



HAL
open science

Profil socio-économique des usagers fréquents des urgences adultes : étude rétrospective à Pellegrin au CHU de Bordeaux en 2013

Camille Pillot-Govare

► **To cite this version:**

Camille Pillot-Govare. Profil socio-économique des usagers fréquents des urgences adultes : étude rétrospective à Pellegrin au CHU de Bordeaux en 2013. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01845601

HAL Id: dumas-01845601

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01845601>

Submitted on 20 Jul 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

Thèse n° 96

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
Le jeudi 28 juin 2018
Par Camille Pillot
Née le 16 décembre 1987 à Béziers

**Profil socio-économique des usagers fréquents
des urgences adultes : étude rétrospective
à Pellegrin au CHU de Bordeaux en 2013**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné

Membres du jury

Monsieur le Professeur Bernard Gay	Président
Monsieur le Professeur Philippe Castera	Juge
Monsieur le Docteur Christophe Adam	Juge
Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire	Juge

Rapporteur

Monsieur le Docteur Christophe Adam

REMERCIEMENTS

**A notre Président de thèse,
Monsieur le Professeur Bernard Gay,**

Merci de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.
Nous tenons à vous témoigner notre respect et toute notre reconnaissance.

**A notre directeur de thèse et membre du jury,
Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné,**

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et de m'avoir apporté ton soutien tout au long de l'élaboration de ce travail.
Merci pour ta patience et ta pédagogie, je t'en suis sincèrement reconnaissante.

**A notre rapporteur de thèse,
Monsieur le Docteur Christophe Adam,**

Vous nous faites l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse et d'avoir accepté de participer au jury.
Soyez assuré de ma gratitude.

**Aux membres du jury,
Monsieur le Professeur Philippe Castera,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère considération.

Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire,

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail.
Sois assuré de mon respect sincère.

A Soizic, pour son aide dans le recueil des données.

A Olivier, pour son aide statistique précieuse.

Au Docteur Duphil, qui m'a donné goût à la médecine générale et qui est pour moi un exemple de la relation « médecin-patient ».

Au Docteur Bertaux et au Docteur Panajol, merci pour leur pédagogie et leur gentillesse.

A mes amis, pour leur présence dans ma vie et le soutien que leur amitié m'apporte au quotidien.

A ma belle-famille, avec laquelle je me sens si bien.

A mes grands-parents, que j'aime profondément.

A mes sœurs, Clarisse, Pauline, pour leur amour et ce lien fort et indéfectible qui nous lie depuis notre enfance.

A mes parents chéris, pour m'avoir soutenu avec tant de bienveillance et d'amour tout au long de ces longues et belles études. Vous êtes mon plus beau modèle de force et de vie.

A Gabrielle et Hortense, les amours de ma vie, mes forces de la nature.

A Marc, l'amour de ma vie. Merci pour la solidité de ce « roc » sur lequel nous avons choisi de bâtir notre vie.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	6
1. INTRODUCTION	7
1.1. Une augmentation de la fréquentation des services d’urgences.....	7
1.2. Les raisons de cette augmentation de fréquentation	8
1.3. Pourquoi ce questionnaire ?	11
1.4. Revue de littérature.....	12
1.5. Couverture sociale.....	14
1.5.a. Sécurité sociale	14
1.5.b. Couverture Maladie Universelle de base.....	15
1.5.c. Couverture Maladie Universelle complémentaire.....	18
1.5.d. Aide médicale de l’Etat	20
1.5.e Aide complémentaire santé.....	20
1.6. Objectifs de l’étude	21
1.6.a Objectif principal	21
1.6.b Objectifs secondaires	21
2. MATERIEL ET METHODES.....	22
2.1. Type d’étude et durée de l’étude.....	22
2.2. Population et critères d’inclusion	22
2.3. Critères de jugement.....	23
2.4. Localisation de l’étude	23
2.5. Outils statistiques	25
3. RESULTATS	26
3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée	26
3.2. Couverture sociale de la population étudiée.....	30
3.3. Objectifs secondaires.....	31
3.3.a Analyse des patients sur consultants (plus de 8 consultations par an) versus les autres....	31
3.3.b Analyse des patients affiliés à la sécurité sociale versus les autres.....	34
3.3.c Analyse des patients sans emploi versus ceux avec un emploi	35
3.3.d Analyse des patients de nationalité française versus les patients de nationalité étrangère	36
3.3.e Nature du motif de consultation.....	37
3.3.f Récurrence du motif de consultation	37
4. DISCUSSION	38
4.1. Résultats principaux	38
4.2. Forces et faiblesses de notre travail	38
4.2.a. Forces	38
4.2.b. Faiblesses.....	39
4.3. Interprétation des résultats.....	40
4.4. Implication des différents résultats.....	45
5. CONCLUSION.....	48
REFERENCES.....	49

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH = allocation adulte handicapé

ACOSS = agence centrale des organismes de sécurité sociale

ACS = aide complémentaire santé

ALD = affection longue durée

AME = aide médicale de l'état

CCMSA = caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CMG = consultation de médecine générale

CMU = couverture maladie universelle

CMUc = couverture maladie universelle complémentaire

CNAF = caisse nationale des allocations familiales

CNAMTS = caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAV = caisse nationale d'assurance vieillesse

DREES = direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

EHPAD = établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IMS = institut des métiers de la santé

OR = odds ratio

PUMA = protection maladie universelle

RPA = résidence pour personnes âgées

RSI = régime social des indépendants

SS = sécurité sociale

URSSAF = union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USN = unité de soins neurologiques

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Effectifs de la CMU-B, densité par rapport à la population, départements de métropole, estimation à fin 2015

Figure 2 : Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale, par département, métropole et Dom, CNAMTS, RSI, CCMSA, décembre 2015

Figure 3 : Plan des urgences de Pellegrin (en 2014)

Figure 4 : Statut professionnel des usagers fréquents

Figure 5 : Lieu de vie

Figure 6 : Profil socio-économique des usagers fréquents des urgences adultes en 2013

Figure 7 : Couverture sociale des usagers fréquents

Figure 8 : Patients sur-consulteurs versus les autres selon les différents critères d'étude

Figure 9 : Patients affiliés à la sécurité sociale versus les autres

Figure 10 : Patients travailleurs versus ceux sans emploi

Figure 11 : Patients de nationalité française versus nationalité étrangère

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Tableau 2 : Patients sur consultants (plus de 8 consultations par an) versus les autres

Tableau 3 : Nature du motif de consultation

1. INTRODUCTION

1.1. Une augmentation de la fréquentation des services d'urgences

Depuis la création des services d'urgence hospitalière dans le milieu des années 60, la fréquentation et l'activité n'ont cessé d'augmenter d'année en année. En France, le nombre de passages aux urgences croît de 4,5 % par an (1).

Les structures des urgences en France accueillent chacune 27 000 patients par an en moyenne, avec de grandes variations d'un service à l'autre (2).

Les quatre régions les plus peuplées de France (Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Nord-Pas-de-Calais) comptabilisent 46 % des passages (3).

La population gériatrique (patients de plus de 80 ans) représente 15 % des passages aux urgences, avec 40 % d'entre eux consultant régulièrement après les nourrissons (48 %). Plus de 78 % des personnes âgées consultent le jour. On compte un homme pour 2 à 3 femmes et leur âge moyen est de 84 ans. Ces patients sont adressés dans la moitié des cas par leur médecin traitant et par les structures de soins non programmés pour l'autre moitié (4-6).

Les urgences vitales ne représentent que 3 % du total des passages alors que 14 à 20 % des patients relèvent d'une consultation simple.

