



HAL
open science

Évaluation des motifs de consultations du service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre

Édouard Vigneau

► **To cite this version:**

Édouard Vigneau. Évaluation des motifs de consultations du service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01734498

HAL Id: dumas-01734498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01734498v1>

Submitted on 14 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.



**FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD**

N° 2017ANTI0209

**EVALUATION DES MOTIFS DE CONSULTATIONS AU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE
POINTE-A-PITRE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD des Antilles

Et examinée par les enseignants de la dite faculté

Le 13 novembre 2017

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

Par **VIGNEAU Edouard**

Sous la direction du docteur Julie-Anne DUSACRE

Membre du jury

Professeur Michel CARLES.....Président
 Professeur Jeannie HELENE-PELAGE..... Membre
 Professeur André-Pierre UZEL.....Membre
 Docteur Serge FERRACCI.....Membre

REMERCIEMENTS

Au président du jury : Merci à vous d'avoir accepté de présider ma thèse.

Aux membres du jury : Merci à vous d'avoir accepté d'assister à l'évaluation de ma thèse.

A ma directrice de thèse : Merci à toi Julie-Anne de m'avoir guidé ces 10 mois malgré la distance. Ce travail n'aurait jamais pu être réalisé sans ton aide.

A ma compagne : Merci à mon chaton de m'accompagner, de me supporter, de m'aider et de m'aimer tous les jours. Tu m'as aidé à traverser des situations difficiles et je t'en suis fort reconnaissant. Grâce à toi je suis devenu un homme meilleur. De nouvelles aventures nous attendent.

A ma famille : Merci au Crazy, Kouchou, Tonia et grand-mère qui ont toujours été là dans les bons et les mauvais moments. Vous m'avez permis d'en arriver là. L'éducation que j'ai pu recevoir est exemplaire. Vous m'avez toujours soutenu et guidé. Je ne vous remercierai jamais assez.

Merci à la famille de Vanou de l'accueil. Vous m'avez accepté comme je suis.

A mes amis de métropole : Merci Danie, Hugo, Max, Franfran, Alexia, Chacha, Beub, Vic et les autres pour tous ces bons moments que nous avons pu partager toutes ces années. D'autres sont à venir malgré la distance.

A mes amis des Antilles : Merci aux amis de Guadeloupe, Sarah, Véro, Fred, Alizé, Lady, Pierro, Valla, Margaux, Charly, Hebert, Pierro bis et aux autres pour tous ces bons moments durant ces trois ans.

Merci aux amis de Saint-Martin, Arnaud, Audrey, Seb, Anne, Yo', Quentin, Cécile et les autres pour ce soutien dans ce moment difficile post Irma. Vous nous avez permis d'avoir un toit, et soutenus dans cette galère. Sans vous, ce travail n'aurait jamais été possible à temps. Je n'oublierai jamais. D'autres aventures nous attendent dans la reconstruction de cette île.

A mes paires : Merci au Dr Veyron qui a été mon tuteur durant mon stage aux urgences et qui est devenu un ami.

Merci à Serge pour son professionnalisme et qui a toujours été à l'écoute.

Merci au Dr Barbiot, Dr Dufour et Dr Heagert pour leur accueil à Saint Martin, leur bonne humeur.

LISTE DES ACRONYMES

AEG : Altération de l'état général

AME : Aide médicale d'état

ARS : Agence régionale de santé

AVP : Accident de la voie publique

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'études professionnelles

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIMU : Classification infirmière des malades aux urgences

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CTAS : Canadian triage and acuity scale

ECG : Electrocardiogramme

ESI : Emergency severity index

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

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

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier diplômé d'état

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

INSEE : Institut national des statistiques et des études économiques

INVS : Institut national de veille sanitaire

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAO : Médecin d'accueil et d'orientation

MMG : Maison médicale de garde

MTS : Manchester triage scale

OPH : Ophtalmologique

ORL : Oto-rhino-laryngologique

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SU : Service d'urgence

I. Table des matières

I. ABSTRACT	5
II. INTRODUCTION.....	6
III. MATERIELS ET METHODES	8
IV. RESULTATS.....	11
A. Résultats descriptifs.....	11
1. Caractéristiques de la population étudiée :	12
2. Les consultations aux urgences	13
3. Examens complémentaires pratiqués aux urgences	13
4. Orientation.....	14
5. Conseil pour venir aux urgences.....	14
6. Recours aux urgences et moyen de transport	14
7. Connaissance et consultations des MMG	15
8. Score CIMU.....	15
B. Résultats analytiques.....	15
1. Délai de prise en charge et score CIMU	15
2. Examens complémentaires et hospitalisation en fonction du mode de consultation.....	16
3. Examens complémentaires, hospitalisation et score CIMU et ressenti du patient.....	17
4. Connaissance des MMG et médecin traitant.....	17
5. Score CIMU et mode de consultation.....	18
V. DISCUSSION.....	19
VI. CONCLUSION	24
VII. BIBLIOGRAPHIE	25
VIII. ANNEXE.....	27
Annexe N°1 : Questionnaire.....	27
Annexe N°2 : Score CIMU	32
Annexe N°3 : Déclaration du CNIL.....	33
IX. TABLEAUX ET FIGURES	36
X. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	37
XI. RESUME	38

I. ABSTRACT

Introduction. In France, the use of Emergency Room (E.R) increases in an exponential way (18 millions passages in 2013 against 7 millions in 1990). This study is motivated by this observation and thus, to estimate the profile of users consulting the Emergency and the rate of unjustified consultations from the CIMU sort scale.

Material and method. We conducted a prospective study using a hetero questionnaire. Included patients were older than 15 and consulted at Point à Pitre University Hospital E.R at 8 a.m. to 11 p.m., from March 20th to March 22nd, 2017, and from March 24 to March 25 2017. Patients referred by the SMUR or requiring initial management in the resuscitation area were excluded.

Results. 322 patients were included in this study. Users had an average age of 51,7 years with a parity man-woman. The main motive for consultation was pain (17,3%) and 19,9% of the population was hospitalized. The two main reasons for using emergencies were faster management and the possibility of performing additional tests. 58% of the patients were CIMU 4 or 5, and among the CIMU 5 group, 55,8% consulted without medical opinion. In addition, 86% of patients had an attending physician and 71% did not know medical home on duty.

Conclusion. This study finds results similar to those achieved in metropolitan France. It highlights a high proportion of unjustified consultations among patients consulting without prior medical advice. Therefore, awareness of the need for medical advice prior to emergency room visits and better knowledge of duty medical homes may be effective ways to reduce unnecessary consultation.

Keywords : urgency, attending physician, regulation, reasons, sorting

II. INTRODUCTION

Les urgences sont au cœur de notre système. Les usagers exigent une médecine qui réponde à leurs besoins et attentes, dans un délai immédiat associé à une prise en charge effective. Les structures des urgences (SU) engendrent des dépenses conséquentes pour la sécurité sociale, près de 3.6 milliards d'euros (2% des dépenses de santé) selon des estimations de 2014 (1). Ainsi, les SU assurent la prise en charge des « *venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toutes personnes sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique* » (2). C'est une porte d'entrée privilégiée dans le parcours de soins des patients.

D'après le ministère de la santé, « *l'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale* » (3).

Depuis 20 ans, le recours aux services d'accueil des urgences (SAU) augmente de façon exponentielle. En effet, en 2013, on recense près de 18 millions de passages contre 7 millions en 1990, soit une augmentation de 257 %. Parallèlement, le pourcentage d'hospitalisation stagne ces 20 dernières années autour 20 % (1).

D'après un rapport de la DREES, 13% des urgences vitales ont attendu plus de 30 minutes dans le couloir en raison de l'affluence (4). L'augmentation des recours aux urgences pour des motifs de médecine générale sans gravité est favorisée par l'absence de médecin traitant (5). Et, parmi les 85% des français qui ont un médecin traitant en 2008, moins d'un quart disent avoir essayé de le joindre avant de consulter aux urgences (6) (7). Par ailleurs, la place des maisons médicales de garde (MMG) est encore incertaine et peu connue. En effet, une étude de l'EHESP ne retrouvait que quatre actes par soir entre 20 heures et minuit pour 100 000 habitants (8).

De plus, une étude réalisée en 2005 sur des consultations « non urgentes » met en évidence que 66% des patients ne connaissent pas d'autres alternatives que de recourir aux urgences (9). Enfin, un rapport du Conseil National de l'Ordre des

Médecins de 2014 confirme une tendance générale à la baisse de la permanence des soins ces dernières années (10).

La population guadeloupéenne est estimée à 403 977 en 2012 pour environ 500 médecins généralistes. On recense 10 établissements de soins dans le public et 23 dans le privé en 2014 (11). Parmi lesquels, seulement sept SAU sont répertoriés ; ils ont accueilli 157 450 patients au cours de l'année 2014 (11). Près de 50 000 d'entre eux sont passés par le SAU du centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre composé d'un tri / accueil avec un médecin d'accueil d'orientation (MAO) et une infirmière d'accueil d'orientation (IAO) ainsi que deux filières longues avec deux médecins et quatre internes. Il existe également en Guadeloupe cinq MMG assurant les consultations urgentes en médecine générale du lundi au vendredi de 20 heures à minuit, les samedis de 14 heures à minuit et les dimanches et jours fériés de 8 heures à minuit (12).

