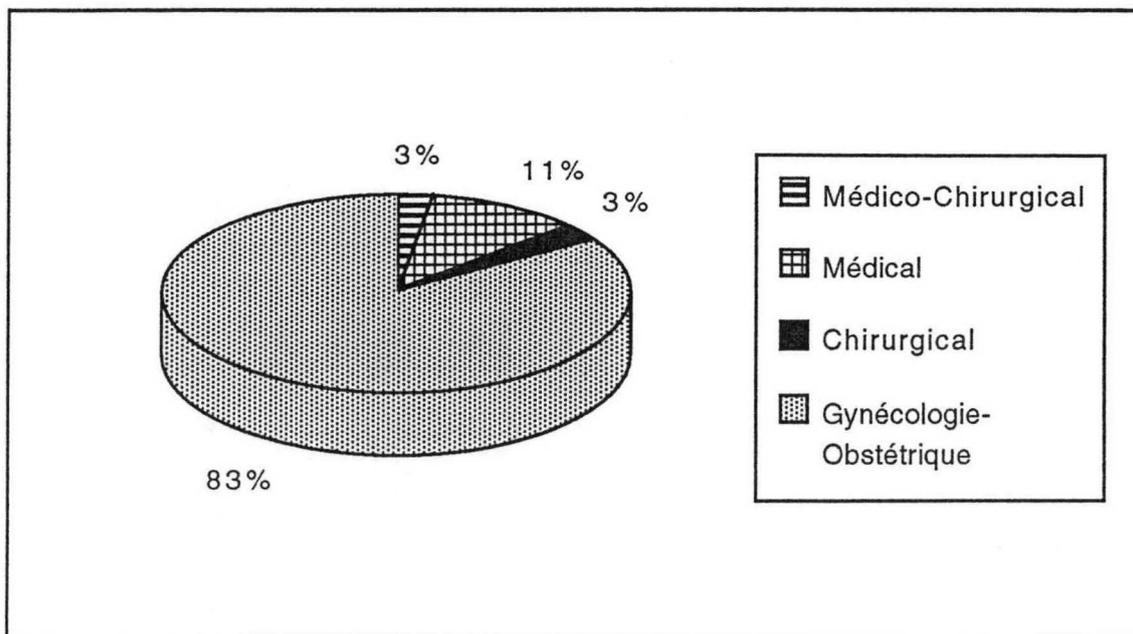
Tableau n° 85 : Elements diagnostiques et thérapeutiques mis en oeuvre aux urgences

Eléments	Nombre de fois	Pourcentage	Non répondu
Petite chirurgie (Suture)	1	2,7	1
Examen paraclinique de laboratoire	19	51,4	1
ECG	2	6,7	8
Labstix	3	7,9	8
Dextro	1	3,3	8
Imagerie autre que radiographie simple	25	67,6	1
Demande d'un avis spécialisé	20	54,1	1
Simple consultation (Sans aucun examen)	7	18,9	1
Thérapeutique lourde	1	2,8	2
Thérapeutique légère	15	41,7	2
Pansements	1	2,7	1

4.3 - NATURE DES PATHOLOGIES REPRÉSENTÉES

(cf. figure numéro 20)

Figure n° 20 : Nature des pathologies en gynécologie

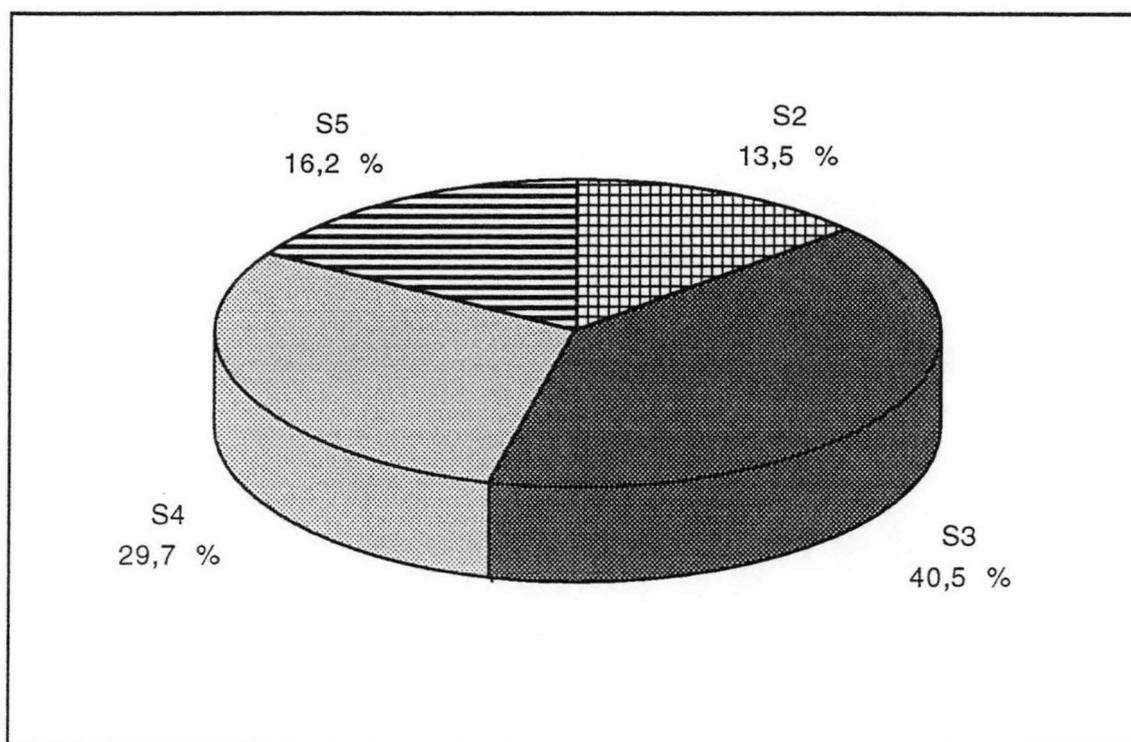


* 1 cas de non répondu.

4.4 - CLASSIFICATION SELON LA "GRAVITÉ CLINIQUE"

(cf. figure numéro 21)

Figure n° 21: Classification en gravité clinique



* 1 cas de non répondu.

4.5 - DEVENIR ET ORIENTATION DU PATIENT

(cf. tableau numéro 86)

Tableau n° 86 : Orientation du patient

Devenir	Nombre de cas	Pourcentage
Hospitalisation	14	38,9
Suite de soins - Pansements	0	0,0
Envoie au médecin traitant	1	2,0
Envoie en consultation spécialisée	7	19,4
Sortie sans suivi	14	38,9
Autres	0	0,0

* 2 cas de non répondu.

4.6 - ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DU PATIENT

Il n'existe aucune alternative à la prise en charge dans 12 cas soit 34,3 %.

Le médecin généraliste est une alternative à la prise en charge dans 11 cas soit 31,4 %.

Le médecin spécialiste est une alternative à la prise en charge dans 10 cas soit 28,6 %.

4.7 - L'ARRIVÉE DU PATIENT AUX URGENCES EST-ELLE ANNONCÉE À L'AVANCE ?

(cf. tableau numéro 87)

Tableau n° 87: L'annonce d'arrivée aux urgences du patient

Réponse	Nombre de cas	Pourcentage
Oui	12	32,4
Non	25	67,6

* 1 cas de non répondu.

5 - CONCERNANT LES PATIENTS HOSPITALISÉS

5.1 - LES RAISONS D'HOSPITALISATION

D'après le médecin qui a pris en charge le patient (cf. tableau numéro 88).

Tableau n° 88 : Les raisons d'hospitalisation

Raisons	Nombre de fois	Pourcentage	Non répondu
Pour la gravité	7	63,6	3
Pour la surveillance	5	45,5	3
Pour bilan et investigation complémentaire	6	54,5	3
Pour incertitude diagnostique	5	45,5	3
Pour thérapeutique lourde	2	18,2	3
Pour raison sociale	0	0,0	3
Pour horaires tardifs	0	0,0	3
Autres	0	0,0	0

5.2 - GRAVITÉ RESSENTIE PAR LE PATIENT ET HOSPITALISATION

Rappelons que cette question a été posée avant que la patiente sache qu'elle était hospitalisée (cf. tableau numéro 89).

Tableau n° 89 : Gravité ressentie et hospitalisation

Gravité	Nombre de cas	Pourcentage
Bénin	3	21,4
Sérieux	8	57,2
Grave	3	21,4

* 0 cas de non répondu.



5.3 - LE MÉDECIN DE VILLE ET L'HOSPITALISATION

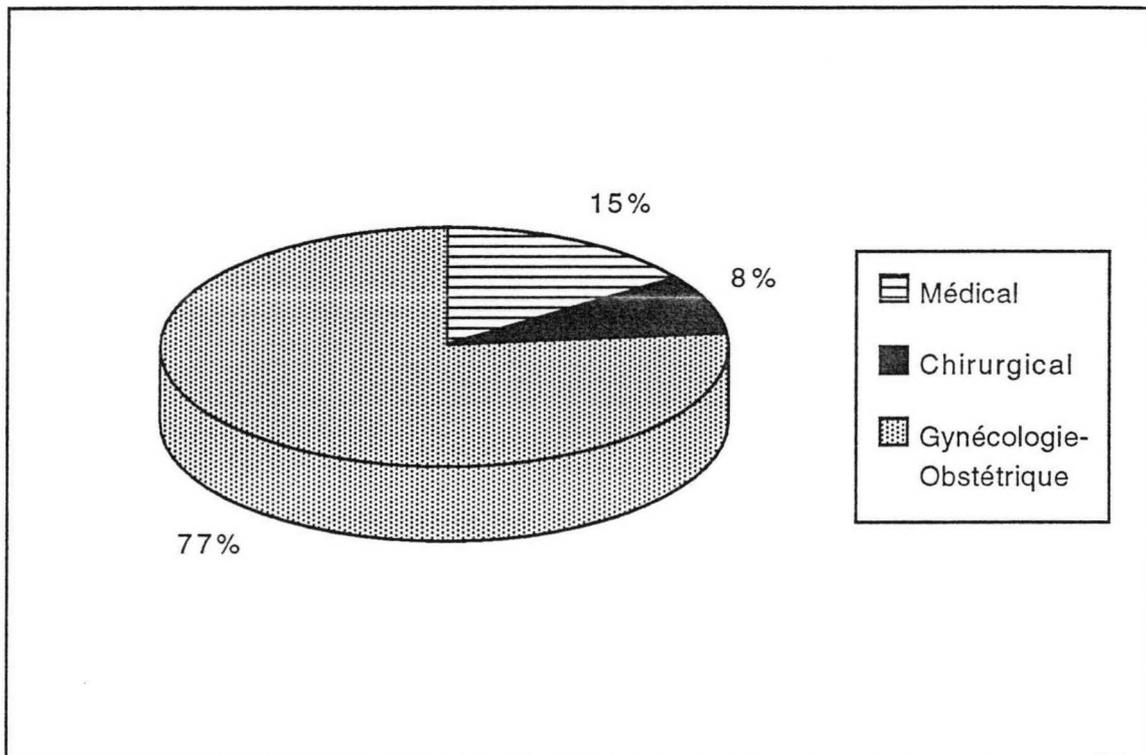
Sur les 14 femmes hospitalisées :

- 11 femmes ont essayé de joindre un médecin avant de venir.
- 9 ont été adressées à l'hôpital par un médecin.
- 5 avaient une lettre de leur médecin.

5.4 - NATURE DES PATHOLOGIES REPRÉSENTÉES CHEZ LES HOSPITALISÉS

(cf. figure numéro 22)

Figure n° 22 : Nature des pathologies chez les hospitalisés



* 1 cas de non répondu.