D'après une revue internationale de la littérature, le taux médian de patients présentant une pathologie non urgente dans les SAU est de 32 % (7,8).

En 2012, 10,6 millions de personnes, près d'un sixième de la population française, sont venus consulter dans les services d'urgence hospitaliers, soit plus de 30 % de fréquentation depuis 2001. Plus de 18 millions de passages ont alors été enregistrés (3,9).

Cette croissance est un phénomène commun à tous les pays qui sont dotés de services d'urgences. Elle traduit de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins et une évolution de l'organisation des soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les services d'urgences sont une ressource privilégiée lorsque des services de première ligne (médecin généraliste, centre de soins, maisons médicales de garde...) ne sont pas disponibles (10).

Les urgences des hôpitaux jouent un rôle central dans le système de santé en servant notamment de porte principale d'entrée aux patients hospitalisés (10). Cependant aujourd'hui, les patients ayant initialement transité par les structures d'urgences ne représentent plus que 40 % des malades séjournant par la suite dans les services hospitaliers ; en 2012, 14,4 millions ne sont pas hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences (11,12).

Le discours général tend à penser que la plupart des patients qui consultent aux urgences ne présentent pas de pathologie nécessitant une prise en charge urgente. (13)
D'après une synthèse de la littérature de 2013, conduite par le SAMU de France, la proportion de patients se présentant aux urgences et relevant de la médecine générale est en effet importante dans certains bassins de population. (14)

De ce fait, on peut considérer que l'utilisation des urgences est un bon baromètre du fonctionnement du système de santé (10).

1.2. Les raisons de cette augmentation de fréquentation

L'augmentation de plus de 30 % en dix ans de la fréquentation des services d'urgences ne peut être attribuée ni à la seule croissance démographique (+ 7 % de 2001 à 2012) ni uniquement au vieillissement de la population. Les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées (11).

La sécurité sociale souligne que les caractéristiques des patients venant aux urgences sont par ailleurs restées mal renseignées (11).

Les analyses nationales demeurent limitées mais elles ont montré que le recours aux urgences sur les âges extrêmes de la vie, est forte (11).

En effet, plus d'un tiers des passages sont liés à la pédiatrie (25 %) et aux personnes âgées (13 %) (11).

Sous un angle médical, les raisons du recours aux urgences varient fortement en fonction de l'âge des patients. Concernant les jeunes enfants, on retrouve surtout des pathologies de la sphère ORL, respiratoire et de la gastro-entérologie. Ensuite jusqu'à l'âge de 15 ans de la traumatologie puis à nouveau à l'âge de 65 ans et encore plus après 75-85 ans (11).

Les études ciblées sur la pédiatrie font apparaître une gravité globalement moindre, avec au-delà d'un an, des taux d'hospitalisation plus faibles (de 10 % en moyenne) que la moyenne des patients (11).

Le recours aux urgences par les personnes âgées de plus de 75 ans représente un peu plus de 13 % du total des passages, alors que les plus de 75 ans représentent 10,4 % de la population ; les critères de gravité et les taux d'hospitalisation, proches de 55 %, sont supérieurs à ceux de la moyenne de patients (11).

D'après l'enquête de la DREES, de juin 2013, réalisée sur un jour donné, les motifs de recours apparaissent multifactoriels. Dans 30 % des cas, la situation qui a conduit les patients aux urgences a débuté plusieurs jours avant leur venue et un tiers des patients ont entrepris des démarches pour consulter un médecin avant de venir. Malgré tout, une majorité des patients se rendent aux urgences sans avis médical (61 %) (11).

L'insuffisance de l'offre de ville se lit dans deux catégories de motifs invoqués par les personnes : pour deux patients sur dix la motivation tient à l'impossibilité de faire appel au médecin traitant ou l'impossibilité d'un rendez-vous rapide pour des examens complémentaires ; d'autre part, dans six cas sur dix, l'accessibilité qu'offrent les services d'urgence est mise en avant (accès à un avis médical, parfois une consultation avec un spécialiste et des examens complémentaires réalisés rapidement) (11).

En effet, d'après une étude sur les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale dans la région PACA, les consultants des services d'urgence semblent bien identifier les filières de soins et il ne semble pas y avoir une méconnaissance du système de santé. Ils ont conscience de ne pas présenter un caractère urgent au sens vital du terme mais sont dans une recherche de soins la plus efficiente, justifiée par la douleur, l'angoisse et/ou la nécessité d'examen complémentaires (15).

Grâce à la consultation d'urgence, les patients trouvent un moyen commode pour des soins rapides avec la coexistence, en un même lieu, de la consultation de ville, de l'évaluation par le spécialiste et de la réalisation d'explorations complémentaires. L'idée que les services d'urgences soient un lieu ouvert à tous, rapidement accessible, est acquise (16).

L'augmentation de la fréquentation des structures traduit de nouveaux comportements des usagers, qui cherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence (16).

L'hypothèse, fréquemment avancée, d'un recours accru aux urgences des personnes fragilisées par une situation de précarité financière est à relativiser. La proportion des bénéficiaires de la CMU-c parmi les patients est proche de celle observée en population générale (7 %). Une minorité de passages concerne les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (1 %) et 1 % des personnes prises en charge n'ont aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France (11).

D'après l'étude sur les consultants des services d'urgence de la région PACA, les professionnels ont globalement des représentations négatives concernant le comportement des consultants ; l'aspect consumériste avancé depuis des années se retrouve de façon très nette dans leur discours. Il existe une réelle divergence entre le discours des patients et celui des professionnelles sur les perceptions des comportements de santé (15).

Le principe essentiel de liberté d'accès aux services d'urgences fait reposer l'enjeu d'une meilleure régulation de leur fréquentation sur la capacité à orienter une part de la demande de soins vers le mode de prise en charge le mieux adapté et le moins coûteux.

La méconnaissance des caractéristiques des patients consultants fréquemment les urgences rend difficile la détermination de la part de ceux qui pourraient être pris en charge en médecine de ville. La mesure et l'analyse des « passages évitables » constituent pourtant un enjeu majeur pour la bonne orientation des patients, tant sur le plan médical que financier (11).

1.3. Pourquoi ce questionnement ?

Cette fréquentation en progression continue met sous tension les organisations et les équipes hospitalières (11).

Le surpeuplement des urgences est défini comme une situation où la demande de services d'urgence excède la capacité de dispenser des soins dans un délai raisonnable. (17)

Il accroît le stress chez le personnel infirmier et les médecins (17).

En novembre 2013, selon une enquête du ministère de la santé auprès des agences régionales de santé, 100 établissements, pour l'essentiel des centres hospitaliers mais aussi des CHU, étaient identifiés par les Agences Régionales de Santé (ARS) comme étant « en tension » ou « en risque de tension » (11).

Le temps d'attente des patients est allongé. On observe un manque de personnel médical et paramédical et les structures de soins deviennent trop petites.

Cette augmentation de fréquentation des services d'urgences devient de plus en plus problématique tant en termes de coûts, que d'organisation des services, avec une qualité de prise en charge des patients plus précaire (18–20).

Il a été montré une association directe entre la sur-fréquentation des SAU et l'augmentation du risque d'erreurs médicales évitables (21,22).

En effet, cette forte demande de consultations des services d'urgences peut excéder la capacité à prodiguer des soins de qualité dans un délai raisonnable (23).

On observe une fréquentation en constante augmentation avec de nombreux passages itératifs de certains usagers des urgences.