Devant ce constat d'explosion des consultations aux urgences et le délaissement de la médecine de ville, il nous paraissait nécessaire de comprendre les motivations et les envies des usagers. Ceci passe par une meilleure compréhension des motifs de recours aux urgences et de la relation des patients avec leur médecin traitant.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer la proportion de consultations non justifiées dans le service des urgences du centre hospitalier de Pointe-à-Pitre par l'intermédiaire de l'échelle de triage CIMU (annexe 2).

Les objectifs secondaires sont :

- évaluer le pourcentage de patients ayant un médecin traitant.
- évaluer la connaissance des maisons médicales de gardes.
- évaluer les raisons poussant les usagers à consulter les urgences plutôt que leur médecin traitant.
- déterminer le profil sociologique des patients consultant aux urgences.

III. MATERIELS ET METHODES

La population cible était celle des usagers ayant recours aux SAU du CHU de Pointe-à-Pitre. Les critères d'inclusion étaient tous les patients consultant au SAU adultes aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale et des MMG, soit de 8 heures à 23 heures.

Les critères d'exclusion étaient :

- un âge inférieur à 15 ans et trois mois,
- les urgences gynécologiques,
- un glasgow score inférieur à 13 (comprenant confusion, démence sévère, désorientation temporo spatiale),
- les patients adressés par le SMUR ou nécessitant une prise en charge immédiate au déchocage,
- les urgences psychiatriques.

Pour calculer le nombre de sujets nécessaires pour ce travail, nous avons utilisé les résultats publiés par Science Politique¹. Le calcul était le suivant :

$n = (\frac{Z \times \alpha^2 \times p \times q}{i^2})$ $n = (1.96^2 \times 0.7 \times 0.3) / 0.5^2$ $n = 322 \text{ patients}$

Ainsi, le nombre de sujets nécessaires était de 322, avec un risque alpha de 5%.

Cette étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative et mono centrique s'est déroulée dans le SAU adultes du CHU de Pointe-à-Pitre du lundi 20 mars 2017 au mercredi 22 mars 2017 de 8 heures à 23 heures, et du vendredi 24 mars 2017 au samedi 25 mars 2017 aux mêmes heures. Le jeudi 23 férier, était exclu.

¹ D'après une étude réalisée par Science Politique, 70% des consultations ont lieu entre 8 heures et 20 heures.

Devant les nombreux critères d'exclusion, une enquête sur six jours nous permettait d'avoir une population cible de 546 patients ; et donc d'atteindre un échantillon supérieur au calcul du nombre de sujets nécessaires.

Le recueil de données était prospectif, réalisé à l'aide d'un hétéro-questionnaire comportant seize questions fermées. Une autorisation écrite du chef de service des urgences et de la CNIL avait été obtenue avant le début de l'enquête.

Par ailleurs, un consentement éclairé et écrit a été demandé à chaque patient.

Un pré test a été réalisé au préalable sur dix patients. Ceci nous a permis de réajuster nos questions afin qu'elles soient comprises de tous et pertinentes.

Un enquêteur unique était sur place tout au long du recueil pour remettre en main propre les questionnaires et interroger les patients afin que ceux-ci soient remplis de façon optimale et efficiente.

Le questionnaire portait sur les champs suivants :

- socio-démographiques : âge, sexe, couverture sociale, niveau d'étude, situation professionnelle, lieu d'habitation
- le motif de consultation et la symptomatologie
- la prise de conseils avant de consulter aux urgences
- l'existence d'un médecin traitant et ses caractéristiques
- les raisons expliquant une consultation aux urgences plutôt que chez le médecin traitant
- la connaissance des MMG

Parallèlement, à l'aide du logiciel RESURGENCES[®], les informations suivantes ont été colligées :

- la durée de prise en charge,
- les examens complémentaires réalisés,
- l'orientation du patient après son passage aux urgences.

Les données ont été synthétisées dans le tableur Excel[®]. Secondairement, une analyse statistique a été réalisée par l'intermédiaire du test du Chi².

Différentes échelles² permettent un triage efficient au SAU et ainsi de catégoriser la gravité des patients. Aucun gold standard n'est cependant reconnu. Nous avons retenu pour cette étude le score CIMU³, validé par la SFMU (annexe 2).

² l'*Emergency Severity Index (ESI)*, la *Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU)*, le *Manchester Triage Scale (MTS)* ou encore le *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scal (CTAS)*

³ La CIMU est une échelle de tri construite aux Urgences de l'hôpital Saint-Louis en 1996. A l'instar des autres outils de triage dans le monde, la CIMU est une échelle à cinq niveaux de priorité croissante (de 5 à 1). Chaque niveau de l'échelle traduit un niveau différent de complexité/sévérité.

IV. RESULTATS

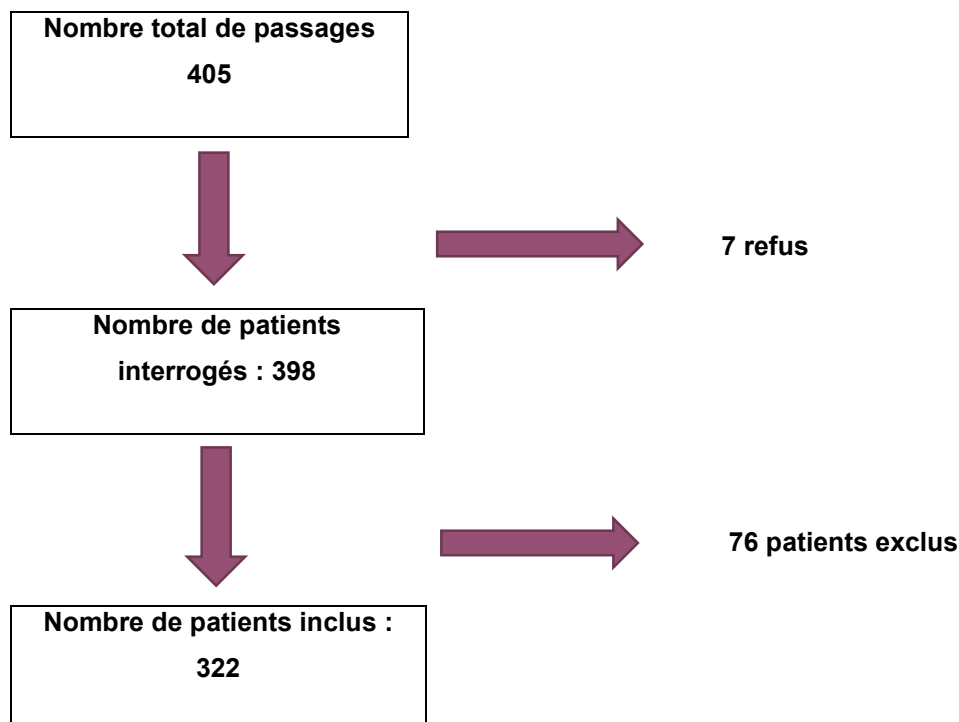
A. Résultats descriptifs

Durant notre étude, le nombre total de passages au SAU du CHU de Pointe à Pitre s'était élevé à 405. Cependant, 83 patients ont été exclus dont :

- 7 patients ayant refusé de répondre au questionnaire.
- 20 patients ont été adressés par le SMUR
- 3 patients ont nécessité un transfert immédiat au déchocage
- 30 patients avaient un glasgow inférieur à 13 à l'arrivée
- 2 patients ne parlaient ni français, ni anglais
- 13 patients ont consulté pour des urgences psychiatriques
- 4 patients adressaient par la police pour une réquisition
- 4 patients n'ont pas été pris en charge

Au total, la population étudiée était de 322 patients (**figure 1**).

Figure 1. Diagramme des flux



1. Caractéristiques de la population étudiée :

La moyenne d'âge globale était de 51.7 ans avec un taux d'hommes et de femmes respectivement de 51.2% et 48.8%. Les deux tranches d'âge les plus représentées étaient celle des 40-60 ans et des plus de 60 ans avec 34% chacune.

La classe sociale la plus importante aux urgences était celle des retraités (31.1%). 181 patients, soit 56.2 % avaient une mutuelle. Plus d'un quart des patients (26.7%) bénéficiait de la CMU. 58.9% de la population n'avait pas le niveau baccalauréat. Les principales caractéristiques sont présentées ci-dessous (**tableau 1**).