VI - CONSULTATIONS SUITE DE SOINS : TRAUMATOLOGIE DU SPORT

1- DEMOGRAPHIE

La moyenne d'âge est de 28,8 ans (médiane à 23 ans).

Les hommes sont sur-représentés : 54,7% contre 45,3 % de femmes.

L'origine géographique des patients est comparable à celle des autres sites de l'urgence.

2- CONTEXTE

Les phénomènes accidentels représentent la quasi totalité des cas, ils se distribuent de la façon suivante :

* Accident domestique	25 cas	33,3%
* Accident du travail	14 cas	18,7%
* Accident de la voie publique	9 cas	12,0%
* Accident du sport	25 cas	33,3%
* Autre	2 cas	2,7%

3 - ADRESSANT

Dans 96 % des cas c'est le médecin du S.A.U. qui décide d'orienter le patient vers cette consultation.

4 - MOTIFS ET DIAGNOSTICS

4.1 - CIRCONSTANCES

Les patients viennent en consultation de traumatologie du sport pour les raisons suivantes :

U1 (surveillance de soins)	31 cas
U2 (ablation des moyens de contention)	22 cas
U3 (avis "spécialisés")	22 cas

4.2 - LES DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS SONT

La traumatologie du membre supérieur: 37 cas

La traumatologie du membre inférieur: 27 cas dont 14 entorses de cheville.

5 - ALTERNATIVES

Dans 24 cas sur 75 le médecin généraliste aurait pu être une alternative pour la prise en charge de ces patients. Le recours à un médecin spécialiste est une alternative possible dans 30 cas (soit 40%). Dans 27 cas (soit une situation sur deux) l'alternative du médecin (spécialiste ou généraliste) doit s'accompagner du support du plateau technique.

47 personnes sur 75 (64,4%) pensent que leur cas n'aurait pas pu être résolu par un médecin de ville. Cependant 54 soit 72 % pensent que leur situation nécessite un avis spécialisé, et 37 (50,7%) estiment qu'ils ont besoin d'un traitement spécialisé.

6 - ORIENTATION DES PATIENTS

Dans 45,3% des cas (n = 34) les patients sont reconvoqués en consultation dans le même service, et dans 37,3% (n = 28) les patients sont renvoyés au médecin traitant.

DISCUSSION

I - CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE

1 - LES BIAIS

Comme toute étude statistique, notre travail comporte certains biais :

1.1 - LES BIAIS D'ÉCHANTILLONNAGE

Les journées d'enquête n'ont, malheureusement, pas pu être prises au hasard. Elles dépendaient de la disponibilité des enquêteurs administratifs et médicaux. Mettre en place une telle logistique n'était pas chose facile. Rappelons, toutefois, que pour limiter ce biais, nous avons fixé une période de saison et d'intersaison et avons pris deux journées représentatives de chaque jour de la semaine (deux lundis, deux mardis...).

1.2 - LES BIAIS DE RÉPONSE

- Les patients devaient être interrogés avant la prise en charge médicale. Cependant, parfois, pour des raisons d'urgence médicale, pour des problèmes de temps ou pour éviter un "encombrement" aux urgences, les patients étaient interrogés après avoir vu un médecin. Nous avons essayé de limiter le plus possible ce biais, sans nuire à la santé des gens.

- En ce qui concerne la pédiatrie et la gynécologie, l'enquêteur administratif et médical étant l'Interne lui-même, il lui était souvent difficile d'interroger le patient avant de l'examiner.

- La durée d'attente aux urgences a été un facteur de biais de réponse non négligeable. Comme par exemple sur la question d'opinion.

1.3 - LES BIAIS DE JUGEMENT

Ce biais existe surtout pour les médecins. En effet, pour les questions "raisons d'hospitalisation" ou "alternatives" à la prise en charge du patient au Service d'Accueil des Urgences, la part de subjectivité des médecins est grande et il arrive souvent que pour une même pathologie les réponses diffèrent selon les médecins.

1.4 - LES BIAIS DE SAISIE

Ces biais se trouvent à deux niveaux :

- *le premier est au niveau de l'encodage du questionnaire.*

Malgré une formation du personnel avant la mise en oeuvre de l'enquête, certaines questions restaient floues dans leur saisie.

Par exemple dans la partie "moyens mis en oeuvre aux urgences", l'item *thérapeutique légère* englobait une thérapeutique légère mise en oeuvre aux urgences et/ou une ordonnance de sortie. Certains ne déclaraient pas *thérapeutique légère*, alors qu'une ordonnance de sortie avait été faite.

La formation du personnel, avant enquête, a cependant limité ce biais.

- *le deuxième est au niveau de la saisie du questionnaire sur ordinateur.*

Des fautes de frappe ainsi que des fautes d'interprétation au moment de la saisie peuvent se voir. Ce biais a été réduit en n'utilisant qu'une seule personne pour la saisie. Ensuite, dans un deuxième temps, cette saisie a été revue et les incohérences corrigées.

1.5 LE BIAIS DE PARTICIPATION SERVILE

L'enquêté répond de manière à satisfaire plus ou moins implicitement l'enquêteur. Par exemple cela peut être le cas pour le niveau de satisfaction des soins.

2 - LES LIMITES

Les limites de notre étude se trouvent particulièrement pour les questionnaires réalisés en pédiatrie et en gynécologie. Les Internes étant chargés de remplir la partie administrative et médicale, le mode d'administration du questionnaire au patient change. Selon l'urgence de la pathologie, du nombre de patients, de l'horaire, le questionnaire était posé après la prise en charge médicale. Les patients ayant connaissance de leur devenir, certaines réponses ne sont plus exploitables.

3 - L'EXHAUSTIVITE

Rappelons que le taux d'exhaustivité pour le Service d'Accueil des Urgences (91,1 %) et pour la consultation de traumatologie du sport (97,4 %) a été très bon.

En ce qui concerne la pédiatrie et la gynécologie ayant des taux moyens ou ininterprétables d'exhaustivité, les résultats sont à prendre avec circonspection. **Les résultats de ces deux services ne sont pas repris dans les conclusions générales.**

La représentativité, comme nous l'avons vu dans le tableau n° 1b, est très bonne en ce qui concerne les jours étudiés. On note cependant que pour les résultats rapportés à l'année, le groupe G4 (patient non attendu dans un service et hospitalisé après bilan et/ou traitement au service d'accueil) est surévalué: Pour notre échantillon G4 représente 30,9 %, alors qu'il ne représente que 27,1 % de l'année 1995.

- Le nombre de patients vu au Service d'Accueil des Urgences d'ANNECY, sur quatorze jours, rapporté sur un an (31390 personnes), rejoint sensiblement les chiffres réels de 1995 pour le S.A.U. du Centre Hospitalier d'ANNECY hors consultations "suite de soins", soit 33818 entrées [21]. L'étude portant sur une période de saison et d'intersaison, les résultats obtenus au Service d'Accueil des Urgences sont un bon reflet de l'activité annuelle [21].

II - DISCUSSION DES RESULTATS

1 - LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

La population qui fréquente le Service d'Accueil des Urgences est représentée pour la plupart par des "jeunes" (les "15-25 ans" représentent la classe d'âge la plus représentée), avec une prédominance masculine (55,9 %) cela s'explique par la prédominance des pathologies de petites traumatologies et des accidents de sports. Rappelons que la moyenne d'âge en petite traumatologie est de 28,3 ans (\pm 18,6 ans).

2 - LES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET ETHNIQUES

Les facteurs ethniques semblent peu influencer l'arrivée aux urgences. En effet, il n'existe pas de concentration de personnes d'origine étrangère plus importante que dans la population générale. Les Africains du Nord représentent 5,9 % des entrées aux urgences du CH.. d'Annecy, les Moyens Orientaux 1,4 % et les Européens de l'Est seulement 0,8 %.

En revanche les facteurs socio-économiques semblent intervenir dans l'arrivée des patients aux urgences. Il existe en effet une sur-représentation des employés par rapport à la population générale et une sous-représentation des cadres supérieurs et des professions intermédiaires (cf. tableau n°90). Ainsi, la population utilisatrice des urgences "paraît" financièrement défavorisée comme cela a été démontré aux urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre [6].

Cependant la gratuité des soins ne semble pas être un argument attractif de venue au S.A.U. Seuls 36,4 % des patients pensent que les soins sont gratuits (44,7 % pensent que les soins sont en partie payants et 13,8 % pensent qu'ils sont payants à 100 %).

Tableau n°90 : Répartition des C.S.P. de la population active chez les 18 ans et plus dans la population générale (chiffre INSEE 1990) et dans la population venant au S.A.U. du CH.. d'Annecy.

Catégorie Socio-Professionnelle	Population Générale	Pourcentage	Population du S.A.U.	Pourcentage
Agriculteur	984	1,2 %	7	1,2 %
Artisan	8760	10,6 %	52	9,3 %
Cadre supérieur	16300	19,8 %	35	6,2 %
Profession Intermédiaire	20368	24,8 %	86	15,3 %
Employé	9704	11,8 %	172	30,6 %
Ouvriers	25967	31,3 %	180	32 %

*P < 0,001 en A.N.O.V.A.

De plus, les patients venant aux S.A.U. ont presque tous une couverture sociale (98,4 %) et beaucoup possèdent une assurance complémentaire (83,4 %). Les urgences ne sont donc pas un lieu de concentration des "démunis socialement". D'ailleurs, l'urgence que l'on peut nommer "urgences sociales" ne représente que 10,7 % des raisons d'hospitalisation. Notons cependant que notre étude n'étant pas ciblée sur l'urgence sociale, cette dernière est très certainement sous- estimée.

3 - LE SUIVI ET LES HABITUDES MÉDICALES

Les personnes venant aux urgences ne semblent pas être des "habituées". 60,5 % déclarent venir au Service d'Accueil des Urgences pour la première fois. Seule une petite partie vient régulièrement (17,6 % sont venus entre deux et cinq fois et 2,3 % sont venus plus de cinq fois).

87,8 % des patients des urgences disent avoir un médecin traitant. Par ailleurs, 48,9% prétendent avoir consulté leur médecin dans le mois écoulé. Ceci semble dénoter le bon suivi des patients par leurs médecins. Comment expliquer alors que seuls 32,9 % des patients ont essayé de joindre un médecin avant de venir au Service d'Accueil des Urgences? Ce chiffre passe à 51,9 % pour les admissions en pédiatrie (En Angleterre 40 à 65 % des admissions pédiatriques ne sont pas adressées par un médecin [39].). Ce pourcentage semble d'autant plus faible que le taux de réussite pour joindre un médecin est important (89,1 %).

4 - LES RAISONS DE VENUE AU S.A.U.

Ces raisons sont rapportées dans le tableau n° 15 intitulé: "Raisons qui ont amené les patients à ne pas joindre un médecin avant de venir aux urgences".

La rapidité de la prise en charge à l'hôpital est un élément prédominant à la venue au service d'accueil des urgences. Les personnes sont persuadées qu'elles seront traitées très rapidement. Malheureusement nous n'avons pas mentionné la plainte de l'attente des personnes aux soins. Nous l'avons cependant remarquée.

La facilité (proximité) de venir à l'hôpital est non seulement avouée par les malades comme raison de venue au S.A.U., mais elle est aussi démontrée par l'origine résidentielle des patients. 65 % des personnes proviennent de foyers domiciliés dans le district d'Annecy (cf. figure n° 3) .

Le plateau technique, c'est à dire la présence d'appareil radiographique, d'examens de laboratoire et de possibilités de joindre des spécialistes est un argument de poids à l'admission aux S.A.U..

La préférence de l'hôpital comme lieu d'accueil pour les urgences est souvent décrit par les patients. Cette notion est renforcée par le fait que le service d'accueil des urgences semble avoir une "bonne image". 75 % des "admis" disent que la qualité des soins au S.A.U. est satisfaisante ou très satisfaisante. Il existe un biais de réponse probable dans la mesure où la question était posée avant la prise en charge du malade.