En 2012, parmi les 10,6 millions de personnes (un sixième de la population française) qui sont venues se faire soigner aux urgences, on a constaté que le quart de cette population est venu à plusieurs reprises (11).

Cette proportion de consultants itératifs représente une part importante de la fréquentation des urgences.

Le service des urgences de Bordeaux a mis en place une filière « circuit court de consultation » pour les patients évalués avec un problème de santé de sévérité légère.

On y observe un afflux considérable de patients et généralement ces consultations s'avèrent relever de la médecine générale.

Nous avons également observé que ces patients venaient régulièrement aux urgences (parfois plusieurs fois dans l'année) sans passer par la consultation de leur médecin généraliste.

Ce surpeuplement des urgences peut rapidement devenir fatigant et stressant pour le personnel hospitalier et pour les patients.

La connaissance des caractéristiques sociales et économiques de ces patients nous a interpellé.

Comprendre l'impact de ces consultations itératives aux urgences semble nécessaire si l'on souhaite réduire l'encombrement des services d'urgences et répondre correctement aux besoins des patients (24).

Depuis de nombreuses années, beaucoup d'idées reçues et de concepts sont intégrés dans la population générale sans qu'une enquête pour documenter le type de fréquentation des services d'urgence n'ait été réalisée (10).

1.4. Revue de littérature

Parmi les études réalisées sur ce sujet, à l'étranger, une étude californienne (réalisée en 2001, à San Francisco) démontre que le type d'assurance maladie n'influe pas sur les consultations répétées. En revanche, il semble que le mauvais état de santé global et un mauvais suivi médical sont des facteurs souvent retrouvés chez les patients consultants de manière répétée aux urgences (25).

Une étude canadienne (réalisée à Montréal, en 2005) a mis en évidence que les jeunes adultes, les personnes non scolarisées, ceux ayant un faible revenu et les individus souffrant de maladies chroniques utilisent plus fréquemment les urgences. De même que leur choix de se présenter dans un service d'urgence est influencé par la perception d'un accès limité aux services de première ligne (10).

Une autre étude canadienne (réalisée à Toronto, en 2012) retrouve que parmi les patients consultants régulièrement dans les services d'urgences, il y a une forte proportion d'addictions à des substances toxiques (26).

En 2002, à Boston, une étude démontre que les usagers fréquents des urgences sont souvent des patients en situation de précarité socio-économique, et avec un mauvais état de santé physique et psychique (27).

En 2011, en Suisse, une étude décrit que les patients consultants de manière itérative ne sont pas différents en terme d'âge ou de sexe mais sont plus vulnérables sur un plan social, sont souvent divorcés ou séparés, sans emploi, sans assurance maladie (28).

En 2012, aux Etats-Unis, une grande étude (concernant 35 états) a étudié le profil des consultants des services d'urgence. La majorité des usagers sont des femmes blanches, âgées entre 45 et 64 ans et ayant une assurance privée payante. La majorité ont consulté pour un problème relevant de la médecine générale, sans avoir vu leur médecin traitant avant. (29)

En France, quelques études se sont intéressées au sujet, mais aucune ne semble avoir analysé la couverture sociale de ces consultants itératifs.

A Bordeaux, une étude sur les consultations itératives aux urgences pédiatriques a été réalisée. Elle constatait que les enfants conduits régulièrement aux urgences par leur parent étaient souvent des enfants atteints d'une maladie chronique, ayant un âge inférieur à un an, et vivant souvent à proximité de l'hôpital. (30)

Les parents avaient en principe une forte inquiétude, on retrouvait aussi régulièrement un contexte socio-économique familial précaire et ils étaient bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) pour la plupart. (30)

Selon l'étude réalisée en 2003, par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), concernant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), ces patients auraient eu en 2000, des dépenses de soins supérieures de 13 % à celles des personnes non couvertes malgré une structure d'âge plus jeune (31).

En effet, à âge, et sexe équivalents, cet écart atteint 30 % mais selon cette étude, cet écart s'explique principalement par un état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU (31).

Une étude rétrospective a également été réalisée à Amiens (de 2006 à 2010), afin de connaître les caractéristiques des patients se présentant de manière répétée.

Elle décrit essentiellement la période de fréquentation maximale et le diagnostic retenu suite au passage dans le service d'urgence (32).

Le CHU de Nancy a publié une étude sur « les passages itératifs des personnes âgées aux urgences ». Elle montre une augmentation générale de l'activité (nombre d'entrées) de 9 % entre 2002 et 2008 et ceci avec une augmentation de la fréquentation des personnes âgées qui représentent 12,6 % en 2002 et 16 % en 2008 : soit environ une augmentation de 21 % (4).

En 2013, une autre étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) rapporte que dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les patients arrivent pour les deux tiers de leur domicile.

Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans et plus, avec des motifs de recours plus variés que les autres classes d'âges. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans (33).

L'Hôpital Nord de Marseille (en 2004) a également fait une analyse du recours itératif au service d'accueil des urgences et a constaté que l'absence d'activité professionnelle et le recours à l'hôpital pour des soins primaires sont les deux éléments expliquant le recours fréquent aux services d'urgence (32).

En Haute-Normandie (en septembre 2003), une étude a mis en évidence que les patients auto-référés aux services d'urgences sont jeunes, ont un niveau d'étude élevé et ont une consommation de soins relativement forte, ce qui peut témoigner d'un changement de comportement de cette population, qui a tendance à considérer les services d'urgences comme une alternative équivalente à la médecine de ville (34).

Aucune étude française ne semble avoir pris en compte l'ensemble des facteurs socio-économiques tels que : la couverture sociale, l'âge, le sexe, le statut familial, professionnel, la nationalité pouvant influencer la récurrence des consultations dans les services d'urgences. Pourtant, les études réalisées à l'aide de données d'enquêtes sont des sources d'information uniques sur la morbidité ressentie et sur les comportements d'utilisation des individus dans la population (10).

1.5. Couverture sociale

1.5.a. Sécurité sociale

L'assurance maladie a été créée en 1945 sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Elle permet l'accès aux soins à près de 55 millions de personnes (35).

L'organisation actuelle résulte de l'ordonnance de 1967. Elle organise la sécurité sociale en quatre branches autonomes selon l'activité professionnelle des assurés sociaux :

- **le régime général** concerne les salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce et des services, les étudiants et les simples résidents (quatre personnes sur cinq en France) et finance 75 % des dépenses de santé. Deux conditions doivent être remplies pour relever obligatoirement du régime général :
 - Le versement d'une rémunération qui donne lieu au paiement de cotisations et de contributions
 - L'existence d'un lien de dépendance entre le travailleur et l'employeur,
- **Les régimes spéciaux** (SNCF, RATP, EDF-GDF, marins...),
- **Le régime social des indépendants** couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales
- **Le régime agricole** couvre les exploitants et les salariés agricoles (35–37)

Le régime général est organisé en cinq branches :

- La branche maladie, maternité, paternité, invalidité, décès
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles (CNAMTS)
- La branche vieillesse (CNAV)
- La branche famille (CNAF)
- La branche cotisations et recouvrement (ACOSS) qui fédère les Unions de recouvrement de cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) qui collectent l'ensemble des cotisations et contributions des employeurs (36).

D'après le rapport de la sécurité sociale, la branche maladie du régime général compte près de 60 millions de bénéficiaires en 2015, soit 91 % de la population (38).

1.5.b. Couverture Maladie Universelle de base

La CMU de base a été remplacée au 1^{er} janvier 2016 par la protection universelle maladie (PUMA).

La PUMA donne droit à toute personne qui travaille et réside de manière fixe et régulière en France à une prise en charge de ses frais de santé.