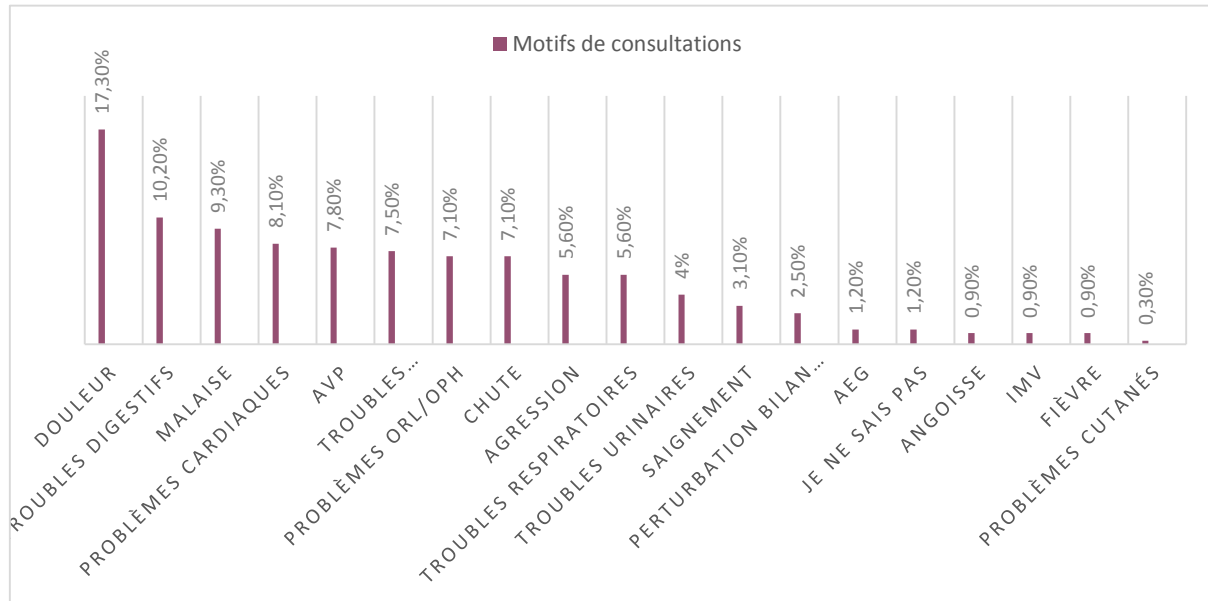
Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques des usagers

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage %
Sexe		
Homme	165	51.2
Femme	157	48.8
Âge		
15-25 ans	43	13.4
25-40 ans	57	17.7
40-60 ans	111	34.4
60-80 ans	77	23.9
> 80 ans	34	10.5
Couverture		
Mutuelle	181	56.2
CMU	86	26.7
Sécurité sociale	45	14
AME	7	2.2
Aucune	3	0.9
Niveau d'étude		
Primaire	105	32.5
Brevet	85	26.4
BAC	70	21.7
Étude supérieure	62	19.3
Situation sociale		
Etudiant	18	5.6
Ouvrier	3	0.9
Salarié	82	25.5
Chômage	88	27.3
Indépendant	31	9.6
Retraité	100	31.1

2. Les consultations aux urgences

Les principaux motifs de consultation étaient la douleur (17.3%), les troubles digestifs (10.2%), les malaises (9.3%), les problèmes cardiaques (8.1%), les accidents de la route (7.8%) et les problèmes neurologiques (7.5%) (**figure 2**).

Figure 2. Evaluation des raisons ayant incité les patients à consulter aux urgences



La tranche horaire où les patients ont le plus consulté était le matin de 8 heures à 11 heures avec 26.4 % des consultations soit 85 patients. Au cours de la journée, le nombre de consultations diminuait pour atteindre son minimum le soir dans la tranche horaire 20-23 heures avec seulement 8.1% des consultations.

3. Examens complémentaires pratiqués aux urgences

Au moins un examen complémentaire a été réalisé pour 72.7% des patients, soit 234 patients. Les principaux examens réalisés aux urgences étaient respectivement le bilan biologique (159), la radiographie (98) et l'électrocardiogramme (91).

4. Orientation

Le nombre d'usagers hospitalisés étaient de 64, soit 19.9% de la population. Les patients étaient principalement hospitalisés dans des services de médecine et chirurgie. En effet, on notait 40.1% d'hospitalisation en médecine contre 37% en chirurgie et 22.9% en UHCD.

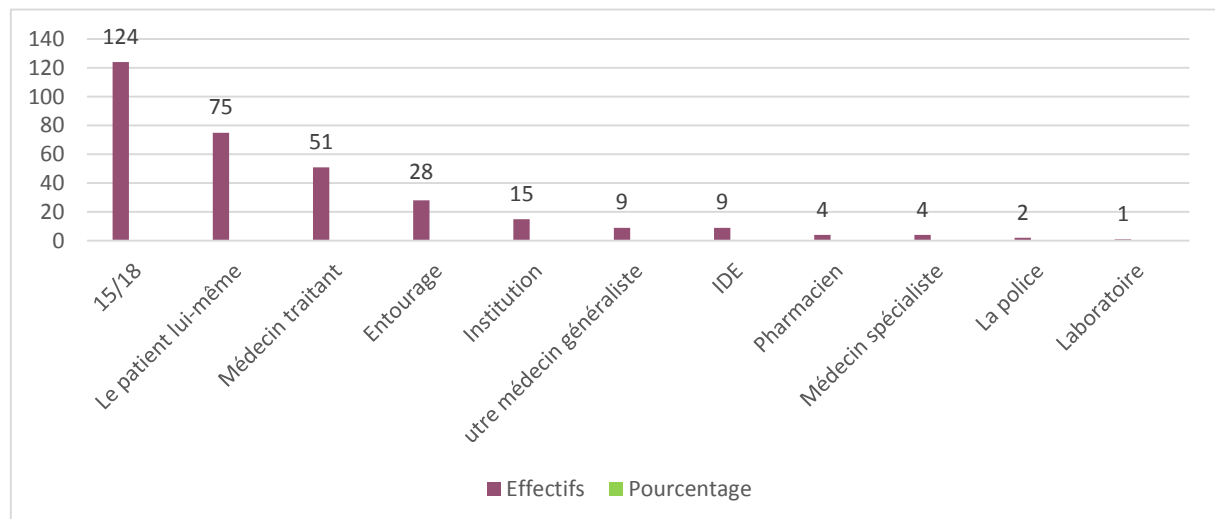
Les services de médecine les plus sollicités étaient la neurologie (7 patients), la médecine polyvalente (5 patients) et la cardiologie (4 patients).

La répartition dans les services de chirurgie était la suivante l'orthopédie (7 patients), la chirurgie digestive (6 patients) et la neurochirurgie (4 patients).

5. Conseil pour venir aux urgences

Dans cette étude, 124 patients ont été adressés par la régulation des pompiers ou SAMU. 103 patients ont consulté sans avis médical au préalable et 51 usagers ont été adressés par leur médecin traitant (**figure 3**).

Figure 3. Analyse des modes de consultations



6. Recours aux urgences et moyen de transport

Les patients expliquaient leur recours aux urgences pour bénéficier d'une prise en charge plus rapide (31.3%) et pour réaliser des examens complémentaires (26%). Les autres raisons mentionnées étaient que le médecin traitant n'était pas disponible (14.4%), la possibilité de venir par l'intermédiaire des pompiers (14.4%) et le fait de pouvoir avoir un avis spécialisé (9.9%).

Le taux d'usagers ayant un médecin traitant dans notre étude était de 86 %. Parmi ces patients, 75.8% n'ont pas sollicité leur médecin traitant pour un avis avant de consulter aux urgences.

Les patients ont été principalement amenés par les pompiers (41%) ou par une ambulance (8%). Quarante-sept pourcents étaient venus par leur propre moyen.

7. Connaissance et consultations des MMG

Le nombre de patients ne connaissant pas les MMG était de 229 patients soit 71%. 12.4% du total des usagers avaient déjà consulté une MMG dans leur vie et 19.9% connaissaient celle située en face du CHU.

8. Score CIMU

Les groupes les plus représentés étaient les CIMU 3 (33%) et les CIMU 5 (32%). Les autres groupes étaient respectivement les CIMU 4 (26%), les CIMU 2 (5%) et enfin les CIMU 1 (4%).

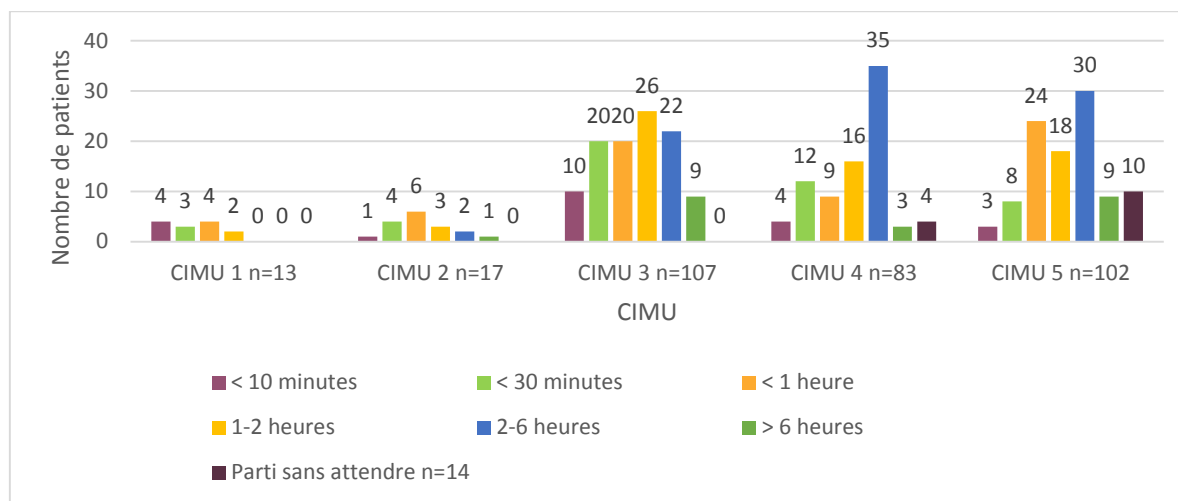
Les principaux motifs de consultation des CIMU 5 étaient la douleur (25.5%), les problèmes ORL ou ophtalmologiques (10.8%), les chutes (9.8%), les malaises et les problèmes urologiques (8.8%). Les problèmes cardiologiques et neurologiques représentaient 3.9%. La moyenne d'âge des CIMU 5 était de 47 ans et 78.4% de ces patients avaient un âge inférieur à 60 ans. Le sexe ratio homme femme était de 0.47.