"L'obligation" par l'employeur dans les accidents de travail ou les accidents survenus à l'école de venir à l'hôpital est souvent évoquée

La venue systématique des pompiers, des policiers et du S.M.U.R en direction de l'hôpital ne laisse guère le choix d'aller ailleurs.

L'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 est l'un des derniers arguments dominants à la venue au S.A.U..

L'urgence "ressentie" c'est à dire le fait que le malade se sente en danger plus ou moins imminent ne représente que 2,6 % des malades qui n'ont pas essayé de joindre un médecin avant leur arrivée au Service d'Accueil des Urgences.

5 - LES DIFFÉRENTES ATTITUDES DU PATIENT

Trois attitudes semblent se démarquer:

5.1 - L'ATTITUDE CONSUMERISTE

L'attitude consumériste de la population de ville représente la majorité des cas.

* 69,2 % des personnes se rendant au Service d'Accueil des Urgences pensent que leur cas doit être traité immédiatement. Le docteur D.W. **BAKER** du "Harbor-UCLA Medical Center" arrive à la même observation dans ses enquêtes [6]. Il ajoute que la plupart des patients pensent qu'ils ont besoin

d'être traités immédiatement même s'ils disent que leur cas n'est pas grave, ou douloureux.

* 58,9 % de ces mêmes personnes disent avoir accès à un spécialiste quelconque à n'importe quel moment de la journée.

* La majorité des personnes reste exigeante en ce qui concerne la prise en charge de leur maladie:

- 41,5 % pensent que leur cas nécessite un traitement spécialisé.
- 53,3 % des patients "demandent" des examens complémentaires. La radiographie simple est souvent sollicitée.
- 7,7 % des personnes disent que leur pathologie nécessite un avis spécialisé.

* 75,7 % des patients interrogés affirment que le Service d'Accueil des Urgences doit s'occuper de toutes les personnes, quel que soit leur cas.

Tout cela démontre l'attente "consommériste" des patients avec la recherche du délai zéro dans la prise en charge du malade. Ceci rejoint les idées développées par **CHABRUN** et **ROBERT** qui, en s'appuyant sur le rapport **STEG**, ont mis en évidence cette notion.[15].

Les patients en venant à l'hôpital recherchent donc la notion d'un service rendu. C'est surtout la population de l'agglomération où la pathologie de la petite traumatologie est dominante (58,9 %) cf. tableau n°91.

Tableau n° 91: Nature des pathologies concernant la population rurale et population de l'agglomération du bassin annécien

	Pathologie chirurgicale	Petite traumatologie	Toxicologie	Gynécologie obstétrique	Pathologie médicale	Pathologie psychiatrique	Pathologie médico-chirurgicale
Zone rurale	12,9 %	43 %	5,8 %	0,2 %	26,6 %	4,2 %	7,4 %
Agglomération	7,5 %	58,9 %	4,4 %	0,7 %	19,5 %	1,2 %	7,9 %

5.2 - L'ATTITUDE RURALE

L'attitude rurale est caricaturée par les agriculteurs.

En effet, cette population se démarque de la précédente par le fait que 82,1 % des agriculteurs ont essayé de joindre un médecin avant de venir aux urgences. 66,7 % viennent aux urgences par décision du médecin. Par ailleurs, en ce qui concerne la classification de "gravité clinique", 75 % des agriculteurs se retrouvent en S4 et S5 (situation aiguë, incertaine, dont le risque est à évaluer et situation risquant de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si non traitée) alors que la majorité des autres catégories socio-professionnelles se trouvent en S3 (situation aiguë, mais ne nécessitant que des soins courants). 67,9 % des agriculteurs, venant au S.A.U., sont hospitalisés, alors qu'en ce qui concerne les autres CSP, ce pourcentage tombe à moins de 35 %. Les ruraux viennent donc par "nécessité" et non comme "consommateurs" de soins. L'éloignement des structures de soins est une motivation à l'emprunt de cette attitude.

5.3 - L'ATTITUDE DES PERSONNES AGÉES

L'attitude des personnes âgées rejoint l'attitude rurale.

Ceci, non pas par éloignement des structures hospitalières, mais par le fait que les épisodes maladies et donc de pathologies "chroniques" touchent 63,6 % des 76 ans et plus. 62,7 % de cette même classe d'âge sont adressés par un médecin. Ces personnes viennent donc par nécessité. 79,8 % des 76 ans et plus hospitalisés.

6 - LES MOYENS TECHNIQUES UTILISÉS AU S.A.U.

6.1 - LA RADIOLOGIE

Ce travail a mis en évidence l'utilisation importante de l'examen radiologique au Service d'Accueil des Urgences. La radiographie simple est l'examen, et de loin, le plus demandé: 60 % des malades (soit 717 cas) en ont bénéficié en venant au S.A.U.. Cet examen a une place centrale au Service d'Accueil des Urgences, mais aussi dans l'esprit des patients. Les phrases "qu'est-ce qui vous amène?" "Je viens pour une radio" sont connues de tous les médecins des urgences.

6.2 - LES EXAMENS DES LABORATOIRES

Ces examens ont été réalisés dans 313 cas.

27 % des patients en ont donc bénéficié. Nous n'avons malheureusement pas identifié la nature des différents examens.

6.3 - LES AVIS SPÉCIALISÉS

Ils viennent en troisième position 21 % des patients en ont bénéficié. Il semble important de noter qu'une grande partie des avis spécialisés a été réalisée par des internes de spécialité.

* **Les moyens annexes:** L'ECG (16,5 %), le labstix (9,3 %) et le dextro (4,6 %) représentent des actes non négligeables.

* **L'imagerie (autre que radiographies simples):** Elle n'a été utilisée que pour 3,8 % des patients.

7 - LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES UTILISÉS

7.1 - LA THÉRAPEUTIQUE LÉGÈRE

Cette notion comporte malheureusement un biais non négligeable au niveau de l'encodage du questionnaire. Néanmoins on peut dire que 55 % des patients venant au S.A.U. ont bénéficié d'une ordonnance de sortie et/ou d'une thérapeutique médicamenteuse mise en place aux urgences.

7.2 - LA PETITE CHIRURGIE ET LES PANSEMENTS

"Les parages" et "les sutures" ont été réalisés 170 fois. 14,6 % des patients en ont donc bénéficié. Les pansements (272 fois) présentent aussi un biais d'encodage. Leur nombre est certainement sous-évalué.

7.3 - LES MOYENS DE CONTENTIONS

Ils ont été utilisés dans 18,5 % des cas. Nous n'avons malheureusement pas fait la part entre les plâtres, les strapping et les colliers cervicaux.

7.4 - LES THÉRAPEUTIQUES LOURDES

Notion laissée à la subjectivité des médecins des urgences, elles n'ont été utilisées que chez 5 % des patients. La encore un biais existe puisque cette thérapeutique lourde (réduction orthopédique) n'ont pas été des actes réalisés forcément aux urgences, mais parfois dans d'autres services.

8 - LES CIRCONSTANCES ET LA NATURE DES PATHOLOGIES

Les deux tiers des circonstances d'arrivées aux urgences sont en rapport avec des "**accidents**": Ils sont représentés par des accidents domestiques et/ou de loisir (29 %), des accidents de sport (15 %), des accidents de travail (12 %), et des accidents de la voie publique (11 %).

28 % des admissions sont représentées par des "**épisodes maladies**".

Les tentatives de suicide et les intoxications (volontaires ou non) représentent **5 %** des circonstances d'admission.

Pour toutes les natures de pathologie confondue, on met en évidence une très grande part de soins ambulatoires (**G2 = 67 %**) et de situations aiguës ne nécessitant que des soins courants (**S3 = 58,5 %**).

La nature des pathologies observées aux urgences peut être partagée en cinq groupes

8.1 - LA PETITE TRAUMATOLOGIE

Elle représente **53 %** des passages au S.A.U.. Cette une pathologie qui présente une moyenne d'âge jeune (28,3 ans \pm 18,6 ans). Ceci s'explique par le fait que "petite traumatologie et accidents" sont liés. Les "jeunes" sont plus exposés aux accidents en tous genres. Ces mêmes patients qui s'adressent au S.A.U. ont peu contacté leur médecin auparavant. Ce dernier n'est contacté que dans **15 %** des cas dans cette situation. **70,4 %** de la population est venu au Service d'Accueil des Urgences en utilisant un véhicule personnel. La moyenne d'âge de ce dernier groupe est relativement jeune (moins de 32 ans). Le fait d'utiliser un véhicule personnel prouve que la grande majorité de ces patients est capable de supporter un transport sans aide médicale. De plus **63,8 %** des urgences ont débuté au domicile (ou assimilé) du patient. Il faut savoir que **68 %** des admissions au S.A.U. sont représentées par la gravité clinique **S1** (situation ne justifiant pas de soins), **S2** (situation ne justifiant pas une intervention médicale en urgence) et **S3**

(situation aiguë ne nécessitant que des soins courants). 83,6 % des patients appartenant au stade de gravité S3 viennent pour un problème de petite traumatologie. Seul 2,3 % de la petite traumatologie est hospitalisé.

Tous ces faits réunis démontrent donc que, dans la grande majorité des cas, les patients venant consulter pour la petite traumatologie auraient pu opérer un choix au niveau de la filière de soins qu'ils décidaient d'utiliser. Il semble alors exister une auto-orientation de ces patients pour le Service d'Accueil des Urgences sans que cela justifie l'utilisation de ce service. Cette "motivation de la clientèle" pour le S.A.U. a été bien décrite par le professeur VIENS du Centre Hospitalier de Pontoise [23].

Il est intéressant de noter la répartition de la traumatologie: . La **traumatologie des membres supérieurs** représente 20,2 % des diagnostics aux urgences, celle des membres inférieures 15,7 %, celle de la tête et du cou 13,1 %, celle du tronc 3,5 %, et enfin la traumatologie "multiple" représente 4 %.

8.2 - LA PATHOLOGIE MÉDICALE

Elle représente 22,1 % des admissions au S.A.U. (259 cas). Cette pathologie a la moyenne d'âge la plus élevée. Elle est de 51,6 ans \pm 23,6 ans. **51,3 %** des patients appartenant au stade de gravité S4 (situation aiguë, incertaine dont le risque est à évaluer) viennent pour une pathologie médicale.

Notre étude a mis en évidence que plus la moyenne d'âge est élevée plus la durée d'évolution du problème qui motive le passage au S.A.U. est longue. Ceci sous-entend que les personnes âgées sont pour la plupart, avant de venir au S.A.U., prises en charge par un médecin. En effet, 76,7 % des 76 ans et plus ont essayé de joindre un médecin avant de se présenter aux urgences.

67,7 % des patients adressés par un médecin sont hospitalisés. La moyenne d'âge des personnes venant avec une ambulance privée est de 62,5 ans \pm 20,5 ans.

Il semble donc exister une adéquation entre épisode maladie, personne âgée et orientation adéquate (nous développerons cette dernière notion ainsi que le "rôle filtre" du médecin généraliste dans la partie "hospitalisation").

L'étude de D. **BROOKOFF** de l'université de Tennessee [10] démontre que la plupart des personnes âgées reviennent aux urgences pour les mêmes problèmes. Cette notion nous amène à nous poser une question: "La pré-

admission des personnes âgées au S.A.U. est-elle vraiment nécessaire? La télé-médecine peut être une réponse (voir plus loin).

8.3 - LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Elle représente 9,5 % des admissions. Sa moyenne d'âge est de 40,2 ans + 23,7 ans. Elle semble toucher toutes les catégories de personnes.

8.4 - LA PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Elle représente 7,7 % des admissions. Sa moyenne d'âge est relativement jeune (38,8 ans \pm 24 ans). Ceci semble être dû au fait que nous avons englobé dans cette pathologie tous les traumatismes crâniens.