Cette réforme a pour objectif principal de simplifier les démarches administratives des assurés (39,40).

Les personnes travaillant n'ont plus à justifier un revenu minimal et les personnes sans activité sont pris en charge automatiquement dans la mesure où elles résident en France depuis au moins 3 mois (à l'ouverture des droits) ou au moins 6 mois par an.

Les cotisations dépendent de la situation et des ressources (41).

L'assuré ayant une activité professionnelle cotise en fonction de son revenu.

L'assuré sans activité avec un revenu annuel supérieur à 9654 euros en 2016 est redevable d'une cotisation subsidiaire maladie (41).

Les assurés sans activité, avec des ressources faibles, les retraités, les chômeurs, les étudiants et les personnes mariés ou liées par pacs à un assuré cotisant au titre d'une activité professionnelle ne paient pas de cotisation subsidiaire (41).

D'après le rapport d'activité du fond CMU, en décembre 2015, 3,3 % de la population française bénéficie de la CMU de base, soit 2 134 037 habitants (42).



Répartition métropole					
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	
Dark Green	>= 3,7%	<= 7,5%	20	952 032	
Medium Green	>= 2,9%	< 3,7%	19	402 671	
Light Green	>= 2,6%	< 2,9%	19	380 257	
Yellow-Green	>= 2,0%	< 2,6%	19	253 491	
Light Yellow	>= 1,2%	< 2,0%	19	145 586	
			96	2 134 037	
Répartition Dom					
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	
Dark Green	>= 16,3%	<= 30,7%	4	388 804	

Source : régime général – Outil : Philcarto – Données provisoires – Mayotte : NR

Figure 1 : Effectifs de la CMU-B, densité par rapport à la population, départements de métropole, estimation à fin 2015 (42)

1.5.c. Couverture Maladie Universelle complémentaire

Trois conditions sont nécessaires pour bénéficier de la CMU c. Il faut résider en France de manière régulière (avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour), résider de manière stable (depuis plus de trois mois) et avoir des ressources inférieures à un plafond. La CMU c donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé. Il s'agit d'une dispense d'avance de frais. Les dépenses de santé sont prises en charge à 100 %.

Tout professionnel de santé peut être consulté, aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. D'autres frais tels que médicaments, analyses médicales sont également pris en charge à 100 % (43).

En décembre 2015, d'après l'annuaire statistique du fond CMU, 8,0 % de la population française bénéficie de la CMU c, soit 5 311 705 personnes (44).



Répartition métropole					
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs
Dark Blue	>= 7,8%	<= 14,7%	20	1 763 843	37,5%
Dark Blue	>= 6,8%	< 7,8%	19	936 192	19,9%
Dark Blue	>= 6,1%	< 6,8%	19	842 986	17,9%
Medium Blue	>= 5,0%	< 6,1%	19	674 565	14,4%
Light Blue	>= 2,9%	< 5,0%	19	482 672	10,3%
			96	4 700 257	100,0%
Répartition Dom					
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs
Dark Purple	>= 24,1%	<= 38,5%	4	611 448	100%

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE – Outil carte : Philcarto – Mayotte non concerné

Figure 2 : Proportion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport à la population totale, par département, métropole et Dom, CNAMTS, RSI, CCMSA, décembre 2015 (44)

1.5.d. Aide médicale de l'Etat

Les bénéficiaires de l'AME sont les personnes étrangères en situation irrégulière et précaire au regard de la réglementation française sur leur séjour en France.

Les personnes à charge (conjoint, enfants mineurs) peuvent en bénéficier.

Les conditions nécessaires pour en bénéficier sont : résider en France depuis plus de trois mois de manière ininterrompue et les ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond (45,46).

L'AME prend en charge à 100 %, sans avance de frais, toutes les consultations, les examens médicaux et les hospitalisations dans la limite des tarifs de la sécurité sociale (46).

Certains frais médicaux ne sont toutefois pas pris en charge :

- Concernant l'aide médicale à la procréation
- Les médicaments ayant un service médical rendu faible sont remboursés à 15 %
- Les cures thermales

Cependant pour les mineurs, tous les frais médicaux, sans distinction, sont pris en charge (47).

D'après les données de la direction de la sécurité sociale du ministère des affaires sociales et de la santé, fin 2014, 294 300 personnes bénéficient de l'AME, soit 0,4 % de la population française (47).

D'après ce même rapport d'information, les bénéficiaires semblent être des personnes isolées, ayant pour deux tiers d'entre eux, entre 20 et 45 ans et la proportion d'hommes est supérieure à celle des femmes (47).

1.5.e Aide complémentaire santé

L'ACS est une aide qui permet de réduire les cotisations d'une complémentaire santé lorsque le plafond des revenus dépasse légèrement le plafond fixé pour bénéficier de la CMU c (48).

1.6. Objectifs de l'étude

1.6.a Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de définir les caractéristiques socioéconomiques et particulièrement le statut de couverture sociale des patients ayant consulté 5 fois ou plus aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin durant une période de douze mois, du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 inclus.

1.6.b Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- Comparer les caractéristiques socio-économiques des patients consultants 5 à 8 fois, versus ceux consultants 9 fois ou plus dans la même année (les sur-consulteurs).
- Comparer le profil des patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME à ceux ayant uniquement la sécurité sociale.
- Comparer le profil des patients sans emploi à ceux avec emploi.
- Comparer le profil des patients de nationalité française à ceux de nationalité étrangère.
- Décrire la nature du motif de consultation.
- Observer s'il y a une récurrence de motif chez les usagers fréquents.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude et durée de l'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale, observationnelle, rétrospective, mono-centrique, d'une durée de douze mois s'étendant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013 inclus.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration au Comité de Protection des Personnes et au Comité National de l'Informatique et Liberté.

Les données démographiques (âge, sexe), et sociales (couverture sociale, profession, statut familial) ont été recueillis grâce au logiciel informatique de l'hôpital (dossier médical informatisé, DxCare).

La couverture sociale a pu être retrouvée grâce à l'utilisation du logiciel de la CPAM.

À partir du nom du patient, les données ont été recueillies grâce à la lecture des observations médicales, infirmières et sociales.

2.2. Population et critères d'inclusion

Nous avons inclus :

- Tous les patients adultes âgés de plus de 18 ans,
- Ayant consultés 5 fois ou plus,
- Entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013.

Ces patients ont été obtenus par extraction de la base de données hospitalières par l'utilisation du logiciel Business object.

2.3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était :

- la couverture sociale des patients (sécurité sociale, CMUc, CMU, AME).

Les critères de jugement secondaires étaient :

- l'âge,
- le sexe,
- la nationalité,
- la profession,
- le statut familial,
- le lieu de vie,
- le nombre de consultation,
- le motif de consultation.

2.4. Localisation de l'étude

Le groupe hospitalier Pellegrin, fondé au 19^e siècle, est le plus important des sites du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux.