B. Résultats analytiques

1. Délai de prise en charge et score CIMU

Les patients CIMU 1 ont été pris en charge pour 84.6% d'entre eux en moins d'une heure contre 34.3% des CIMU 5. Le nombre de patients qui a attendu plus de deux heures avant d'être pris en charge par un médecin est de 89 soit 27.6%. Par ailleurs, 16.6% des CIMU 1 et 2 ont été pris en charge en moins de 10 minutes (**figure 4**).

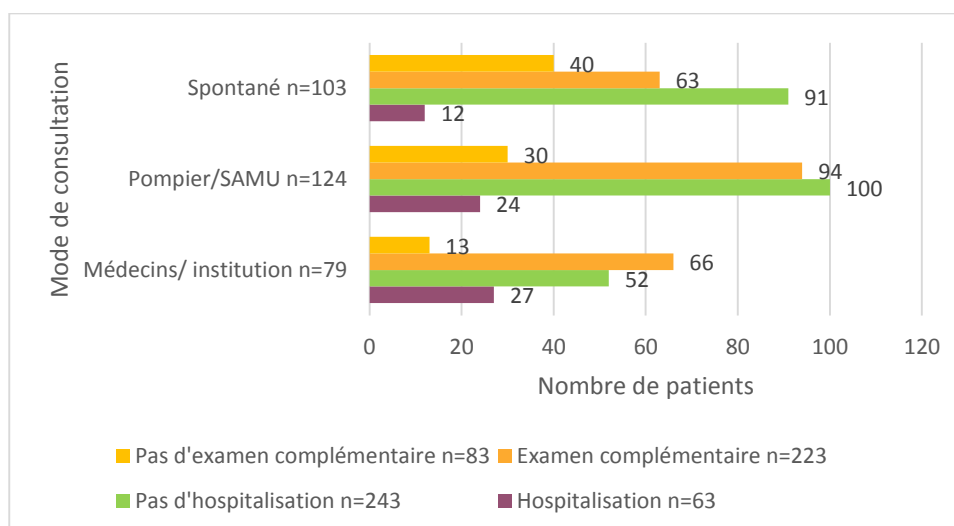
Figure 4. Temps d'attente avant d'être reçu par un médecin en fonction du score CIMU



2. Examens complémentaires et hospitalisation en fonction du mode de consultation

Le taux de patients hospitalisés chez les patients adressés par le médecin traitant était de 34.1% contre 11.6% pour ceux ayant consulté spontanément. De même, 83.5% des usagers adressés par un médecin ont bénéficié d'examens complémentaires contre 61.2% pour ceux qui sont venus sans avis médical. Enfin, 19.3% des patients adressés par la régulation SAMU/pompier ont été hospitalisés (figure 5).

Figure 5. Réalisation d'examens complémentaires et hospitalisation en fonction du mode de consultation

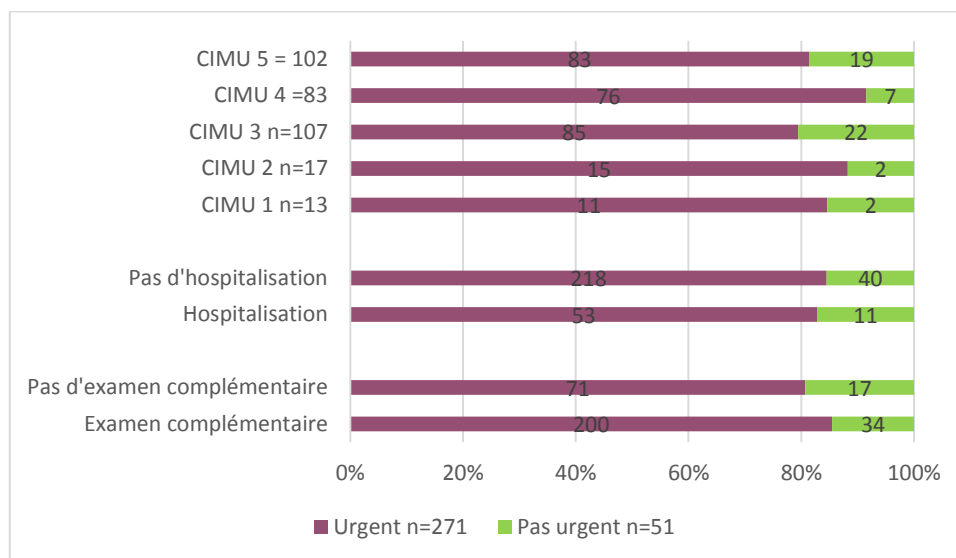


Il existait une relation significative entre le mode de consultation et le taux d'hospitalisation et la réalisation d'examens complémentaires où p était respectivement inférieur à 0.001 et égal à 0.003 (annexe 4).

3. Examens complémentaires, hospitalisation et score CIMU et ressenti du patient

Le taux de patients estimant que leur problème de santé était urgent s'élevait à 84.1% soit 271 usagers. Parmi les CIMU 5, 81.4% des usagers estimaient que leur état était urgent contre 84.6% des CIMU 1. De même, 84.4% des patients hospitalisés pensaient que leur état était urgent contre 82.8% des non hospitalisés (figure 6).

Figure 6. Hospitalisation, examens complémentaires et score CIMU en fonction du ressenti urgent du patient.

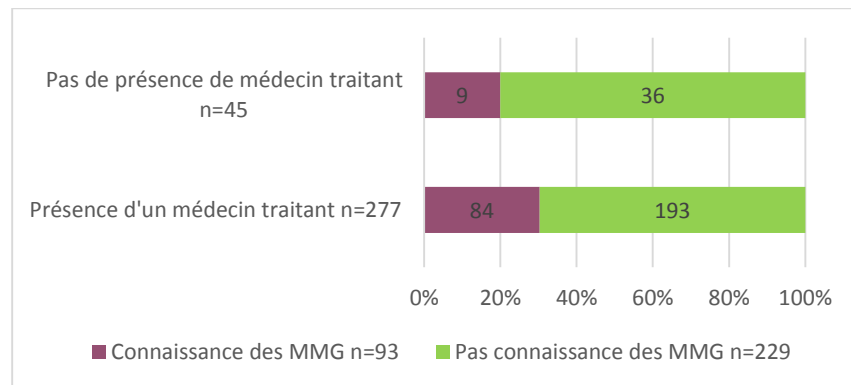


On n'observait pas de relation significative entre le ressenti des patients et la réalisation d'examens complémentaires, le taux d'hospitalisation et le score CIMU où p était respectivement de 0.3 ; 0.2 ; 0.7 (annexe 4).

4. Connaissance des MMG et médecin traitant

Le taux de patients connaissant les MMG était de 30.3% chez les patients ayant un médecin traitant contre 20% pour ceux n'en ayant pas (figure 7).

Figure 7. Connaissance des MMG en fonction de la présence d'un médecin traitant

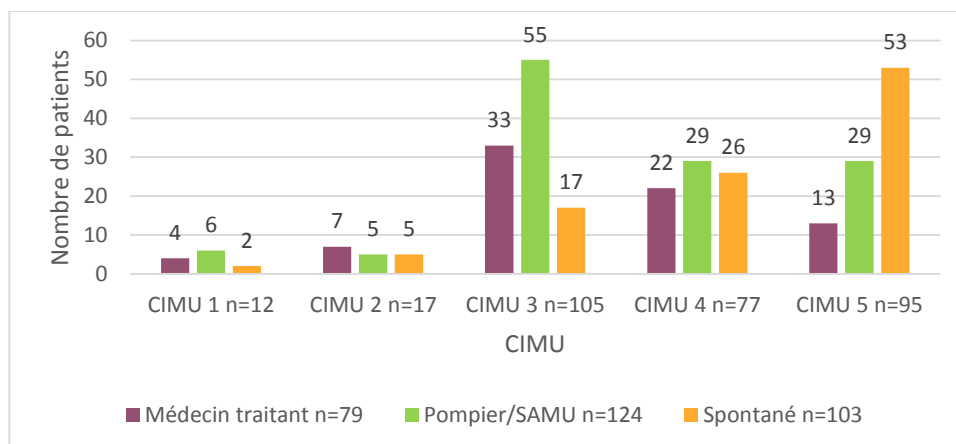


On n'observait pas de relation significative entre la connaissance des MMG et le fait d'avoir un médecin traitant où $p = 0.15$ (annexe 4).