8.5 - LA PATHOLOGIE TOXICOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Cette ensemble représente 7,2 % des admissions. Ceci n'est pas négligeable dans la mesure où 80 % des admissions psychiatriques et 59 % des admissions toxicologiques (tentatives de suicide médicamenteuses comprises) sont hospitalisées. Il est, de plus, important de noter que la prise en charge de ce "type" de patient est lourde et consommatrice de temps et d'énergie. La moyenne d'âge est de 37,6 ans \pm 17,4 ans pour la pathologie toxicologique est de 40 ans \pm 16,2 ans pour la pathologie psychiatrique.

9 - LE DEVENIR ET LES ORIENTATIONS DU PATIENT

Un tiers des patients qui viennent au S.A.U., toute pathologie confondue, sont hospitalisés. Dans les deux tiers restants, la majeure partie, soit 28,3 % des patients, est renvoyée au médecin traitant. Les 19 % des patients qui repartent du S.A.U. sans suivi médical présentent la moyenne d'âge la plus jeune (26,4 ans \pm 17,9 ans). 7,1 % des patients venant au Service d'Accueil des Urgences sont envoyés en consultation "suite de soins traumatologiques". Ces consultations sont assurées par des médecins généralistes. **La part des consultations orthopédiques faites par des spécialistes ne représente que 2,6 %.** 5,4 % des admissions sont renvoyés à d'autres consultations spécialisées.

Pour les patients ne nécessitant que des soins ambulatoires, la nécessité d'un suivi spécialisé n'est ressentie que dans 8 % des cas.

Le devenir des patients est influencé par trois grandes parties qui dépendent des "adressants"

9.1 - L'ADRESSANT EST LE PATIENT LUI-MÊME OU L'ENTOURAGE

Dans ce cas 34,2 % sont envoyés au médecin traitant après leur passage au S.A.U. et 23,8 % ressortent sans autre suivi médical. On remarque que 76,3 % des patients qui sont envoyés à leur médecin traitant n'ont pas essayé de joindre leur médecin traitant avant de venir aux urgences. Seuls 16,1 % de cette population sont hospitalisés. Dans ce groupe, 77,8 % des malades se trouvent dans des situations ne justifiant pas de soins (S1), pas d'intervention médicale (S2), ou dans des situations aiguës ne nécessitant que des soins courants. **Il semble donc que l'arrivée de ces patients aux urgences ne soit pas très adaptée.**

9.2 - L'ADRESSANT EST UN MÉDECIN

Seuls 18,7 % de ces patients sont renvoyés au médecin traitant. Une part très infime, soit 3,6 %, ressort sans suivi médical. **La plus grande majorité, soit 67,7 %, est hospitalisé. Cette notion très importante affirme le rôle filtre du médecin généraliste en amont de la venue du patient aux urgences.** Ceci d'autant plus, comme nous le verrons plus loin, qu'il n'existe pas d'hospitalisation abusive.

En ce qui concerne les patients adressés par le S.M.U.R., la part des hospitalisations passe à 67,6 %, la part des "envoyés" au médecin traitant à 10,8 % et, fait marquant, la part des sorties sans suivi médical à 10,8 %.

9.3 - L'ADRESSANT EST "LES POMPIERS"

Ce groupe de patients semble représenter un "intermédiaire" entre les deux précédents groupes. En effet 43,5 % des patients sont hospitalisés, 25,9 % sont envoyés au médecin traitant, et 22,2 % sortent sans suivi. Il est intéressant de noter qu'une sélection des venues systématiques des pompiers peut être faite.

Ce rôle filtre peut être réalisé par le SAMU (centre 15).

10 - LES HOSPITALISATIONS

La moyenne d'âge des personnes hospitalisées est de 49,7 ans \pm 23,8 ans. C'est la moyenne d'âge la plus élevée comme nous pouvions nous y attendre.

La répartition est dominée par trois grands groupes:

1° Les services de médecine ou de pédiatrie représentent 39,5 % des hospitalisés.

2° Les services de chirurgie représentent 28,2 % des hospitalisés.

3° Le service "de lit porte" représente 20,3 % des hospitalisés. Cette étude démontre l'importance souvent ignorée de ce service.

4,9 % des patients hospitalisés le sont en réanimation ou unité de soins intensifs de cardiologie; 3 % sont mutés dans d'autres hôpitaux ou cliniques; 1,6 % sont hospitalisés en psychiatrie; 1,4 % en gynécologie, et 1,1 % sont allés directement au bloc opératoire.

D'après les médecins des urgences, les motifs d'hospitalisation sont les suivants:

* **La surveillance** représente 78,9 % des raisons d'hospitalisation. Cette surveillance en milieu hospitalière est-elle toujours nécessaire? Le risque d'erreur médicale, la formation professionnelle et le "manque de confiance en soi" des médecins des urgences sont certainement des facteurs majorant l'hospitalisation.

* Les investigations complémentaires représentent 48,6 % des raisons d'hospitalisation.

* La gravité de la pathologie du patient représente 42,9 % des raisons d'hospitalisation.

* La thérapie lourde, notion laissée à la subjectivité du médecin des urgences représente 36,9 % des raisons d'hospitalisation.

* L'incertitude diagnostique, parfois induite par l'inexpérience du médecin des urgences représente 29,8 % des raisons d'hospitalisation.

* **Les "raisons sociales" ne représentent par contre que 10,7 % des raisons d'hospitalisation.** La part sociale de l'hôpital ne semble pas si importante que ce que l'on présageait.

* La venue tardive des patients, quant à elle, ne représente que 2,3 % des raisons d'hospitalisation.

11 - LES DIFFÉRENTES ALTERNATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AUX URGENCES

11.1 -LES ALTERNATIVES AUX PASSAGES AVEC "SORTIES EXTERNES"

Dans 47 % de ces cas (soit 339 fois) le médecin généraliste seul était une alternative de la prise en charge du patient. Cette notion met en valeur l'auto-orientation des malades dans ce cas.

Dans 26 % des cas le médecin généraliste associé au plateau technique (radiologie ou examen de laboratoire) était une alternative.

Dans 23 % des cas (soit 166 fois) il n'existait aucune alternative.

Il semble que la raison de ce pourcentage, sans être démontrée par notre étude, soit la venue des patients pendant les jours fériés, pendant les horaires tardives et ...

Par ce fait, nous remarquons que le jugement sur les alternatives reste très subjectif.

Ce concept, marquant ce jugement différent d'un médecin des urgences à un autre, a été aussi démontré par S. **FOLDES** de l'université du Minnesota (USA) [31]. Nous supposons que, pour la même pathologie, les alternatives à la prise en charge n'ont pas été toujours les mêmes d'un médecin à un autre. De plus, entre ce que les médecins proposent et ce qu'ils font, il existe une discordance. Par exemple, dans 129 cas, des radiographies simples ou des examens de laboratoire ont été réalisés, alors que les médecins, affirmaient que le médecin généraliste était, seul et sans moyen, une alternative suffisante à la prise en charge du patient.

11.2 - LES ALTERNATIVES AUX HOSPITALISATIONS

A l'auto-orientation inadéquate des patients, vue précédemment, s'oppose une **orientation adéquate des malades adressée par une structure médicale**. En effet, 67,7 % des patients adressés par un médecin sont hospitalisés. Il en est de même pour 60 % des patients adressés par une structure médicale. **84 % des hospitalisations n'ont pas d'alternative pour les médecins des urgences.** On remarque donc l'importance du médecin généraliste et de son rôle filtre en ce qui concerne l'hospitalisation. Malgré ce taux d'hospitalisation adéquate élevé, il est important d'augmenter le taux de la pertinence de cette dernière. Ceci pourrait se faire par l'augmentation du "professionnalisme" du médecin des urgences lui permettant de ne pas forcément hospitaliser un patient adressé par un médecin de façon sereine, en toute sécurité et sans craindre les conséquences médico-légales.

12 - LE PROFIL DE LA POPULATION AUX URGENCES DE L'HÔPITAL D'ANNECY

Selon l'enquête multicentrique effectuée par le professeur **GUIGNIER** [12], les caractéristiques de la population qui fréquentent les services d'urgences sont représentées par "des malades relativement jeunes, arrivant aux urgences par leurs propres moyens, confirmant ainsi que ces services sont utilisés, à bon ou à mauvais escient, par la population comme un service de consultation. Les grandes urgences vitales sont peu nombreuses. Plus la population vieillit, plus l'hospitalisation est importante."

Les urgences du Centre Hospitalier d'Annecy présentent le même profil que les autres grands centres. Ceci permettra au S.A.U. d'Annecy d'intégrer les études multicentriques des urgences.

13 - EN CE QUI CONCERNE LES RÉSULTATS DES URGENCES PÉDIATRIQUES ET GYNÉCOLOGIQUES

Comme nous l'avons vu précédemment, le taux d'exhaustivité de ces deux services étant très faible, il nous est difficile d'interpréter les résultats. Néanmoins le pourcentage très élevé des hospitalisations (58,7 % des admissions) nous amène à poser la question suivante: Les internes de

médecine générale sont-ils assez formés pour assurer les urgences pédiatriques?

Il est cependant important de noter que 51,9 % des patients venant aux urgences pédiatriques ont essayé de joindre un médecin.

14 - EN CE QUI CONCERNE LES RÉSULTATS DES CONSULTATIONS DES TRAUMATOLOGIES DU SPORT

On remarque que la moyenne d'âge est très jeune (28,8 ans) avec, comme on s'y attendait, une sur-représentation des hommes (54,7 %) due à la nature "traumatologique" des consultations. 49,3 % des consultations sont dues à la traumatologie du membre supérieur et 36 % à la traumatologie du membre inférieur.

III - HYPOTHESES FORMULEES

La discussion des résultats de notre enquête et l'étude statistique ont permis de valider la plupart de nos hypothèses formulées au départ. Seule l'impression de gratuité des soins, l'urgence "vraie" ou "ressentie" et l'absence de médecin traitant, ont été les hypothèses infirmées par notre étude. Aucun de ces trois facteurs n'agit de façon significative sur l'arrivée du patient au Service d'Accueil des Urgences.

IV - PROPOSITIONS POUR L'AIDE À LA MAITRISE DU FLUX AUX URGENCES

Le Service d'Accueil des Urgences doit pouvoir, d'après sa fonction, se concentrer sur les situations aiguës dont le risque est à évaluer. Il doit augmenter sa disponibilité pour les soins urgents. Pour cela il faut que le flux des urgences soit réorienté.

L'aide à la maîtrise du flux aux urgences peut se faire à plusieurs niveaux.

1 - EN AMONT DE LA VENUE AU S.A.U.

1.1 - INFORMER ET ÉDUIQUER LE PATIENT

- Les médias, avec l'aide des pouvoirs publics [12] peuvent inciter les patients à appeler le Centre 15 qui orientera le malade vers une structure adéquate.
- Éduquer les jeunes enfants, à l'école, sur la conduite à tenir et l'orientation du malade en cas de problème de santé.
- L'éducation de soins aux personnes peut se faire aussi par le relais du médecin généraliste.
- Inciter les patients à s'orienter ailleurs qu'au Service d'Accueil des Urgences, en prévoyant des soins "gratuits" pour les patients avec 1/3 payant en amont du service des urgences. Cette idée se trouve aussi dans l'étude réalisée à l'hôpital du Havre [6]. Pour cela il faut des structures adaptées.