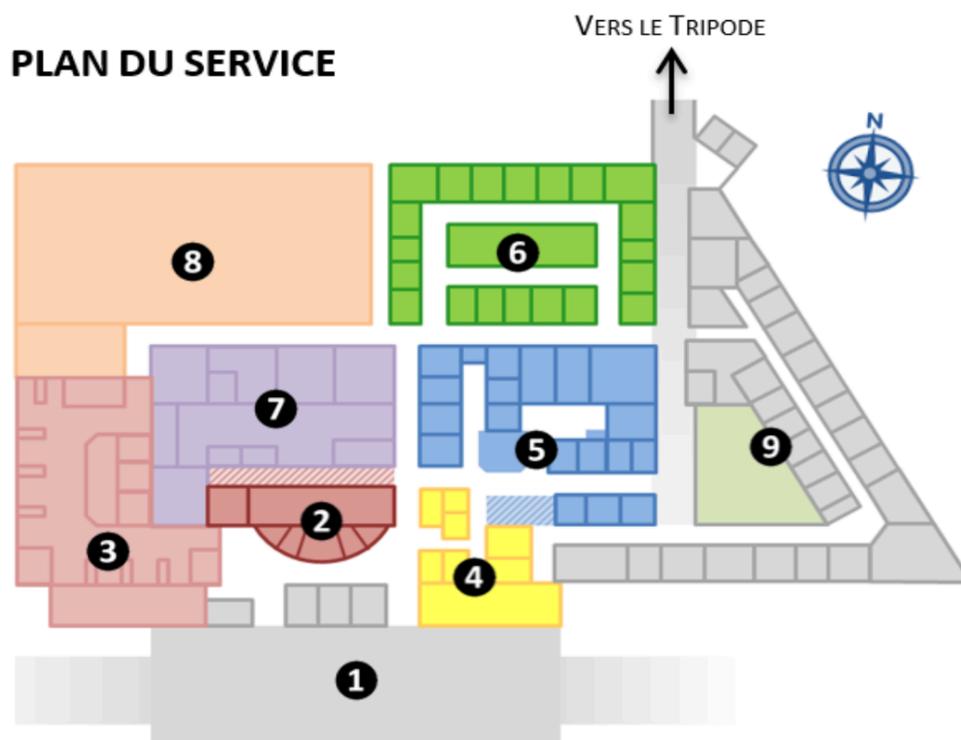
Il regroupe :

- Le tripode (médecine adulte),
- L'hôpital des enfants,
- Le centre François-Xavier Michelet (ORL, chirurgie maxillo-faciale, ophtalmologie, chirurgie plastique et reconstructrice, les brûlés et la chirurgie de la main),
- Le centre Aliénor d'Aquitaine (Maternité),
- L'USN Tastet Girard (centre de réadaptation fonctionnelle)
- L'IMS Pellegrin.

Le service des urgences adultes (SAU) de l'hôpital Pellegrin se situe au tripode (place Amélie Raba-Léon) et est divisé en différentes unités :

- L'accueil des urgences
- Les soins d'urgence
- La salle d'observation

- Et un circuit court de consultations



1. HALL D'ENTRÉE
2. ACCUEIL ET TRI
3. RÉANIMATION URGENCES (DÉCHOQUAGE)
4. CIRCUIT COURT DE CONSULTATIONS ET SALLES D'ATTENTE
5. SOINS D'URGENCE (SU) ET ZONES TAMPON
6. UNITÉ D'HOSPITALISATION DES URGENCES
7. RADIOLOGIE DES URGENCES
8. BLOC DES URGENCES
9. SECTEUR ADMINISTRATIF

Figure 3 : Plan des urgences de Pellegrin (en 2014)

En 2013, l'ensemble du CHU de Bordeaux (le tripode, les urgences pédiatriques, St André et le groupe Sud) a enregistré 114 358 passages aux urgences. 52653 passages ont été enregistré dans le service d'accueil des urgences du tripode au cours de l'année 2013.

2.5. Outils statistiques

Nous avons réalisé une analyse descriptive des variables recueillies.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et pourcentages et comparées avec un test de fisher. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS (v9.4).

3. RESULTATS

L'échantillon comptait 155 patients, avec 1056 passages, soit 2 % des consultations annuelles. Nous avons obtenu la totalité des données socio-économiques suscitées pour chacun des patients.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	Nombre (n)	Pourcentage (%)
<i>Sexe</i>		
<i>Homme</i>	93	60,0
<i>Femme</i>	62	40,0
<i>Age</i>		
<i>18-24 ans</i>	18	11,6
<i>25-44 ans</i>	60	38,7
<i>45-64 ans</i>	32	20,6
<i>65-74 ans</i>	18	11,6
<i>75 ans et plus</i>	27	17,4
<i>Nationalité</i>		
<i>Française</i>	131	84,5
<i>Etrangère</i>	24	15,5
<i>Profession</i>		
<i>Travailleur</i>	28	18,1
<i>Etudiant</i>	6	3,9
<i>Retraité</i>	37	23,9
<i>AAH</i>	9	5,8
<i>Sans</i>	75	48,4

Statut familial		
<i>En couple</i>	55	35,5
<i>Célibataire</i>	84	54,2
<i>Veuf(ve)</i>	16	10,3
Lieu de vie		
<i>Domicile personnel</i>	120	77,4
<i>EHPAD, RPA</i>	9	5,8
<i>Autre</i>	26	16,8
Couverture sociale		
<i>Sécurité sociale</i>	119	76,8
<i>CMU de base</i>	7	4,5
<i>CMUc</i>	15	9,7
<i>CMU de base + CMUc</i>	7	4,5
<i>AME</i>	7	4,5

La proportion d'hommes et de femmes dans la population étudiée est de 60 % d'hommes contre 40 % de femmes.

Parmi les patients consultants de manière itérative, on retrouvait majoritairement des patients âgés entre 25 et 44 ans.

La population consultant fréquemment les urgences était composée à 84,5 % de patients de nationalité française et à 15,5 % de nationalité étrangère.

Les patients sans emploi représentaient 81,9 % de notre population.

3,9 % de cette population était étudiante, 23,9 % était retraité, 5,8 % bénéficiait d'une allocation adulte handicapé et 48,4 % était au chômage.

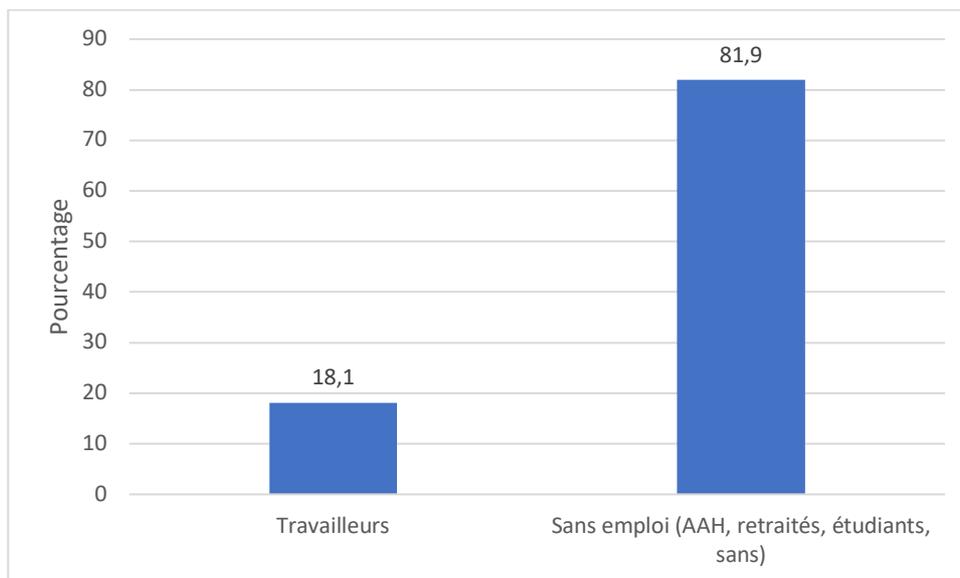


Figure 4 : Statut professionnel des usagers fréquents

Concernant le lieu de vie des patients, on observait que 77,4 % d'entre eux (120 patients) vivaient à leur domicile personnel et 22,6 % en institution (34 patients).