5. Score CIMU et mode de consultation

Parmi les patients adressés par le médecin traitant, 44.3% étaient des CIMU 4 ou 5 contre 76.7% pour les patients consultant spontanément. Sur la totalité des CIMU 5, 55.8% ont consulté sans avis médical contre 13.7% adressés par le médecin traitant et 30.5% adressés par le SAMU/pompier. 75.9% des patients CIMU 1 et 2 ont pris un avis médical avant de consulter aux urgences (figure 8).

Figure 8. Score CIMU en fonction du mode de consultation



Il existait une relation significative entre le mode consultation et la gravité des patients où $p < 0.001$ (annexe 4).

V. DISCUSSION

Les motifs de consultation aux urgences observés dans cette étude sont superposables à ceux mis en évidence dans une thèse réalisée à Nanterre où dans 75% des cas, la douleur était le principal motif de consultation (13) ; et à ceux d'une autre thèse à Marseille où les deux premiers motifs étaient la douleur et les plaies (14). Dans notre étude, le temps d'attente des usagers pour le premier contact avec le médecin est moindre en fonction de la gravité initiale du patient. Ces résultats mettent en évidence une bonne utilisation du triage réalisé par le MAO et l'IAO. Cependant, les patients CIMU 1 et 2 considérés comme des urgences vitales ont été seulement 16.6% à être pris en charge en moins de 10 minutes par un médecin. Ceci aurait pu être préjudiciable quant au pronostic vital.

Le groupe des CIMU 5 est le groupe de patients ne justifiant pas un recours aux urgences. C'est le deuxième groupe le plus nombreux (31.7 %). La majorité d'entre eux (55.8%) sont des patients n'ayant pris aucun avis médical avant de consulter aux urgences. C'est le groupe où le nombre d'examens complémentaires réalisés est le moindre (49%) et le taux d'hospitalisations est le plus faible (3%). Leurs motifs de consultation ne sont pas les mêmes que ceux observés pour l'ensemble de la population. L'incidence des problèmes cardiaques, neurologiques et pneumologiques est bien moindre dans le groupe des CIMU 5 que dans le reste de la population. Les problèmes ORL/ophtalmologiques, les chutes et les problèmes urologiques sont augmentés pour les patients CIMU 5.

La majorité des patients déclare avoir un médecin traitant soit 86%. Ce pourcentage est identique à celui recensé en 2009 par l'assurance maladie (6). Néanmoins, 75.8% des patients n'ont pas essayé d'avoir un avis de leur part avant de consulter aux urgences, comme dans l'étude DRESS (7). La plupart n'a pas pensé tout simplement à aller voir leur médecin généraliste, d'autres déplorent le manque de disponibilité des médecins. Les plages horaires de consultations programmées devraient peut-être s'assouplir pour y accueillir des urgences relatives.

Le taux de patients ne connaissant pas les MMG est conséquent. Les résultats observés sont relativement similaires à ceux d'une thèse réalisée en Martinique (15)

et à Toulouse (16) où respectivement 67% et 45.6% des patients ne connaissaient pas leur existence non plus. D'après une étude réalisée, seulement 1,2 % des patients ayant consulté à la MMG auraient dû se rendre au SAU en première intention (17).

Ces résultats confirment totalement qu'il existe une désinformation sur la permanence des soins en Guadeloupe comme en France Métropolitaine. Ceci paraît troublant d'autant que les patients y passent devant avant de rentrer dans l'enceinte du CHU.

Il paraît donc indispensable de développer la promotion des MMG auprès du grand public. Ceci peut être fait par l'intermédiaire du médecin généraliste, de slogan de publicité papier, télévisuel ou radio. Une meilleure connaissance des MMG serait probablement un facteur diminuant le passage aux urgences.

Par ailleurs, dans notre étude, la présence d'un médecin traitant n'influence pas la connaissance des maisons médicales de garde. Il pourrait être intéressant que les MMG se rapprochent des médecins traitants afin que ceux-ci promeuvent la permanence des soins à leurs patients.

La rapidité de prise en charge (31.3%) et les examens complémentaires (26%) sont les deux raisons principales évoquées par les patients pour consulter aux urgences. Ces résultats sont en adéquation avec ceux observés par la DREES où les patients étaient motivés par l'accès rapide aux soins (27%), et la réalisation d'examens complémentaires (23%) (4). Dans une autre étude réalisée en 2008, la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville était la raison justifiant le recours aux urgences (18). Ils mettaient en avant le problème actuel de la difficulté de réaliser des examens complémentaires en externe ou de consulter un médecin spécialiste. Les délais sont longs avant d'avoir un rendez-vous d'imagerie ou une consultation spécialisée. Une amélioration de l'accès aux soins en médecine de ville diminuerait probablement le flux aux urgences. L'autre solution serait l'ouverture d'un SOS médecin sur le territoire guadeloupéen.

Les résultats socio-démographiques de cette étude, avec un âge moyen de 51,7 ans, un ratio homme femme de 1.05, corroborent ceux de l'étude nationale de 2003 menée par la DREES (19).

Les classes sociales les plus représentées sont celles des "inactifs" que sont les retraités et les chômeurs (soit 58.4% des usagers), reflet d'un taux de chômage

particulièrement élevé en Guadeloupe. En effet, en 2014, 23.7% de la population Guadeloupéenne est au chômage contre 9.9% en France Métropolitaine (20).

La majorité des patients ont une mutuelle (56.2%). Le taux de CMU est de 26.7%. Ces résultats sont superposables aux données publiés par l'IRDES : 24.3% de la population Guadeloupéenne est bénéficiaire de la CMU contre 5.8% en France Métropolitaine (21).

On note un taux conséquent d'hospitalisations des patients adressés par le médecin traitant, suivi de ceux adressés par les pompiers/SAMU. A contrario, les usagers consultant spontanément sont peu hospitalisés. Les médecins généralistes sont donc les premiers maillons du triage pour l'orientation aux urgences.

Il avait été mis en évidence une relation significative ($p < 0.001$) entre le score CIMU et le mode de consultation des patients. En effet, la majorité des CIMU 4 et 5 sont des patients se présentant spontanément (76.7% des patients ayant consulté spontanément étaient CIMU 4 ou 5). Ce résultat met en exergue l'importance de la médecine de ville et du SAMU. Une régulation par les médecins de ville avant de consulter aux urgences diminuerait le nombre de consultations injustifiées et permettrait d'améliorer le flux aux urgences. Il serait intéressant d'explorer la présence d'un médecin généraliste à l'entrée des urgences pour orienter les patients consultant sans avis médical ou de renforcer le triage par le MAO. Cependant, tous les SU ne sont pas organisés avec un MAO. En effet, une étude en 1999 mettait en évidence un taux de 21 services avec MAO sur 113 services évalués (22). Une autre réalisée en 2012 révélait que sur 169 médecins urgentistes, 83% pratiquent la réorientation à accueil des urgences (23).

Par contre, il n'existe pas de relation significative entre le ressenti urgent du patient et la réalisation d'examens complémentaires ni avec le taux d'hospitalisation et ni avec la gravité des patients. Pourtant en rapport avec une anxiété forte, une peur de la mort, et la croyance que l'hôpital peut les sauver, le ressenti du patient sur le degré d'urgence de son état ne justifie donc pas le fait de se rendre aux urgences. Il est subjectif et souvent non adapté à la réalité médicale. Ceci influence considérablement le nombre de passages aux urgences, comme le montre une étude réalisée en 1997 (24).

Dans notre étude, 72.7% des usagers ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire (biologie, radiologie ou électrocardiogramme), davantage que dans l'étude de la DREES dans laquelle 63 % des 52 018 usagers en bénéficiaient (4). Or, dans notre étude, le taux de CIMU 4 et CIMU 5 était respectivement de 25.8% et de 31.7%. D'après les recommandations de la SFMU, les CIMU 5 ne nécessitent pas d'examens diagnostiques, et les CIMU 4 des actes diagnostiques limités (25). Ces nombreux examens complémentaires prescrits en systématique lors des consultations aux urgences sont probablement d'origine multifactorielle : liés à l'obligation de moyens aux urgences, à la judiciarisation de la médecine d'urgences, à la demande accrue de soins de la part des usagers (26).

Dans une étude de 2016, le non-respect des recommandations entraîne 57 % de sur-prescriptions ou prescriptions non justifiées (27). Celles-ci engendrent nécessairement une augmentation du temps total passé au sein du SU.

La majeure partie des patients a été adressée par le SAMU ou les pompiers et la part de consultations spontanées est plus faible que ce que l'on trouve dans d'autres études. En effet, dans l'étude de la DREES, les consultations spontanées représentaient 62%, et seulement 14% des patients étaient adressés sur conseil du SAMU ou des pompiers. Le taux de patients adressés par le médecin traitant est similaire avec 16% (4).