1.2 - PREVOIR DES STRUCTURES ADAPTÉES ET PERMETTRE AU MEDECIN GENERALISTE DE REINTEGRER LA GESTION DE L'URGENCE

- Prévoir et permettre la création de "petites cliniques" de traumatologie avec un plateau technique et du personnel adapté. Cette structure "tournant" grâce aux médecins généralistes, devra travailler en collaboration avec l'hôpital afin de ne pas léser le recrutement de ce dernier. L'afflux massif des patients vers les urgences montre qu'il existe une demande. Pour satisfaire cette demande et avoir "un caractère attractif", il faut que cette "clinique de traumatologie" offre *le même service rendu* qu'au Service d'Accueil des Urgences avec notamment une rapidité de la prise en charge du patient dès son arrivée.
- La réintégration du médecin généraliste dans la gestion de l'urgence [rapport **STEG**] peut se faire :
 - . en revalorisant la rémunération des actes d'urgence,
 - . en favorisant leur formation pour l'urgence (C.A.M.U.),
 - . en leur faisant bénéficier d'une promotion hospitalière afin de les inciter à garder un contact avec le milieu hospitalier

Ces différentes propositions ont été développées par **CHABRUN** et **ROBERT** [15].

- Permettre une meilleure coopération des différentes structures médicales hors hospitalière.

Cela peut se faire :

. en prévoyant la bascule systématique des appels du Centre 18 vers le Centre 15 pour permettre une régulation mieux adaptée et évaluée des problèmes médicaux. Ceci afin de mettre un terme à la venue systématique des pompiers aux urgences et l'admission des patients dans d'autres structures de soins adaptées. Cette notion a été développée au Centre Hospitalier de Pontoise [15],

. en demandant aux employeurs d'appeler systématiquement le centre 15 en cas d'accident de travail afin que le malade puisse être orienté dans une autre structure de soins que le S.A.U. si son état de santé le permet.

. en incitant les médecins généralistes à consulter les patients des maisons de retraite avant qu'ils ne soient adressés à l'hôpital; cela afin de diminuer le nombre d'hospitalisations et le nombre de pathologies iatrogènes (Idée développée par **BROOKS** [11]).

- Utiliser l'hospitalisation à domicile pour certaines catégories de personnes âgées pour éviter l'hospitalisation et prévoir (si celle-ci est nécessaire), une entrée directe dans un service hospitalier adapté, sans passage au Service d'Accueil des Urgences, si l'état du patient le permet. (Thèse développée par **BROOKOFF** [10]).

Tout cela a pour but de diminuer le flux des patients au Service d'Accueil des Urgences afin que celui-ci puisse soigner, au mieux, les personnes se trouvant dans des situations aiguës dont le risque est à évaluer ainsi que celles avec un risque vital ou avec un risque fonctionnel.

2 - PENDANT LA VENUE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

- Faire des "catégories" avec des notions simples afin de permettre un "tri" et une orientation du malade comme cela se fait dans certains pays étrangers [2] [3]:

- . catégorie 1 : soins urgents immédiats,
- . catégorie 2 : soit attente,
soit orientation dans une autre structure de soins,
- . catégorie 3 et 4 : orientation vers une autre structure de soins.

- Introduire la notion de "client" et de "service" qui doit lui être rendu par tous comme cela se fait au C.H.G. de Charleville-Mézières [51]. Prévoir des formations du personnel hospitalier à l'accueil du patient et de sa famille [33] afin d'augmenter leur confiance au service.

- La création d'une spécialité reconnue comme médecin "urgentiste" permettra une bonne prise en charge du patient en évitant au maximum l'attente de ce dernier au Service d'Accueil des Urgences pour avis par un spécialiste. L'étude de **DILLNER** [27] a en effet mis en évidence le retard de la prise en charge des malades aux urgences par l'attente du médecin spécialiste.

- La création d'un secteur polyclinique intra-hospitalier ouvert aux médecins généralistes pour l'investigation des patients en situation aiguë nécessitant des soins courants. Ce secteur ne prendra donc en charge que les soins ambulatoires (G2). Il devra être ouvert 7 jours sur 7 pendant les heures d'affluence (l'ouverture 24 heures sur 24 n'est pas nécessaire) afin de diminuer le flux des urgences.

3 - "APRES"LA PRISE EN CHARGE AU S.A.U.

Afin de permettre la réalisation de tous ces moyens, il faut une volonté politique, économique et législative :

- . une volonté politique (rapport Steg) en montrant l'intérêt du pouvoir public à résoudre le problème du flux des urgences. Celle-ci revient en premier lieu aux décideurs locaux de santé ;
- . une volonté économique en donnant les moyens aux médecins et aux collectivités de soins de prendre en charge l'urgence ;
- . une volonté législative en créant des lois permettant le "tri" des patients aux urgences et de les orienter dans d'autres systèmes de soins hors hospitaliers sans obligation de les traiter au Service d'Accueil des Urgences ; ainsi qu'une loi incitant les patients non adressés par un médecin d'aller dans d'autres systèmes de soins extra-hospitaliers.

Le développement, dans le futur, des nouvelles techniques de communication est un outil indispensable à une prise en charge médicale adéquate du patient:

- . la "télémédecine" pourra permettre un échange des données médicales entre les différentes structures de soin afin de bénéficier dans des délais rapides d'un avis spécialisé
- . "la carte à puce", portant le carnet de santé ambulatoire du patient ainsi que le traitement éventuel qu'il prend, permettra non seulement de faire des économies de santé (par éviction des répétitions des examens complémentaires) mais aussi de gagner un temps considérable et précieux à la prise en charge du malade au S.A.U.. En effet, nombreux sont les gens ne connaissant pas leurs antécédents et leurs traitements).

Comme nous le rappelle GIBSON [3], il faut faire attention à ne pas fermer la porte des urgences aux nécessiteux. McCABE [42] rajoute que, pour la plupart d'entre nous, la question "Qu'est-ce que l'urgence?" est une simple question de rhétorique. Continuons à soigner nos patients. Il est parfois nécessaire de rester à l'écart du "tri" d'autrui pour des raisons politiques et économiques.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

L'enquête de 1394 passages sur 14 journées représentatives, aux urgences du Centre Hospitalier d'ANNECY, en 1995, permet de chiffrer ce qui parfois était pressenti.

Les situations aiguës, ne nécessitant que des soins courants ou ne nécessitant pas de soins immédiats, représentent 66 % des admissions.

De façon similaire le groupe G2 (classification G.E.M.S.A. : patients non convoqués sortant après consultation ou patients ambulatoires) représente 66,7 % des passages. L'importance de la petite traumatologie a été mise en évidence. Elle représente 53 % des passages dans ce service et constitue la majorité des cas du groupe G2.

Les phénomènes accidentels constituent les deux tiers des circonstances de recours au Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.).

L'attitude consumériste des patients est bien démontrée pour les urgences non vitales :

- la majorité des patients (69,2 %) souhaite être traitée immédiatement,
- 75,7 % des patients pensent que le S.A.U. doit accueillir toutes les personnes qui se présentent quel que soit leur cas.

Le plateau technique est fréquemment utilisé au S.A.U., surtout en ce qui concerne la radiographie conventionnelle (60% des patients en ont bénéficié) ; 21 % ont eu un avis spécialisé ; 27 % ont eu des explorations biologiques... Le service rendu aux patients est important et constitue sans doute un fort pouvoir attractif.

Dans la majorité des cas (59,6 % des situations) les patients ont spontanément recours au S.A.U.. Seuls 29 % sont adressés par un médecin. Lorsque le médecin traitant ou de garde adresse un patient à l'hôpital, celui-ci est hospitalisé dans 67,7 % des cas. Quand les patients se présentent spontanément aux urgences, l'issue du passage aboutit rarement à une hospitalisation (16,1 % des cas).

Parmi les 385 hospitalisations dénombrées, 84 % n'avaient d'autre alternative que celle de l'hospitalisation, selon le médecin consultant des urgences.

Il semble que les personnes relevant de pathologies traumatologiques s'adressent plus volontiers au S.A.U. qu'à leur médecin (celui-ci n'est contacté que dans 15 % des situations). Seuls 10,8 % des patients dans ce groupe de pathologie sont adressés par un médecin, alors que c'est le cas pour 44,6 % des épisodes maladies.

Lorsque le médecin généraliste est contacté, celui-ci semble alors jouer un rôle filtre en amont de l'hôpital.

Le recours au S.A.U. pour des motifs sociaux est peu important : ils sont intriqués aux indications d'hospitalisation dans 10,7 % des cas.

Le S.A.U. doit concentrer son activité sur les situations aiguës dont le risque est à évaluer ainsi que celles avec un risque vital ou un risque fonctionnel. Il doit prendre en charge ces situations avec encore plus de pertinence. Il serait alors souhaitable d'inciter le flux spontané des patients vers le S.A.U., à se diriger vers d'autres structures (au risque pour l'hôpital de perdre une clientèle d'appel). A cette fin, plusieurs types d'actions sont possibles :

- en amont, le patient doit être éduqué à recourir plus fréquemment à son médecin de famille, ou à contacter le Centre 15. Ce dernier peut être un bon intermédiaire dans cette démarche,
- une revalorisation des actes d'urgence en médecine libérale peut inciter les médecins à reconsidérer la prise en charge de certaines familles d'urgence délaissées, comme la petite traumatologie,
- des collaborations entre hôpital et médecins libéraux sont à explorer par le biais des nouvelles technologies de communication. Elles renforceront le rôle du médecin généraliste auprès du patient. Elles doivent contribuer à améliorer la pertinence des indications d'hospitalisation, même si celles-ci semblent déjà élevées,
- des structures attrayantes offrant le même service rendu aux patients ambulatoires pourraient être mises en place :
 - . cliniques de traumatologie ou réseaux de soins en médecine libérale, permettant une prise en charge intégrée du patient (examen clinique, investigations complémentaires, soins adaptés...),
 - . polyclinique intra-hospitalière ouverte aux médecins généralistes pour l'investigation des patients en situation aiguë nécessitant des soins courants.

Il faut noter que les situations de détresse sociale sont peu fréquentes mais consommatrices de temps. Le S.A.U. doit contribuer à orienter ces patients vers des structures adéquates sauf si cette mission est clairement fixée à l'hôpital par les pouvoirs publics.

Tous ces résultats constituent les premiers constats d'un des cinq volets du projet de recherche sur la caractérisation du flux des urgences sur le bassin annécien. Avant de les généraliser, il conviendra de confronter l'ensemble des résultats des diverses enquêtes menées sur ce thème. Il reviendra alors en premier lieu aux décideurs locaux de santé de choisir les mesures adéquates.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] **ACKER D., BIZIOT C., BLEICHNER G.**
L'urgence à l'hôpital : un rapport présenté au congrès de l'U.H.R.I.F.,
24 mai 1991.
Rev. Hosp.France 1991;4 : 468-85
- [2] **BAKER D.W., STEVENS C.D., BROOK R.H.**
Determinants of emergency department use by ambulatory patients at an urban
public hospital.
Ann. Emerg. Med. 1995 Mar ; 25 (3) : 311-6
- [3] **BAKER D.W., STEVENS C.D., BROOK R.H.**
Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by
a physician.
Jama 1991 Aug ; 266 (8) : 1085-90
- [4] **BARANSKI P., HELEMPORT P.**
De l'accueil des urgences à l'urgence de l'accueil.
EMC 1993 ; 64 (4) : 155-9
- [5] **BLEICHNER G., MANET Ph., DESBOUDARD S.**
Enquête sur le fonctionnement des services d'accueil et d'urgence de 260 hôpitaux
généraux français.
Réan. Soins Inten. Méd. Urg. 1990 ; 6 (1) : 31-7
- [6] **BOULLOCHE J., GUIBERT L., GODDE F., DEVOS A.M.,
AMUSSINI P., JULIEN J.P., NGUYEN VAN CUA F.**
Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre : analyse des modalités de
recrutement.
Arch. Pédiatr. 1995 Jun ; 2 (6) : 601-2
- [7] **BOURGUIGNON N.**
Accueil des patients aux urgences médicales de la Pitié-Salpêtrière : Etude
épidémiologique de la population consultante, évaluation des lettres de médecins
destinées aux urgences.
Thèse Paris 6 1991
- [8] **BOUTEMY J.**
Le centre hospitalier général de Rochefort-sur-Mer
T.H. 1993 nov ; 578 :121
- [9] **BRESIN M.G.**
Etude des relations entre médecine hospitalière et extra-hospitalière dans l'unité
d'accueil médical du C.H.G. de Lorient à partir des lettres d'admission.
Comparaison avec le C.H.R.U. de Rennes.
Thèse Rennes 1990
- [10] **BROOKOFF D., MINNITI-HILL M.**
Emergency Department-Based Home care.
Ann. Emerg. Med. 1994 May ; 23 (5) : 1101-6
- [11] **BROOKS S., WARSHAW G., HASSE L., KUES J.R.**
The physician decision making process in transferring nursing home patients to
the hospital.
Arch. Intern. Med. 1994 Apr ; 154 : 902-8