Parmi ceux vivant en institution, nous retrouvions :

- 22 patients en foyer,
- 8 en EHPAD,
- un patient en RPA,
- un à l'hôtel,
- un autre à hôpital psychiatrique Charles Perrens,
- et un à la maison d'arrêt de Gradignan.

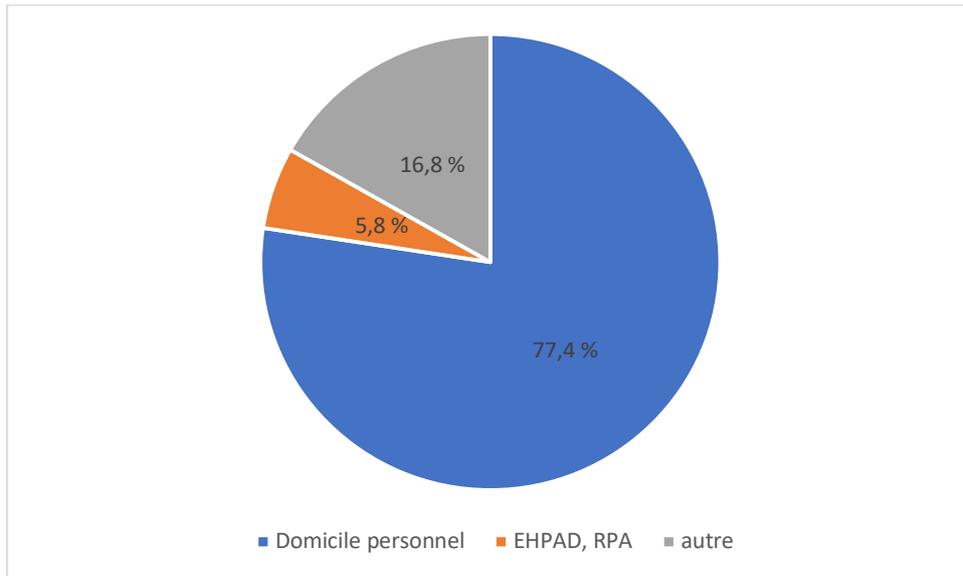


Figure 5 : Graphique : Lieu de vie

Parmi les patients consultants 5 fois ou plus au cours de l'année 2013, on observait donc :

- une majorité d'hommes (93 soit 60 %),
- âgés entre 25 et 44 ans (60 soit 38,7 %),
- de nationalité française (131 soit 84,5 %),
- sans profession (75 soit 48,4 %),
- affiliés à la sécurité sociale (119 soit 76,8 %),
- vivant à leur domicile personnel (120 soit 77,4 %)
- célibataires (84 soit 54,2 %).

Sur les 155 patients, 83,2 % étaient venus aux urgences entre 5 à 8 fois et 16,8 % plus de 8 fois.

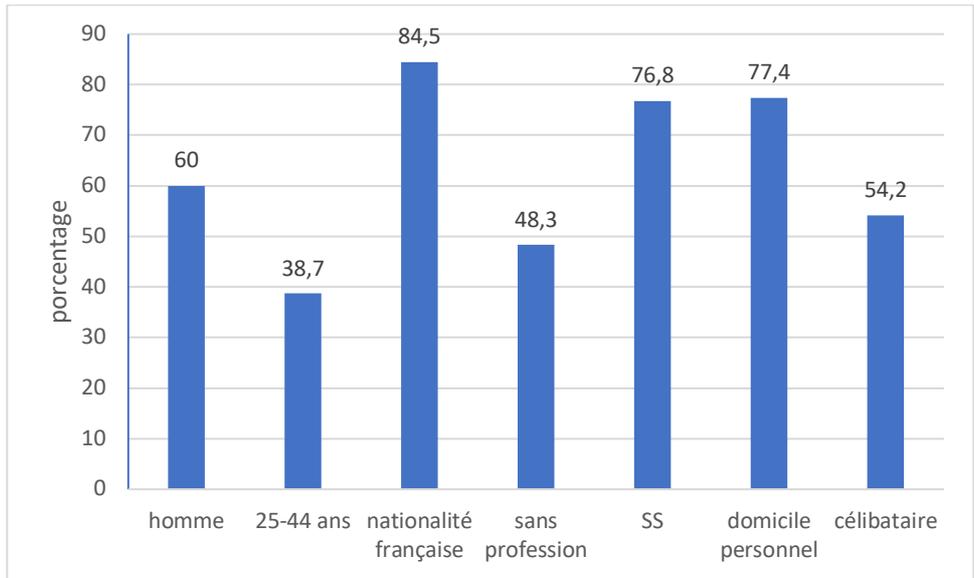


Figure 6 : Profil socio-économique des usagers fréquents des urgences adultes en 2013

3.2. Couverture sociale de la population étudiée

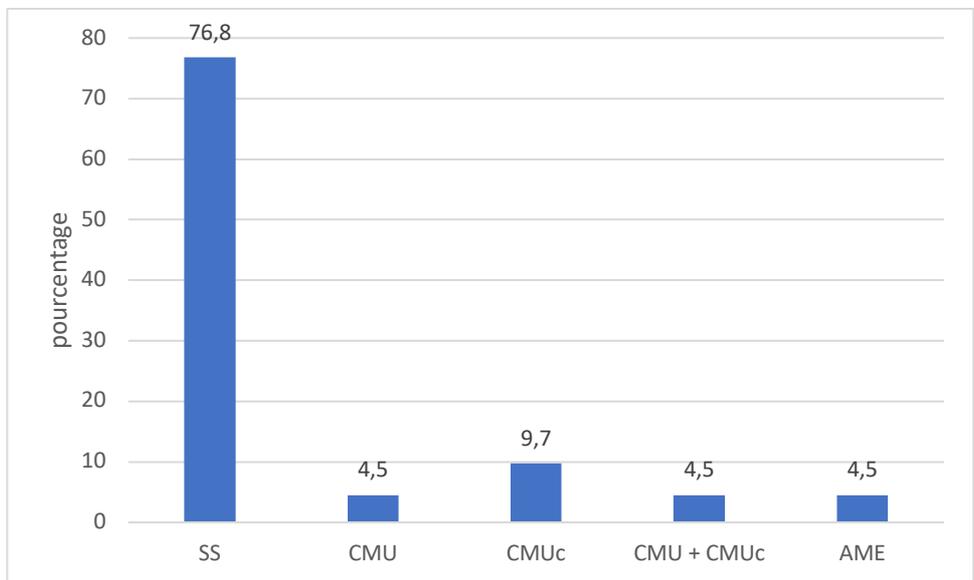


Figure 7 : Couverture sociale des usagers fréquents

76,8 % de la population étudiée était affiliée à la sécurité sociale.

Une minorité de l'échantillon bénéficiait d'une prise en charge à 100 % pour une affection longue durée, soit 11 % (17 patients). Les 89 % (138 patients) restants n'étaient pas pris en charge à 100 %.