Par ailleurs, près d'un patient sur deux est amené aux urgences via les pompiers ou une ambulance. Ce nombre est très élevé et engendre un coût en vecteur important, il diverge d'une autre enquête de la DREES où seulement 22 % des patients étaient amenés par les pompiers ou ambulance (7). Le vecteur n'influence pas le degré d'urgence réelle lors du triage initial, alors comment expliquer un tel écart entre la Guadeloupe et l'hexagone ?

Notre étude présente plusieurs limites. En effet, il existe un biais de sélection et plus précisément de recrutement. En effet, les patients potentiellement graves sont exclus de l'étude (glasgow < 13, patients transférés initialement au déchocage, patients adressés par le SMUR). Ainsi, les résultats mettent en évidence une surévaluation de consultations "injustifiées" du fait de l'exclusion de ces patients graves. En excluant les patients "graves" nécessitant des soins urgents et dont le pronostic vital était engagé, nous évitons un interrogatoire chez une population déjà

légitime aux soins d'urgence. Cette catégorie de patients n'entraîne donc pas dans notre étude.

L'enquête a été réalisée du lundi au mercredi et du vendredi au samedi. Le jeudi a été supprimé du fait qu'il s'agissait d'un jour férié et que l'objectif de notre étude portait sur les consultations aux urgences aux heures ouvrables des médecins généralistes. En revanche, les horaires, de 8h00 à 23h00, étaient adaptés au regard des horaires d'ouverture des médecins généralistes et maison médicale de garde. Cela justifie également l'exclusion du dimanche.

Il existe aussi des biais de classement. Premièrement, un biais de mesure. Pour la classification de triage, nous avons choisi le score CIMU. C'est un score utilisé dans beaucoup de services d'urgences, mais ne s'agit pas du gold standard du triage. Cependant, il n'existe à ce jour aucun gold standard dans le triage des patients.

Enfin, on peut imaginer qu'il existe un biais de rappel. Les patients consultant aux urgences sont anxieux et estiment que leur problème est urgent. Ceci peut avoir un impact sur leur raisonnement et ainsi affecter l'authenticité des réponses au questionnaire.

Cependant, il s'agit du premier travail effectué sur les consultations non graves aux urgences du CHU de Pointe à Pitre. Il s'agit en réalité de faire le constat de la situation actuelle aux urgences de Pointe à Pitre, reflet de la difficulté du travail dans tous les SU de France.

D'autres études ou travaux de thèse ont été réalisés en France Métropolitaine sur l'évaluation des consultations aux SAU et les résultats observés sont en rapport avec ceux de ce travail pour la plupart (4) (7) (13) (19).

VI. CONCLUSION

Cette étude met donc en exergue un taux de consultations injustifiées élevé, et ceci d'autant plus chez les patients n'ayant pris aucun avis médical au préalable. Elle met donc en avant l'importance du médecin traitant et de la régulation du SAMU dans le triage des patients et l'orientation vers les urgences.

Ces consultations non justifiées ne sont pas corrélées à l'absence de médecin traitant des usagers, mais plutôt au comportement des patients qui estiment que leur prise en charge sera plus rapide aux urgences et qu'ils pourront réaliser des examens complémentaires.

Enfin, nous pouvons affirmer que la connaissance des MMG et de la permanence des soins est faible et influence fortement le passage aux urgences.

Il serait probablement pertinent de faire un travail de recherche axé sur la régulation du SAMU et des pompiers afin d'évaluer si le recours aux urgences était justifié. En effet, on observe qu'un nombre conséquent de patients sont adressés par le 15 ou le 18 dont les locaux sont à deux endroits différents et pas toujours de façon justifiée. Cela crée forcément une perte d'informations et d'unité dans les prises de décisions.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Les urgences : un symptôme des changements de la société ? [Internet]. Science politique; 2014 [cité 22 janvier 2017]. Disponible sur: http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf
2. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. SAMU Urgences Fr. 2015;
3. Les urgences [Internet]. Ministère de la santé; 2015 août [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=232:les-urgences&catid=162:orientations-conseils&Itemid=1059
4. Vuagnat A. Les urgences, qu'en sait-on ? DREES. 2013;14.
5. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? [Paris]: Paris 7 Diderot; 2009.
6. Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. Ameli; 2009 janv.
7. Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES. janvier 2003;
8. Grall J. Les maisons médicales de garde [Internet]. 2006 [cité 25 janvier 2017]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2006/rapport_grall.pdf
9. Northington W. Use of an emergency department by nonurgent patients. 2005. (Emerg med).
10. Etats des lieux de la permanence des soins au 01 janvier 2014. Ordre Nationale Médecins. février 2014;
11. ARS Martinique. STATISS Antilles-Guyane. 2015 [cité 20 janvier 2017]; Disponible sur: https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2017-06/ars-statiss-ag_2014__2__0.pdf
12. Désengorgeons les urgences. France Antilles. 20 novembre 2014;
13. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [Paris]: Diderot Paris 7; 2009.
14. Durand A, Gentile S, Amadel E, Haro J, Tardieu S, Giraud C. Motifs de recours aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille. Revue Épidémiologie Santé Publique. 2004.
15. Frankowski P. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. [Martinique]: UAG; 2015.

16. Martin I. La création des maisons médicales de garde dans la permanence: une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse. [Toulouse]: CHU de Toulouse; 2003.
17. Lamarchi F, Poirel C, Rousseau B, Gambini G, Rakotonirina J, Zanini D, et al. Une permanence médicale d'un genre nouveau proposée aux malades comme alternative au SAU ; Bilan de la première année d'activité. 2004;
18. Gentile S. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgences sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative? Revue d'épidémiologie Santé Publique.
19. Carrasco V. Usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. janvier 2003;
20. Flash Guadeloupe. INSEE. juin 2015. J.-C.(17).
21. Données de cadrage : la couverture maladie universelle. IRDES [Internet]. [cité 25 mai 2017]; Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMUC.htm>
22. Brillman J, Doezema D, Tandberg D, Sklar D. Commission d'évaluation de la SFUM. Modalités du tri aux urgences : résultat d'une enquête multicentrique. 2001;
23. Marchetti M. La réorientation à l'accueil des urgences : habitudes locales et individuelles, comparaison des pratiques professionnelles françaises avec la littérature internationale. 2012 [cité 20 sept 2017]; Disponible sur:
<https://books.google.fr/books?id=GZOqmwEACAAJ>
24. Byrne G. Patient anxiety in the accident and emergency department. 1997.
25. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisés d'experts. SFMU. 2013;
26. Nougairède M. Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? Exercer. 24(106):88.
27. Les examens complémentaires prescrits aux urgences sont-ils souvent injustifiés et inutiles ? SFMU. Lavoisier. décembre 2016;

VIII. ANNEXE

Annexe N°1 : Questionnaire

CHU de Pointe à pitre : Service d'accueil des urgences

Bonjour, je m'appelle Edouard VIGNEAU, je suis interne en troisième année d'internat de médecine générale aux Antilles Guyane. Dans le cadre de mon projet de thèse, je réalise une enquête aux urgences dont le but est d'améliorer la prise en charge et de diminuer le temps d'attente aux urgences.

Si vous l'acceptez, je vous propose de prendre 5 minutes de votre temps pour répondre aux questions ci-dessous en cochant la réponse qui vous correspond.

Une seule réponse est attendue par question.

1. Pourquoi consultez-vous aux urgences aujourd'hui ?

Problème au cœur	A
Douleur	B
Difficulté pour respirer	C
Problèmes neurologiques (engourdissement, langue lourde, difficulté à parler)	D
Fièvre	
Accident de la route	E
Agression physique	F
Angoisse, stress ou inquiétude	G
Diarrhée, vomissement, douleur au ventre	H
Saignement	I
Malaise	J
Problème à la bouche, oreille ou yeux	K
Fatigue, amaigrissement ou perte d'appétit	L
Problème urinaire	M

Chute	N
Je ne sais pas	O

2. Depuis quand avez-vous les symptômes ?

Aujourd'hui	A
Moins de 3 jours	B
Plus de 3 jours	C
Plus d'une semaine	D

3. Pensez-vous que votre problème est urgent ?

Oui	A
Non	B

4. Pensez-vous que votre état de santé nécessite ?

Une radiographie ou un scanner	A
Une prise de sang	B
Un avis spécialisé (cardiologue, chirurgien)	C
Une hospitalisation	D
Les quatre	E

5. Qui vous a conseillé de consulter aux urgences ?

Votre médecin traitant	A
Votre spécialiste	B
Infirmière libérale	C
Institution (Hôpital, clinique, EHPAD)	D
Le 15 (SAMU)	E
Le 18 (pompiers)	F
Un pharmacien	G
Le laboratoire	H
L'entourage (famille, amis)	I
Vous-même	J

6. Pour quelles raisons consulter aux urgences plutôt que le médecin généraliste ?

- Possibilité de venir aux urgences par
l'intermédiaire des pompiers ou ambulance A
- Pas de confiance envers le médecin traitant B
- Mon médecin n'est pas disponible aujourd'hui C
- Je vais être examiné plus rapidement
aux urgences que par mon médecin traitant D
- Possibilité d'avoir un avis spécialisé E
- Les soins sont gratuits aux urgences F
- Possibilité d'avoir une radio ou prise de sang G

7. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui A
- Non B

Si Non → Sauter les questions « 7 » et reprendre question 8

Si Oui → **7.1 Combien de temps mettez-vous pour aller de votre domicile à votre médecin traitant ?**

- Moins de 10 minutes A
- Entre 10 et 30 minutes B
- Supérieur à 30 minutes C

7.2 De quand date le dernier contact avec votre médecin traitant ?

- Il y'a moins d'une semaine A
- Il y'a moins d'un mois B
- Il y'a moins d'un an C
- Il y'a plus d'un an D

7.3 Etes-vous satisfait(e) de votre médecin traitant ?

- Oui A
- Non B

7.4 Avez-vous essayé de joindre votre médecin traitant avant de consulter aux urgences ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Oui, il m'a dit de venir ici | A |
| Oui, mais je voulais un second avis | B |
| Oui, mais pas disponible ce jour | C |
| Non, je n'ai pas confiance en lui | D |
| Non, il n'est pas disponible | E |
| Non, je n'y ai pas pensé | F |

8. Comment êtes-vous venu(e) aux urgences ?

- | | |
|--|---|
| Par votre moyen de transport (voiture, moto..) | A |
| Par l'intermédiaire d'un proche | B |
| Par l'intermédiaire des pompiers | C |
| Par l'intermédiaire d'une ambulance | D |
| En transport commun (bus) | E |
| En taxi | F |

9. Connaissez-vous l'existence des maisons médicales de garde ?

- | | |
|-----|---|
| Oui | A |
| Non | B |

9.1 Si oui, avez-vous déjà consulté dans une maison médicale de garde ?

- | | |
|-----|---|
| Oui | A |
| Non | B |

a. Savez-vous qu'il existe une maison médicale de garde en face du CHU ?

- | | |
|-----|---|
| Oui | A |
| Non | B |

10. Quel est votre âge ?

11. Quel est votre sexe ? Homme / Femme

12. Où habitez-vous ?

- | | |
|---|---|
| Une maison | A |
| Un appartement | B |
| Sans domicile fixe (je vis dans la rue) | C |

13. Dans quelle ville habitez-vous ?**14. Quelle est votre couverture sociale ?**

- | | |
|-----------------------------|---|
| Sécurité sociale | A |
| Sécurité sociale + mutuelle | B |
| CMU | C |
| CMUC | D |
| Aide médicale d'état (AME) | E |
| Aucune | F |

15. Quel est votre niveau d'étude ?

- | | |
|------------------------------------|---|
| Primaire | A |
| Brevet/Certificat d'étude primaire | B |
| BAC | C |
| Etude supérieure | D |

16. Quelle est votre situation professionnelle ?

- | | |
|--------------------------|---|
| Etudiant(e) | A |
| Ouvrier/agriculteur | B |
| Salarié(e) | C |
| A mon compte/indépendant | D |
| Chômeur | E |
| Retraité(e) | F |

Annexe N°2 : Score CIMU

TRIAGE URGENCE CIMU

Déterminants du tri

Tri	Maladies infectieuses	Tri
1	Méningite (suspicion)	2
2/1	Hypothermie $< 35,5^{\circ} C / < 32^{\circ} C$	3/2
2-1	Fièvre $\geq 40^{\circ} C$ ★	3
3/2	Fièvre $\geq 39^{\circ} C$ et comorbidité ou voyage à risque	3
3/2	Risque contamination VIH	5-4
3/2	Adénopathie(s)	5-4
3-2		
3	Pneumologie	
3	Détresse majeure (ex. FR $> 40/min$ et s. de lutte)	1
3	Apnée ou FR $\leq 8/min$	1
4-3	Hypoxie majeure avec SatO ₂ $< 85\%$	1
4	Dyspnée et PF $< 50\%$ théorique (asthme)	2
5	Dyspnée et FR $\leq 32/min / 32-40/min$	3/2
	Hypoxie avec SatO ₂ 94-91 / 90-85%	3/2
	Hémoptysie crachats / si caillots	3/2
4-3	Pneumopathie ou embolie (suspicion)	3
4-3	Douleur latérothoracique	4-3
5-4	Dyspnée et PF $\geq 50\%$ (suspicion asthme)	4-3
5	Toux +/- crachats	5-4
	Ophthalmologie	
3/2	Trouble ou perte de la vision	3-2
3/2	Corps étranger ou brûlure oculaire ★	4-3
3	Inflammation œil ou annexes	5-4
4-3		
4	ORL-Stomatologie	
4	Trouble ou perte de l'audition	3-2
5	Epistaxis ou gingivorragie	5-4
	Vertige	5-4
	Angine, odynophagie, tuméfaction ORL, rhinite	5-4
3-2	Douleur dentaire	5-4
3		
3	Rhumatologie	
4-3	Sciatalgie et autres névralgies	4-3
4-3	Arthrite ou gonflement (péri)articulaire	4-3
4-3	Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)	5-4
5-4	Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie	5-4
5-4	Pathologie podologique chronique	5
5-4		
5-4	Toxicologie	
	Intoxication (voir senior)	3
	Ebriété, ivresse (suspicion)	5-4
3-2		
3-2	Traumatologie	
4-3	Multitraumatisme violent	2-1
	Trauma violent face, cou, rachis, thorax, abdomen	3-2
	Trauma violent membre / si s. d'ischémie	3/2
3/2	Trauma crânien et PC / si confusion post PC	3/2
3/2	Trauma membre ou bassin sans / avec impotence	5/4
3/2	Trauma crânien sans PC	5
	Plaie délabrante, amputation	2-1
	Plaie(s) cou, thorax ou abdomen superf. / profonde(s)	3/2
1	Plaie(s) superficielle(s) / profonde(s)	4/3
2	Plaie(s) : érosion cutanée, abrasion	5
3/2	Brûlure $> 10\%$, visage ou main, ou profonde	3-2
3/2	Brûlure superficielle $< 5\%$ / si 5-10%	5/4
3	Collection abcédée ou hématique	4
3	Corps étranger sous-cutané	5-4
4	Electrisation	5-4
4		
4	Uro-néphrologie	
5-4	Douleur aiguë de bourse / si suspicion de torsion	3/2
	Rétention aiguë d'urine ou anurie	3
	Pyélonéphrite ou colique néphrétique (suspicion)	3
2-1	Douleur de la fosse lombaire ou flanc	4-3
4	Hématurie macroscopique	4-3
5	Traumatisme OGE, priapisme	4-3
★	Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement	5-4

Légende

FR : fréquence respiratoire
HTA : hypertension artérielle
ECG : électrocardiogramme
AEG : altération de l'état général
DNID : diabète non insulino-dépendant
DID : diabète insulino-dépendant
PF : peak flow
MH : virus de l'immunodéficience humaine
PNN : polynucléaire neutrophile
GCS : Glasgow coma score
PC : perte de connaissance
EN : échelle numérique d'évaluation de la douleur

Cardiologie

Fréquence cardiaque $\geq 180/min$
 Tension artérielle systolique 90-75 / < 75 mm Hg
 Douleur thoracique (ECG pathologique : avis senior)
 Fréquence cardiaque 120-140 / 141-180/min
 Fréquence cardiaque 50-40 / $< 40/min$
 HTA $\geq 200 / \geq 220$ mm Hg et un symptôme relié
 Ischémie aiguë de membre
 Douleur thoracique (ECG non pathologique)
 Phlébite (suspicion)
 Malaise ou perte de connaissance
 Œdème membre(s) inférieur(s)
 Palpitations
 HTA < 200 mm Hg

Dermatologie

Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion)
 Erythème étendu
 Affection vénéérienne
 Affection cutanée ou muqueuse limitée

Endocrinologie-métabolisme

Glycémie $\geq 13,7$ et cétonémie $\geq 0,5 / \geq 1,5$ mmol/l
 Glycémie $\geq 13,7$ et cétonurie $\geq 1 / \geq 2$ croix
 Anomalie métabolique (voir senior)
 Altération état général et comorbidité(s)
 Hypoglycémie sans / avec trouble de vigilance ★
 Glycémie ≥ 20 mmol/l DNID ou DID ★
 Altération état général sans comorbidité

Gastro-entérologie

Hématémèse-méléna-rectorragie
 Occlusion intestinale, appendicite (suspicion)
 Ictère
 Ascite
 Douleur abdominale
 Corps étranger ingéré ou rectal
 Constipation ou diarrhée
 Nausées ou vomissements
 Dysphagie ou hoquet
 Proctologie (thrombose, fissure...)