- [12] **CARPENTIER F., GUIGNIER M., MINGAT J.**
Etude de 21122 admissions en Service d'Urgences.
Réanim. Soins Intens. Méd. Urg. 1990 ; 6 : 31-7
- [13] **CATHALA D.**
L'accueil dans un Service d'Urgence.
Thèse Paris 6 1990
- [14] **CAVELLAT J.F.**
De l'urgence :deux ou trois choses que je sais d'elle.
Cah. Anesthesiol. 1994 ; 42 (4) : 525-32
- [15] **CHABRUN-ROBERT C.**
Les urgences hospitalières : restructurer pour médicaliser
Conc. méd. 1993 ; 33 : 2890-92
- [16] **CIRCULAIRES**
- du 1er juillet 1959 relative à la liste d'hôpitaux habilités à recevoir les personnes accidentées,
- du 13 août 1965 relative à l'organisation des services d'urgence et de réanimation des hôpitaux,
- du 29 janvier 1975 relative à l'organisations de l'accueil à l'hôpital, notamment aux urgences,
- du 20 avril 1978 relative aux obligations faites au service d'accueil des urgences.
- [17] **COCCO J.**
Activité du service d'accueil des urgences du C.H.R. de Nice - du 1er octobre 1983 au 1er octobre 1984.
Thèse Nice 1985
- [18] **COGET C.**
L'unité d'accueil des urgences de l'hôpital 3, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille.
Thèse Lille 1991
- [19] **COSTARGENT M.G.**
Le C.H.U de Nantes
T.H. 1993 nov ; 578 : 84-5
- [20] **COULOMB A.**
La restructuration des urgences : quel enjeu pour l'hospitalisation privée ?
Cah. Anesthesiol. 1994 ; 42 (4) : 533-4
- [21] **COURTOIS X., GAILLAT J., DRIENCOURT J.B., VOYDEVILLES., BISSUEL J.P.**
Sources d'information et estimation du flux de l'urgence au C.H. d'Annecy : résultats, et limites.
Informatique et Santé "la revue" 1995 ; 22-23 : 47-50
- [22] **COURY A., ROBERT A., VIENS G.**
La venue aux urgences : le cas du service des urgences du Centre Hospitalier René Dubos.
CHAIRE ESSEC Santé 1994 avril ; 67 pages
- [23] **COURY A., ROBERT A., VIENS G.**
Le recours au S.A.U. du Centre Hospitalier de Pontoise : motivation de la clientèle.
Journée d'Evaluation en médecine d'urgence 1995 ; abstract : 83-92

- [24] **DEARDEN Ch.**
Emergency delays (letter)
BMJ 1995 may 6 ; 310 (6988) : 1199
- [25] **DECRETS**
- du 17 avril 1943 sur le fonctionnement hospitalier,
- n° 65-1045 du 2 décembre 1965 instituant l'obligation pour certains hopitaux de se doter de moyens mobiles de secours et d'urgence,
- n° 95-646 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.
- [26] **DELLIS J.M.**
La filière d'urgence. Etude portant sur l'accueil des urgences au Centre Hospitalier Général de Privas.
Thèse Paris 5 1985
- [27] **DILLNER L.**
Emergency delays need urgent attention (News)
BMJ 1995 feb 4 ; 310 (6975) : 283
- [28] **ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION** : Enquête sociale.
Rapport - Le fonctionnement des services médicaux d'urgence est-il satisfaisant ?
Cycle de perfectionnement 1993 des administrateurs nommés au tour extérieur 1992
- [29] **ENSP**, séminaire interprofessionnel : la place de la médecine ambulatoire dans la filière des urgences 1993.
- [30] **ENSP**, séminaire interprofessionnel : l'évaluation de l'activité d'un service d'urgence.
T.H 1991 ; 551-552 : 39-45
- [31] **FOLDES S.S., FISCHER L.R., KAMINSKY K.**
What is an emergency ? The judgments of two physicians.
Ann. Emerg. Med. 1994 apr ; 23 (4) : 833-40
- [32] **GAVIN L.J.**
Why not home care ?
Ann. Emerg. Med. 1994 may ; 23 (5) : 1093-95
- [33] **GERMAIN S.**
L'accueil, premier soin en service d'urgences.
Objectif soins 1995 avril ; 32 : 28-33
- [34] **JACOB J.Y.**
Les urgences dans quelques C.H.U. : le C.H.U. de Grenoble
T.H 1993 ; 578 : 71-6
- [35] **JACQUELIN J.N.**
Cinq ans de fonctionnement de l'accueil des urgences de l'hôpital de Saint-Dizier
Thèse Reims
- [36] **KROCHMAL P., RILEY T.A.**
Increased Health care costs associated with ED overcrowding
Ann. J. Emerg. Med. 1994 may ; 12 (3) : 265-6

- [37] **LASSNER J.**
L'accueil des urgences à l'hôpital
Cah. Anesthesiol. 1994 . 42(5) : 625-6
- [38] **LE COUTOUR X.**
L'urgence en Basse-Normandie. Enquête.
U.F.R. de Médecine de Caen
- [39] **MAC FAUL R., GLASS E.J., JONES S.**
Appropriateness of paediatric admission
Arch. Dis. Child 1994 jul ; 71 (1) : 50-8
- [40] **MARCHAND-BUTTIN F., MEDINA S., VIDAL-TRELAN G.**
Les hospitalisations en urgence dans les établissements publics de l'Ile-de-France
Ann. Med. Interne 1995 ; 146 (5) : 304-9
- [41] **MAUREL J.M.**
Activité du service d'accueil et d'urgence de l'hôpital de Menton en 1985.
Etude comparative avec les services des hôpitaux de Cannes, Grasse, Antibes
Thèse Nice 1986
- [42] **Mc CABE J.B.**
What is en emergency, and who wants to know ?
Ann. Emerg. Med. 1994 apr ; 23 (4) : 872-73
- [43] **NICOULET I.**
Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences médicales de la
Pitié-Salpêtrière. Validation d'un indicateur et description du pourcentage
d'admissions médicalement inappropriées.
Thèse Paris 7 1990
- [44] **OLRY L.**
Les unités d'accueil des urgences dans les hôpitaux publics. Situation actuelle.
Perspective.
Thèse Nancy I 1986
- [45] **OMNES L., BRAYDA-CASABONNE F.**
Prévisions des flux hospitaliers. Le nouvel hôpital européen Georges Pompidou
La revue des S.A.M.U. 1994 ; 5 : 168-73
- [46] **ORDRE DES MEDECINS**
Code de déontologie médicale : décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant
code de déontologie médicale.
Bulletin de l'ordre des médecins 1995 oct ; 10 : 8 pages
- [47] **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**
Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé
connexes : C.I.M. 10. 10ème révision. Genève :
O.M.S., 1993
- [48] **PEREZ D.**
Le service d'accueil des urgences du C.H.R.U. de Nice. Situation actuelle et à
venir.
Thèse Nice 1983
- [49] **PETIT J., DECREAU M., OKSENHENDLER G.**
Utilisation des indices en médecine d'urgence : quels outils, pour quoi faire ?
La revue des S.A.M.U.

- [50] **RAIKOVIC M.**
Le traitement des urgences en amont de l'hospitalisation.
Panorama 1994 nov ; 67 : 10-1
- [51] **SAL-SIMON B., CHOIN V., BARRE M.T.**
L'accueil : un projet innovant au C.H.G. de Charleville-Mézières
Gestion hospitalière
- [52] **STEG A.**
L'urgence à l'hôpital. Rapport de la Section des Affaires Sociales du Conseil
Economique et Social.
Journal Officiel de la République Française 1989 ; n° 4123
- [53] **STEG A.**
Rapport sur la médicalisation des urgences du 17 septembre 1993 de la
Commission Nationale de Restructuration des Urgences.
Bolus 1993 oct : 5-42
- [54] **SYLVESTRE A.**
La réorganisation des urgences : la conception actuelle et la réalité.
Cah. Anesthesiol. 1994 ; 42 (5) : 675
- [55] **TEMPELHOFF G., PRIOLET B., BEDOCK B., DUCREUX J.C.**
Recrutement d'accueil : analyse à l'aide d'une classification simple
Rev. Prat. Med. Gen. 1990 ; 5 : 85-90

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

ANNEXE I

Bonjour Madame ou Monsieur Dans le cadre de la restructuration de l'hôpital d'Annecy et pour permettre une amélioration de la qualité de l'accueil et des soins d'urgence, avec l'autorisation du chef de service permettez moi de vous poser quelques questions

Si refus, voir dernière page.

Q1 * N° de Fiche /_/_/_/_/_/_/

Q2 * Enquêteur /_____/

Q1 /_/_/_/_/

Q2 /_/_/

Q3 /_/_/

Q3 * Site : 1. SAU /_/_/

2. Suite de soins pansements /_/_/

3. Cs traumatisme /_/_/

4. Gynécologie /_/_/

5. Pédiatrie /_/_/

NOM : /_/_/_/_/_____

Prénom : /_/_/_/_/

Q4 * Age : ___ ans

Q5 * Sexe : M /_/_/ F /_/_/

Q4 /_/_/_/

Q5 /_/_/

Q6 * Date : jj /_/_/_/_/ mm /_/_/_/_/

Q7 * Heure d'arrivée : hh /_/_/_/_/ mm /_/_/_/_/

Q6 /_/_/_/_/

Q7 /_/_/_/

Q8 * De quel endroit venez-vous ? (réponse libre)

1. Domicile /_/_/

2. Lieu public /_/_/

3. Voie publique /_/_/

4. Etablissement de soins : /_/_/

5. Maison de retraite : /_/_/

6. Lieu de travail /_/_/

7. Ecole /_/_/

8. Autre : /_/_/

Q8 /_/_/

Q9 * Qui vous a amené, par quel moyen de transport êtes vous venu ? (réponse libre)

1. Les pompiers /_/_/

2. Lui même /_/_/

3. Le SMUR /_/_/

4. Une ambulance privée/VSL /_/_/

5. L'entourage /_/_/

7. Autre /_/_/

Q9 /_/_/

Q10 * Qui a décidé de vous faire venir ici ? (réponse libre)

1. Moi /_/_/

2. Le médecin de garde /_/_/

3. Famille /_/_/

4. Mon médecin /_/_/

5. Les pompiers /_/_/

6. Entourage /_/_/

7. Autre /_/_/

Q10 /_/_/

Q11 * Qu'est ce qui vous est arrivé ? (réponse libre)

1. accident domestique /_/_/

2. accident du travail /_/_/

3. épisode maladie /_/_/

4. accident de la voie publique /_/_/

5. accident sportif /_/_/

Précisez le sport : _____

6. autre /_/_/

Précisez : _____

Q11 /_/_/

Q12 * Combien de fois êtes vous déjà venu dans un service d'urgence au cours de l'année qui vient de passer(cad les 12 mois écoulés) ?