3.3. Objectifs secondaires

3.3.a Analyse des patients sur consultants (plus de 8 consultations par an) versus les autres

Tableau 2 : Patients sur consultants (plus de 8 consultations par an) versus les autres

<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	<i>De 5 à 8 consultations n (%)</i>	<i>Plus de 8 consultations n (%)</i>	<i>p</i>
Total	129 (83,2)	26 (16,8)	
Sexe			0,087
<i>Homme</i>	73 (56,6)	20 (76,9)	
<i>Femme</i>	56 (43,4)	6 (23,1)	
Age (n=155)			0,299
<i>18-44 ans</i>	62 (48,1)	16 (61,5)	
<i>Plus de 45 ans</i>	67 (51,9)	10 (38,5)	
Nationalité (n=155)			0,778
<i>Française</i>	110 (85,3)	21 (80,8)	
<i>Etrangère</i>	19 (14,7)	5 (19,2)	
Profession (n=155)			0,654
<i>Travailleur</i>	22 (17,1)	6 (23,1)	
<i>Sans</i>	107 (82,9)	20 (76,9)	
Statut familial			0,665
<i>Couple</i>	48 (37,2)	7 (26,9)	
<i>Célibataire</i>	68 (52,7)	16 (61,5)	
<i>Veuf(ve)</i>	13 (10,1)	3 (11,5)	

Lieu de vie		< 0,01
<i>Domicile</i>	106 (82,2)	14 (53,8)
<i>personnel</i>		
<i>EHPAD, RPA</i>	6 (4,7)	3 (11,5)
<i>Autre</i>	17 (13,2)	9 (34,6)
Couverture sociale		1
<i>Sécurité sociale</i>	99 (76,7)	20 (76,9)
<i>CMU/AME</i>	30 (23,3)	6 (23,1)
Prise en charge à 100%		0,809
<i>Oui</i>	15 (11,6)	2 (7,7)
<i>Non</i>	114 (88,4)	24 (92,3)
Répétition du motif de consultation		0,747
<i>Oui</i>	77 (59,7)	17 (65,4)
<i>Non</i>	52 (19,4)	9 (34,6)

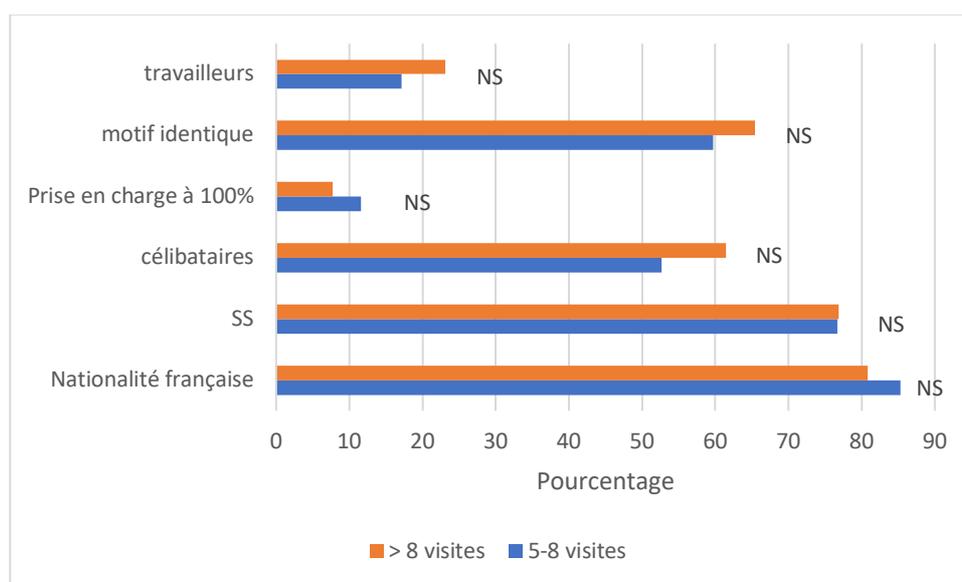


Figure 8 : Patients sur-consulteurs versus les autres selon les différents critères d'étude

Les patients sur consultants ne formaient pas une typologie de patients à part ; ils présentaient les mêmes caractéristiques que les patients qui venaient moins régulièrement.

Parmi les patients consultants 5 à 8 fois par an :

- 85 % étaient de nationalité française,
- 77 % étaient affiliés à la sécurité sociale,
- 12 % étaient pris en charge à 100 % par la sécurité sociale,
- 17 % avaient un emploi,
- 53 % étaient célibataires et
- 60 % consultaient pour le même motif.

Parmi les sur consultants (plus de 8 fois par an) :

- 80 % étaient de nationalité française,
- 77 % avaient la sécurité sociale,
- 8 % étaient pris en charge à 100 %,
- 23 % avaient un emploi,
- 62 % étaient célibataires et
- 65 % consultaient pour le même motif.

On constatait une différence significative concernant les lieux de vie.

Parmi ceux qui consultaient 5 à 8 fois dans l'année, 82 % vivaient à domicile, et 54 % parmi les sur-consulteurs.

3.3.b Analyse des patients affiliés à la sécurité sociale versus les autres

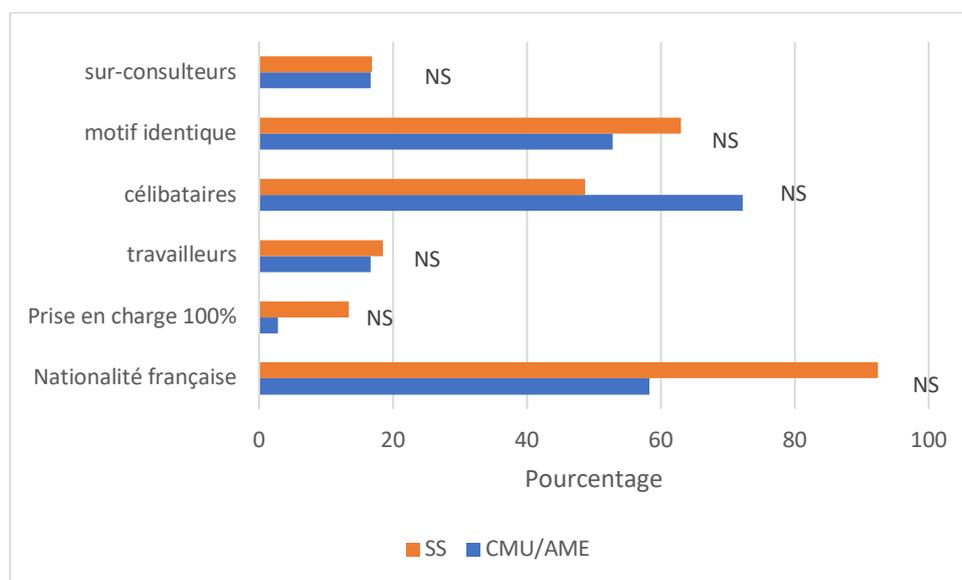


Figure 9 : Patients affiliés à la sécurité sociale versus les autres

Parmi les patients affiliés à la sécurité sociale, on observait :

- 40 % de femmes et 60 % d'hommes.

Parmi ceux bénéficiant de la CMU ou de l'AME :

- 63,9 % étaient des hommes et 36,1 % des femmes.

Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux groupes concernant le sexe.

Concernant la tranche d'âge, de manière significative ($p < 0,01$) :

- 56,3 % des bénéficiaires de la sécurité sociale étaient des personnes de plus de 45 ans
- 72,2 % des bénéficiaires de la CMU ou AME avaient moins de 45 ans.

41,7 % des patients ayant la CMU ou l'AME étaient de nationalité étrangère.

7,6 % de ceux bénéficiant de la sécurité sociale étaient de nationalité étrangère.

83,3 % des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME étaient sans emploi.

Concernant le lieu de vie, de manière significative :

- Parmi les patients ayant la sécurité sociale, 82,4 % vivaient à domicile.
- Parmi ceux ayant la CMU ou l'AME, 61,1 % vivaient à leur domicile personnel.