Gynécologie

Hémorragie gynécologique
 Menace d'accouchement
 Douleur pelvienne

Hématologie

Leucopénie : < 1.000 PNN sans / avec fièvre
 Anémie : Hb ≤ 8 g/dL sans / avec symptôme relié
 Thrombopénie : ≤ 50.000 sans / avec symptôme relié

Neurologie-psychiatrie

Coma profond : GCS ≤ 8
 Coma : GCS = 9-12 ou GCS ≥ 12 et fièvre
 Déficit sensitif ou moteur > 2 heures / < 2 heures
 Convulsions récentes / en cours
 Confusion mentale, trouble vigilance : GCS ≥ 12
 Céphalée brutale inhabituelle
 Céphalée ≥ 24 h ou sur terrain migraineux
 Agitation violente ★
 Trouble psychiatrique calme
 Angoisse, léthargie... ★

Divers

Transfert SAMU
 Problème technique de sonde, cathéter, plâtre
 Autre problème (ex. renouvellement ordonnance)
 Douleur intense (ex. E.N > 8 et/ou attitude) ★

Instructions pour l'utilisation du tableau:

- Gestes thérapeutiques nécessaires dans les 20 min (gâchette, antipyrétique, lémodase, insuline...).
- Le déterminant est double et les situations de tri sont les : le sigle guide l'alarme dans le choix de tri. Dans ce cas le TA de 80 correspond à un tri 2 et le TA de 70 à un tri 1.
- Le déterminant correspond à la hiérarchie de tri mais n'est pas double et les situations de tri sont les : le sigle laisse à l'alarme le choix de tri.

Annexe N°3 : Déclaration du CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2028919 v 0

du 07 février 2017

Monsieur VIGNEAU Edouard
 UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
 BP 250
 CAMPUS DE FOUILLOLE
 97157 POINTE A PITRE

ALIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE

Service :

Adresse : BP 250 CAMPUS DE FOUILLOLE

Code postal : 97157

Ville : POINTE A PITRE

N° SIREN ou SIRET :

199715855 00011

Code NAF ou APE :

854ZZ

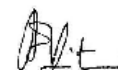
Tél. : 0590 48 32 43

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : JE RÉALISE MATHÈSE SUR LES URGENCES DU CHU DE POINTE-A-PITRE. CELLE CI REPOSE SUR L'ÉVALUATION DES CONSULTATIONS NON JUSTIFIÉES DES USAGERS AUX URGENCES ADULTES ELLE REPOSE SUR UN QUESTIONNAIRE PERMETTANT D'ÉVALUER LES MOTIFS ET DE COMPRENDRE LES RAISONS DES CONSULTATIONS IMPORTANTES OBSERVÉES AUX URGENCES DU CHU ADULTE.

LE QUESTIONNAIRE SERAIT LE SUIVANT : CHU DE POINTE À PITRE : SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 4 : Test Chi ²

1. Effectifs théoriques des examens complémentaires et hospitalisation en fonction du mode de consultations.

	Médecins/ institution n=79	Pompier/SAMU n=124	Spontané n=103	p
Hospitalisation n=63	16.26	25.52	21.2	<0.001
Pas d'hospitalisation n=243	62.73	98.47	81.79	<0.001
Examen complémentaire n=223	57.57	90.36	75.06	0.003
Pas d'examen complémentaire n=83	21.42	33.63	27.93	0.003

2. Effectifs théoriques des hospitalisations, examens complémentaires et score CIMU en fonction du ressenti urgent du patient

	Urgent n=271	Pas urgent n=51	p
Examens complémentaires	196.9	37.1	0.3
Pas d'examen complémentaire	74.1	13.9	0.3
Hospitalisation	53.9	10.1	0.7
Pas d'hospitalisation	217.1	40.9	0.7
CIMU 1 n=13	10.94	2.06	0.2
CIMU 2 n=17	14.3	2.7	0.2
CIMU 3 n=107	90.06	16.94	0.2
CIMU 4 n= 83	69.85	13.15	0.2
CIMU 5 n=102	85.84	16.16	0.2

3. Connaissance des maisons médicales en fonction de la présence d'un médecin traitant

	Présence d'un médecin traitant n=277	Pas de présence de médecin traitant n=45	p
Connaissance des MMG n=93	80	13	0.15
Pas connaissance des MMG n=229	197	32	0.15

4. Effectifs théoriques du score CIMU en fonction du mode de consultation

	Médecin traitant n=79	Pompier/SAMU n=124	Spontané n=103	p
CIMU 1 n=12	3.1	4.8	4	<0.001
CIMU 2 n=17	4.4	6.9	4.7	<0.001
CIMU 3 n=105	27.1	42.5	35.3	<0.001
CIMU 4 n=77	19.8	31.2	25.9	<0.001
CIMU 5 n=95	24.6	38.6	33.1	<0.001

IX. TABLEAUX ET FIGURES

Table des tableaux :

Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques des usagers

Table des graphiques :

Figure 1. Diagramme des flux

Figure 2. Evaluation des raisons ayant incité les patients à consulter aux urgences

Figure 3. Analyse des modes de consultations

Figure 4. Temps d'attente avant d'être reçu par un médecin en fonction du score CIMU

Figure 5. Réalisation d'examens complémentaires et hospitalisation en fonction du mode de consultation

Figure 6. Hospitalisation, examens complémentaires et score CIMU en fonction du ressenti urgent du patient.

Figure 7. Connaissance des maisons médicales en fonction de la présence d'un médecin traitant

Figure 8. Score CIMU en fonction du mode de consultation

X. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

XI. RESUME

Introduction : En France, le recours aux services d'accueil des urgences augmente de façon exponentielle (18 millions passages en 2013 contre 7 millions en 1990). Cette étude est motivée par ce constat et cherche ainsi à évaluer le profil des usagers consultant aux urgences et le taux de consultations non justifiées à partir de l'échelle de triage CIMU.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude prospective à l'aide d'un hétéro-questionnaire. Les patients inclus étaient âgés de plus de 15 ans et consultaient aux urgences adultes du CHU de Pointe-à-Pitre de 8 à 23 heures du 20 mars au 22 mars 2017 et du 24 mars au 25 mars 2017. Les patients adressés par le SMUR ou nécessitant une prise en charge initiale au déchocage ont été exclus.

Résultats : 322 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 51.7 ans et une parité homme femme. Les deux principales raisons au recours aux urgences étaient une prise en charge plus rapide et la possibilité de réaliser des examens complémentaires. 58% des patients étaient des CIMU 4 ou 5. Le nombre d'examens complémentaires, le taux d'hospitalisation et le score CIMU était fonction du mode de consultation. En effet, parmi le groupe des CIMU 5, 55.8% ont consulté sans avis médical. De plus, 86% des patients avaient un médecin traitant et 71% ne connaissaient pas les maisons médicales de garde.

Conclusion : Cette étude retrouve des résultats similaires à celles réalisées en métropole. Elle met en évidence une forte proportion de consultations injustifiées chez les patients consultant sans prise d'avis médicale au préalable. Donc une sensibilisation sur la nécessité de prendre un avis médical et une meilleure connaissance des maisons médicales de garde avant de consulter aux urgences pourrait être un moyen efficace afin de réduire les consultations injustifiées.

Mots clé : Urgence, médecin traitant, régulation, motifs, triage.

VIGNEAU Edouard

**EVALUATION DES MOTIFS DE CONSULTATION AU SERVICE
D'ACCUEIL DES URGENCES AU CENTRE HOSPITALIER DE
POINTE-A-PITRE**

Médecine générale

2017

Résumé de la thèse

Introduction : En France, le recours aux services d'accueil des urgences augmente de façon exponentielle (18 millions passages en 2013 contre 7 millions en 1990). Cette étude est motivée par ce constat et cherche ainsi à évaluer le profil des usagers consultant aux urgences et le taux de consultations non justifiées à partir de l'échelle de triage CIMU.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude prospective à l'aide d'un hétéro-questionnaire. Les patients inclus étaient âgés de plus de 15 ans et consultaient aux urgences adultes du CHU de Pointe-à-Pitre de 8 à 23 heures du 20 mars au 22 mars 2017 et du 24 mars au 25 mars 2017. Les patients adressés par le SMUR ou nécessitant une prise en charge initiale au déchocage ont été exclus.

Résultats : 322 patients ont été inclus avec une moyenne d'âge de 51.7 ans et une parité homme femme. Les deux principales raisons au recours aux urgences étaient une prise en charge plus rapide et la possibilité de réaliser des examens complémentaires. 58% des patients étaient des CIMU 4 ou 5. Le nombre d'examens complémentaires, le taux d'hospitalisation et le score CIMU était fonction du mode de consultation. En effet, parmi le groupe des CIMU 5, 55.8% ont consulté sans avis médical. De plus, 86% des patients avaient un médecin traitant et 71% ne connaissaient pas les maisons médicales de garde.

Conclusion : Cette étude retrouve des résultats similaires à celles réalisées en métropole. Elle met en évidence une forte proportion de consultations injustifiées chez les patients consultant sans prise d'avis médicale au préalable. Donc une sensibilisation sur la nécessité de prendre un avis médical et une meilleure connaissance des maisons médicales de garde avant de consulter aux urgences pourrait être un moyen efficace afin de réduire les consultations injustifiées.

Mots clé : Urgence, médecin traitant, régulation, motifs, triage.

Président du jury : Monsieur le Professeur CARLES Michel

Jury : Madame le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie
Monsieur le Professeur UZEL André-Pierre
Monsieur le Docteur FERRACCI Serge

Directeur de thèse : Madame le Docteur DUSACRE Julie-Anne