1. 0 fois /_ /_ 2. 1 fois /_ /_
3. de 2 à 5 fois /_ /_ 4. de 5 à 10 fois /_ /_

Q12 /_ /_

Q13 * Depuis combien de temps évolue le problème de santé qui vous amène ici ?

1. Depuis moins de 6 heures /_ /_
2. Entre 6 et 24 heures /_ /_
3. Entre 1 et 2 jours /_ /_
4. Depuis 3 jours ou plus /_ /_

Q13 /_ /_

Q14 * Pensez vous que ce qui vous amène :

1. Doit être traité immédiatement /_ /_
2. Doit être traité dans les heures qui viennent /_ /_
3. Doit être traité dans la journée /_ /_
4. Ait pu attendre demain /_ /_

Q14 /_ /_

Q15 * Pensez vous que ce qui vous amène soit :

1. bénin /_ /_ 2. sérieux /_ /_ 3. très grave /_ /_

Q15 /_ /_

Q16 * A votre avis peut-on avoir accès à un spécialiste aux urgences à n'importe quelle heure ?

1. Oui /_ /_ 0. Non /_ /_ 7. Ne sais pas /_ /_

Q16 /_ /_

Si oui lesquels : _____

Q17 * Ce jour avez-vous essayé de joindre (vous avez joint) un médecin :

1. Oui /_ /_ 0. Non /_ /_ Si non, remplir question 21

Q17 /_ /_

Q18 * Si oui lequel : 1. Med traitant /_ /_ 2. Med de garde /_ /_
3. Med du travail /_ /_ 4. Centre 15 /_ /_
5. Autre /_ /_

Q18 /_ /_

Q19 * Avez-vous pu le joindre : 1. Oui /_ /_ 0. Non /_ /_

Q19 /_ /_

Q20 * Si oui qu'a t-il fait ? _____

Q20 /_ /_ /_

Q21 * Si non pourquoi? _____

Q21 /_ /_ /_

***Avant de venir avez vous demandé l'avis d'autres personnes comme**

- Q22 * Famille** 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q23 * Pharmacien 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q24 * Centre 15 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q25 * Un autre médecin 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q26 * Infirmier 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q27 * Clinique 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_
Q28 * Autre 1. OUI /_ /_ 0. NON /_ /_

Q22 /_ /_

Q23 /_ /_

Q24 /_ /_

Q25 /_ /_

Q26 /_ /_

Q27 /_ /_

Q28 /_ /_

**Si envoyé par un tiers médical
(médecin traitant, de garde)**

Q29 * Puisque c'est un médecin qui vous envoie; à votre avis pour quelle(s) raison(s) le fait il ? (Réponse libre)

- | | | | |
|-----------------|------|------------------------------|------|
| 1. Radiographie | /_/_ | 2. suture | /_/_ |
| 3. Laboratoire | /_/_ | 4. avis spécialisé | /_/_ |
| 5. plâtre | /_/_ | 6. pour une hospitalisation | /_/_ |
| 7. pansement | /_/_ | 8. pour raison psychiatrique | /_/_ |
| 9. autre | /_/_ | précisez : _____ | |

Q29.1 /_/_

Q29.2 /_/_

Q29.3 /_/_

Q30 * Ya t-il une lettre du médecin traitant ? 1. oui /_/_ 0. non /_/_

Q30 /_/_

POUR TOUTES LES PERSONNES

*** Aux questions suivantes SVP répondez par Oui ou Non : Pensez vous que ce qui vous amène :**

Q 31 * Nécessite une hospitalisation 1. Oui /_/_ 0. Non /_/_ 7. NSP /_/_

Q31 /_/_

Q 32 * Nécessite un traitement spécialisé 1. Oui /_/_ 0. Non /_/_ 7. NSP /_/_

Q32 /_/_

**Q33 * Pêut -être résolu par un medecin
(généraliste gynécologue ou pédiatre) de ville** 1. Oui /_/_ 0. Non /_/_ 7. NSP /_/_

Q33 /_/_

Q34 * Demande des examens complémentaires 1. Oui /_/_ 0. Non /_/_ 7. NSP /_/_

Q34 /_/_

Q35 * Nécessite un avis spécialisé 1. Oui /_/_ 0. Non /_/_ 7. NSP /_/_

Q35 /_/_

Q36 * Pensez vous que la qualité des soins aux urgences d'Annecy soit :

- | | | | |
|----------------------|------|-----------------|------|
| 1. très satisfaisant | /_/_ | 2. satisfaisant | /_/_ |
| 3. moyen | /_/_ | 4. insuffisant | /_/_ |

Q36 /_/_

Q37 * Vous pensez que le médecin des urgences qui vous consulte est

- | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Interne /_/_ | 2. Médecin débutant /_/_ | 3. Médecin expérimenté /_/_ |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|

Q37 /_/_

Q38 * Pensez-vous que le SAU doit s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quel que soit leur cas

- | | | |
|-------------|-------------|------------------|
| 1. OUI /_/_ | 0. NON /_/_ | Ne sais pas /_/_ |
|-------------|-------------|------------------|

Q38 /_/_

Enfin pour finir je souhaiterais recueillir quelques renseignements personnels:

- Q39 * Etes-vous suivi par un médecin traitant ?:** 1. oui /_/ 0. non /_/ Q39 /_/
- Q40 * Si oui quand l'avez vous vu pour la dernière fois :** Q40 /_/
1. ce jour ou hier /_/ 2. dans ce mois écoulé /_/
3. au cours de ces 3 derniers mois /_/ 4. dans l'année qui vient de passer /_/
5. il y a plus d'un an /_/
- Q41 * Quelle est votre profession :** _____ Q41 /_/
1. Si *enfant, écolier, étudiant*, précisez la profession des parents : /_/ /_/
2. Si *femme au foyer* la profession du conjoint : /_/
3. Si *retraité* ou *chomeur* précisez la profession antérieure: /_/
- Q42 * Etes vous :** 1. Célibataire /_/ 2. Marié ou conjoint /_/ Q42 /_/
3. Veuf (ve) /_/ 4. Divorcé/Séparé /_/
- Q43 * Quelle est votre nationalité :** _____ Q43 /_/
- Quelle est votre origine géographique :
1. CEE /_/ ; 2. Afr Nord /_/; 3. Afr Noi /_/; 4. Eur Est /_/; 5. Eur Sud /_/;
6. DOM-TOM /_/; 7. Moye Or /_/; 8. Ext Orié /_/; 9. Autres /_/;
- Q44 * Commune habituelle de résidence :** _____ **Code Postal :** /_/ /_/ /_/ /_/ Q44
- Si Code Postal différent de 74 et si en séjour dans la région /_/ /_/ /_/ /_/
- Q45 * Alors commune et code postal du lieu de séjour :** _____ /_/ /_/ /_/ /_/ Q45
- /_/ /_/ /_/ /_/
- Q46* Avez-vous une "sécurité" sociale ?** 1. Oui /_/ 2. Non /_/ 7. Ne sais pas /_/ Q46 /_/
- Q47 * Avez-vous une complémentaire (mutuelle...)?** 1. Oui /_/ 2. Non /_/ 7. Ne sais pas /_/ Q47 /_/
- Q48 * A l'hôpital pour les urgences pensez-vous que les soins soient :** Q48 /_/
1. Payants en intégralité /_/ 2. En partie payants /_/ 3. Gratuits /_/

Questions au médecin des urgences par le médecin enquêteur

- Q49 * Motif de venue :** _____ CIM 9 ou 10 /_/ /_/ /_/ Q49 /_/ /_/ /_/
- Q50 * Diagnostic probable ou évoqué:** _____ CIM 9 ou 10 /_/ /_/ /_/ Q50 /_/ /_/ /_/

Q51 * Le devenir du patient (1 réponse)

1. hospitalisation /_/

Q51 /_/

Q52 * Si oui précisez le service:

1. Med pédiatre /_/ 2. chir /_/ 3. Gyn obst /_/

4. Bloc /_/ 5. Réa /_/ 6. psychiatrie /_/ Q52 /_/

7. Lit Porte /_/ 8. USIC /_/ 9. Mutation /_/

2. suite de soins -pansements /_/

3. Cs Traumatologie /_/

4. consultation orthopédique hospitalière du 4ème étage /_/

5. renvoi au médecin traitant /_/

6. envoi en consultation spécialisée hors hôpital ou hôpital /_/

7. sortie sans suivi /_/

8. Autres /_/

Le cas échéant qu'est-ce qui motive la décision d'hospitalisation :**Q53 * la gravité** 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q53 /_/

Q54 * la surveillance 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q54 /_/

Q55 * l'investigations complémentaires 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q55 /_/

Q56 * l'incertitude 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q56 /_/

Q57 * la thérapeutique lourde 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q57 /_/

Q58 * le social 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q58 /_/

Q59 * les horaires 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q59 /_/

Q60 * autre 1.Oui /_/ 0.Non /_/ précisez : _____

Q60 /_/

Au total la prise en charge a nécessité**Q61 * petite chirurgie** 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q61 /_/

Q62 * examen laboratoire 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q62 /_/

Q62' ECG 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q62' /_/

Q62'' labstix 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q62'' /_/

Q62''' dextro 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q62''' /_/

Q63 * radiographie simple 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q63 /_/

Q64 * imagerie (autre que radio simple) 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q64 /_/

Q65 * avis spécialisé 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q65 /_/

Q66 * une simple CS 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q66 /_/

Q67* une thérapeutique lourde 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q67 /_/

Q68 * une thérapeutique légère autre 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q68 /_/

Q69 * plâtre 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q69 /_/

Q70* Pansements 1.Oui /_/ 0.Non /_/

Q70 /_/

Q71 * Quelles seraient les moyens nécessaires ou souhaitables pour que ce patient au lieu de venir ici ait pu être pris en charge autre part qu'à l'hôpital.

- | | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|-----|
| 1. Aucune alternative | / / | 2. Relève du médecin généraliste | / / |
| 3. Relève du spécialiste | / / | 4. Laboratoire, radiologie | / / |
| 5. Aide à domicile (infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie) | / / | | |
| 6. Autres structures (Exemple HAD, MAPAD) | / / | | |
| 7. une prise en charge sociale (sans hospitalisation) | / / | | |
| 8. autre | / / ; Si Oui précisez : | _____ | |

Q71.1 / /

Q71.2 / /

Q72 * Le service d'accueil était il averti de l'arrivée du patient ?

- | | | | |
|--------|-----|--------|-----|
| 1. oui | / / | 0. non | / / |
|--------|-----|--------|-----|

Q72 / /

Q73 * Si oui précisez par qui : 1. Médecin ttt / / 2. Médecin de garde / /
3. Centre 15 / / 4. autre / /

Q73 / /

Q74 * Classification en degré d'urgence

GEMSA 1 2 3 4 5 6

Q74 / /

Q75 * Gravité clinique

- | | |
|---|-----|
| 1. Situation ne justifiant pas une intervention de soins | / / |
| 2. Situation ne justifiant pas une intervention médicale en urgence | / / |
| 3. Situation aigue, mais ne nécessitant que des soins courants | / / |
| 4. Situation aigue, incertaine dont le risque est à évaluer | / / |
| 5. Situation risquant de mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel si non traitée | / / |
| 6. Situation risquant de mettre immédiatement en jeu le pronostic vital | / / |

Q75 / /

Q76 * Nature

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------------|-----|
| 1. chirurgicale | / / | 2. petite traumatologie | / / |
| 3. toxico | / / | 4. gyn-obstétrique | / / |
| 5. médical | / / | 6. Psychiatrique | / / |
| 7. médico-chir | / / | | |

Q76 / /

Pour l'investigateur

Q77 * Quels sont les éléments contenus dans la lettre du médecin traitant justifiant le recours au CH:

- | | | | |
|---|-----|--------------|-------|
| 1. Admission simple (Prière d'admettre) | / / | 6. Autre | / / |
| 2. Observation clinique | / / | 7. Pb social | / / |
| 3. Investigation (bilan) | / / | Décrire : | _____ |
| 4. Suspicion d'une maladie précisée | / / | | |
| 5. Avis spécialisé | / / | | |

Q77.1 / /

Q77.2 / /

Q77.3 / /

Q78 * Si refus : Motifs _____

Q78 / / /

ANNEXE II

Bonjour Madame ou Monsieur Dans le cadre de la restructuration de l'hôpital d'Annecy et pour permettre une amélioration de la qualité de l'accueil et des soins d'urgence, avec l'autorisation du chef de service permettez moi de vous poser quelques questions

Si refus, voir dernière page.

Q1 * N° de Fiche /_/_/_/_/_/_/

Q2 * Enquêteur /_____/

Q1 /_/_/_/_/_/

Q3 * Site : 2. Suite de soins pansements : /_/ 3 CS Traumatologie médecine du sport : /_/

Q2 /_/_/

NOM : /_/_/_/_/_/ Prénom : /_/_/_/_/

Q3 /_/

Q4 * Age : ___ ans

Q5 * Sexe : M /_/ F /_/

Q4 /_/_/_/

Q6 * Date : jj /_/_/ mm /_/_/

Q5 /_/

Q6 /_/_/_/_/

Q10 * Qui a décidé de vous faire venir ici ? (réponse libre)

Q10 /_/

1. Moi /_/ 2. Le médecin de garde /_/
4. Mon médecin /_/ 6 Le SAU /_/ Autre : _____

Q11 * Qu'est ce qui vous est arrivé ? (réponse libre)

Q11 /_/

1. accident domestique /_/ 2. accident du travail /_/
3. épisode maladie /_/ 4. accident de la voie publique /_/
5. accident sportif /_/ Précisez le sport : _____
6. autre /_/ Précisez : _____

Q12 * Sans compter les soins encours combien de fois êtes vous déjà venu dans un service d'urgence au cours de l'année qui vient de passer (cad les 12 mois écoulés) ?

Q12 /_/

1. 0 fois /_/ 2. 1 fois /_
3. de 2 à 5 fois /_/ 4. de 5 à 10 fois /_/

* Aux questions suivantes SVP répondez par Oui ou Non :

Pensez vous que ce qui vous amène :

Q 32 * Nécessite un traitement spécialisé 1. Oui /_/ 0. Non /_/ 7. NSP /_/

Q32 /_/

Q33 * Pourrait -être fait par un médecin généraliste de ville

Q33 /_/

Q34 * Pourrait-être effectué par une infirmière

Q35 * Nécessite un avis spécialisé

1. Oui /_/ 0. Non /_/ 7. NSP /_/

1. Oui /_/ 0. Non /_/ 7. NSP /_/

1. Oui /_/ 0. Non /_/ 7. NSP /_/

Q34 /_/

Q35 /_/

Q38 * Pensez-vous que les urgences doivent s'occuper de toutes les personnes qui se présentent quel que soit la gravité de leur cas

1. OUI /_/ 0. NON /_/ Ne sais pas /_/

Q38 /_/

Pour finir je souhaiterai recueillir quelques renseignements personnels:

Q39 * Etes-vous suivi par un médecin traitant ?: 1. oui /_/ 0. non /_/ Q39 /_/

Q40 * Si oui quand l'avez vous vu pour la dernière fois :

1. ce jour ou hier /_/ 2. dans ce mois écoulé /_/ Q40 /_
3. au cours de ces 3 derniers mois /_/ 4. dans l'année qui vient de passer /_
5. il y a plus d'un an /_/

Q41 * Quelle est votre profession : _____

1. Si *enfant, écolier, étudiant*, précisez la profession des parents : /_/ Q41 /_
2. Si *femme au foyer* la profession du conjoint : /_
3. Si *retraité* ou *chomeur* précisez la profession antérieure: /_/

Q42 * Etes vous : 1. Célibataire /_/ 2. Marié ou conjoint /_/ Q42 /_
3. Veuf (ve) /_/ 4. Divorcé/Séparé /_/

Q43 * Quelle est votre nationalité : _____

Quelle est votre origine géographique :

1. CEE /_/ ; 2. Afr Nord /_/ ; 3. Afr Noi /_/ ; 4. Eur Est /_/ ; 5. Eur Sud /_/ ;
6. DOM-TOM /_/ ; 7. Moye Or /_/ ; 8. Ext Ori /_/ ; 9. Autres /_/ ; Q43 /_/

Q44 * Commune habituelle de résidence : _____ Code Postal : /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ Q44 /_/

Si Code Postal différent de 74 et si en séjour dans la région

Q45 * Alors commune et code postal du lieu de séjour : _____ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ Q45 /_/

Q46* Avez-vous une "sécurité" sociale ? 1. Oui /_/ 2. Non /_/ 7. Ne sais pas /_/ Q46 /_/

Q47 * Avez-vous une complémentaire (mutuelle...)? 1. Oui /_/ 2. Non /_/ 7. Ne sais pas /_/ Q47 /_/

Q48 * A l'hôpital pour les urgences pensez-vous que les soins soient :

1. Payants en intégralité /_/ 2. En partie payants /_/ 3. Gratuits /_/ Q48 /_/

Questions au médecin des urgences

Q49 * Motif de consultation ou de venue (surveillance plâtre; avis spé; surveillance; ablation plâtre.....): _____

/ / / / /

Q49

/ / / / /

Q50 * Diagnostic: _____ / / / / /

Q50

/ / / / /

Q51 * Le devenir du patient (1 réponse)

1. hospitalisation / /
2. suite de soins -pansements / /
3. nouvelle Cs Traumatologie / /
4. consultation orthopédique hospitalière du 4ème étage / /
5. renvoi au médecin traitant / /
6. envoi en consultation spécialisée hors hôpital ou hôpital / /
7. sortie sans suivi / /
8. Autres / /

Q51 / /

Q71 * Quelles seraient les moyens nécessaires ou souhaitables pour que ce patient, au lieu de venir ici, ait pu être pris en charge autre part qu'à l'hôpital.

1. Aucune alternative / /
2. Relève du médecin généraliste / /
3. Relève du spécialiste : lequel ? / /
4. Nécessité de laboratoire, radiologie / /
5. Soins à domicile (infirmières, aides soignantes, auxiliaires de vie) / /
7. une prise en charge sociale (sans hospitalisation) / /
8. autre / / ; Si Oui précisez : _____

Q71-1 / /

Q71-2 / /

Q71-3 / /

Q78 * Si refus de réponse : Motif _____

Q78 / /

THESE SOUTENUE PAR JEAN JACQUES BANIHACHEMI

CARACTERISATION DU FLUX DES URGENCES AU S.A.U. DE L'HOPITAL D'ANNECY

CONCLUSIONS

L'enquête de 1394 passages sur 14 journées représentatives, aux urgences du Centre Hospitalier d'Annecy en 1995, permet de chiffrer ce qui parfois était pressenti.

Les situations aiguës ne nécessitant que des soins courants ou ne nécessitant pas des soins immédiats représentent 66 % des admissions.

De façon similaire le groupe G2 (classification GEMSA : patients non convoqués sortant après consultation ou patients ambulatoires) représente 66,1 % des passages. L'importance de la petite traumatologie a été mise en évidence. Elle représente 53% des passages dans ce service et constitue la majorité des cas du groupe G2.

Les phénomènes accidentels constituent les deux tiers des circonstances de recours au Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.).

L'attitude consumériste des patients est bien démontrée pour les urgences non vitales :

- La majorité des patients (69,2 %) souhaite être traitée immédiatement.
- 75,7 % des patients pensent que le S.A.U. doit accueillir toutes les personnes qui se présentent quelque soit leur cas.

Le plateau technique est fréquemment utilisé au S.A.U., surtout en ce qui concerne la radiographie conventionnelle (60% des patients en ont bénéficié); 21 % ont eu un avis spécialisé; 27 % ont eu des explorations biologiques... Le service rendu aux patients est important et constitue sans doute un fort pouvoir attractif.

Dans la majorité des cas (59,6 % des situations) les patients ont spontanément recours au S.A.U. . Seuls 29 % sont adressés par un médecin. Lorsque le médecin traitant ou de garde adresse un patient à l'hôpital, celui-ci est hospitalisé dans 67,7 % des cas. Quand les patients se présentent spontanément aux urgences l'issue du passage aboutit rarement à une hospitalisation (16,1% des cas).

Parmi les 385 hospitalisations dénombrées, 84% n'avaient d'autres alternatives que celle de l'hospitalisation, selon le médecin consultant des urgences.

Il semble que les personnes relevant de pathologies traumatologiques s'adressent plus volontiers au S.A.U., qu'à leur médecin (celui-ci n'est contacté que dans 15 % des situations). Seuls 10,8% des patients dans ce groupe de pathologie sont adressés par un médecin, alors que c'est le cas pour 44,6 % des épisodes maladies.

Lorsque le médecin généraliste est contacté, celui-ci semble alors jouer un rôle filtre en amont de l'hôpital.

Le recours au S.A.U. pour des motifs sociaux est peu important : ils sont intriqués aux indications d'hospitalisation dans 10,7 % des cas.

Le S.A.U. doit concentrer son activité sur les situations aiguës dont le risque est à évaluer ainsi que celles avec un risque vital ou un risque fonctionnel. Il doit prendre en charge ces situations avec encore plus de pertinence. Il serait alors souhaitable d'inciter le flux spontané des patients vers le S.A.U., à se diriger vers d'autres structures (au risque pour l'hôpital de perdre une clientèle d'appel). A cette fin plusieurs types d'actions sont possibles :

- En amont le patient doit être éduqué à recourir plus fréquemment à son médecin de famille, ou à contacter le centre 15. Ce dernier peut être un bon intermédiaire dans cette démarche.
- Une revalorisation des actes d'urgence en médecine libérale peut inciter les médecins à reconsidérer la prise en charge de certaines familles d'urgence délaissées comme la petite traumatologie.
- Des collaborations entre hôpital et médecins libéraux sont à explorer par le biais des nouvelles technologies de communication. Elles renforceront le rôle du médecin généraliste auprès du patient. Elles doivent contribuer à améliorer la pertinence des indications d'hospitalisation, même si celle-ci semble déjà élevée.
- Des structures attrayantes offrant le même service rendu aux patients ambulatoires pourraient être mises en place :
 - Cliniques de traumatologie ou réseaux de soins en médecine libérale, permettant une prise en charge intégrée du patient (examen clinique, investigations complémentaires, soins adaptés,...).
 - Polyclinique intra-hospitalière ouverte aux médecins généralistes pour l'investigation des patients en situation aiguë nécessitant des soins courants.

Il faut noter que les situations de détresse sociale sont peu fréquentes mais consommatrices de temps. Le SAU doit contribuer à orienter ces patients vers des



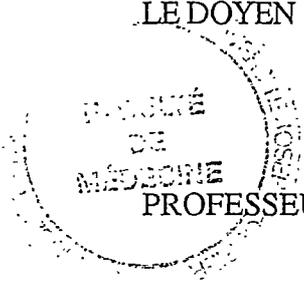
structures adéquates sauf si cette mission est clairement fixée à l'hôpital par les pouvoirs publics.

Tous ces résultats constituent les premiers constats d'un des 5 volets du projet de recherche sur la caractérisation du flux des urgences sur le bassin Annécien. Avant de les généraliser, il conviendra de confronter l'ensemble des résultats des diverses enquêtes menées sur ce thème. Il reviendra alors en premier lieu aux décideurs locaux de santé de choisir les mesures adéquates.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 30 Avril 1996

LE DOYEN



FACULTÉ
DE
MÉDECINE

PROFESSEUR J. L. DEBRU

LE PRESIDENT DE THESE



PROFESSEUR M. GUIGNER