3.3.c Analyse des patients sans emploi versus ceux avec un emploi

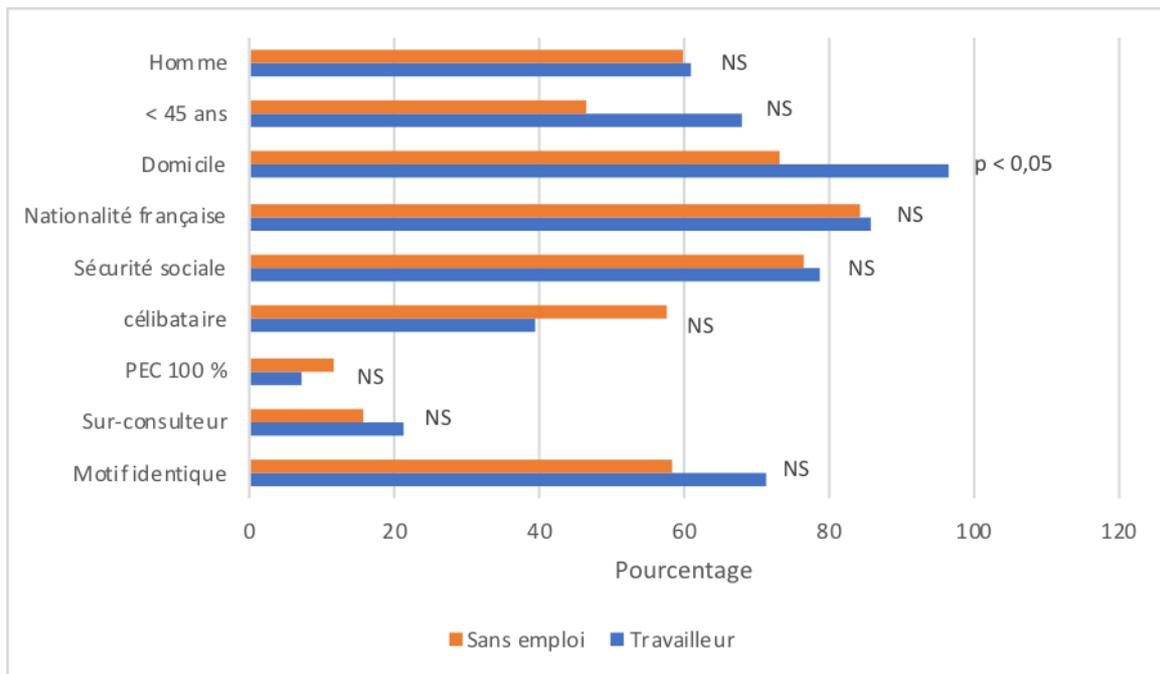


Figure 10 : Patients travailleurs versus ceux sans emploi

Parmi les travailleurs :

- 85,7 % étaient de nationalité française
- 78,6 % étaient affiliés à la sécurité sociale
- 39,3 % étaient célibataires
- 71,4 % étaient pris en charge à 100 %
- 7,1 % étaient venus pour le même motif de consultation
- 21,4 % ont consulté plus de 8 fois dans l'année.

Parmi les sans emploi :

- 84,3 % étaient de nationalité française
- 76,4 % étaient affiliés à la sécurité sociale
- 57,5 % étaient célibataires
- 58,3 % étaient pris en charge à 100 %
- 11,8 % étaient venus pour le même motif de consultation
- 15,7 % ont consulté plus de 8 fois dans l'année.

3.3.d Analyse des patients de nationalité française versus les patients de nationalité étrangère

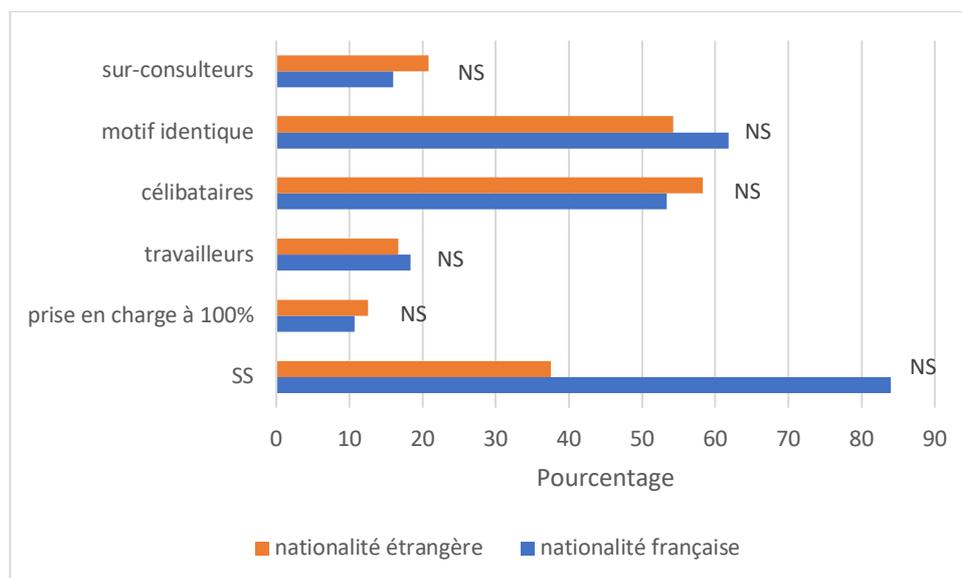


Figure 11 : Patients de nationalité française versus nationalité étrangère

Parmi les patients de nationalité française :

- 84 % étaient couverts par la sécurité sociale,
- 10,7 % étaient pris en charge à 100 %,
- 53,4 % étaient célibataires,
- 62 % consultaient à nouveau pour le même motif,
- 18,3 % étaient travailleurs et
- 16 % consultaient plus de 8 fois dans l'année.

Les patients de nationalité étrangère étaient :

- affiliés pour 37,5 % d'entre eux à la sécurité sociale,
- 12,5 % étaient pris en charge à 100 %,
- 58,3 % étaient célibataires,
- 16,7 % travailleurs,
- 54 % consultaient pour le même motif et
- 20,8 % consultaient plus de 8 fois.

3.3.e Nature du motif de consultation

Tableau 3 : Nature du motif de consultation

<i>Motif de consultation</i>	<i>n (%)</i>
<i>Pathologie psychiatrique</i>	23 (14,8)
<i>Pathologie neurologique</i>	21 (13,5)
<i>Pathologie néphrologique</i>	13 (8,4)
<i>Pathologie hématologique</i>	12 (7,7)
<i>Douleur aiguë</i>	6 (3,9)
<i>Traumatologie</i>	6 (3,9)
<i>Pathologie digestive</i>	3 (1,9)
<i>Pathologie infectieuse</i>	2 (1,3)
<i>Confusion/malaise</i>	2 (1,3)
<i>Chute</i>	2 (1,3)
<i>Décompensation pathologie chronique</i>	2 (1,3)
<i>ORL</i>	1 (0,6)
<i>Pathologie cardiaque</i>	1 (0,6)
<i>Inconnu</i>	61 (39,3)

3.3.f Réurrence du motif de consultation

Parmi ces patients consultants fréquemment les urgences adultes, 60,6 % (94 patients) venaient à chaque fois pour le même motif de consultation tandis que 39,4 % (61 patients) venaient souvent pour des motifs différents.

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs sociaux et économiques pouvant être associés aux consultations itératives des urgences adultes au CHU de Bordeaux.

Les usagers fréquents des urgences représentaient 2 % du nombre de consultation enregistrées au cours de l'année 2013. Ils étaient majoritairement des hommes (60 %), âgés entre 25 et 44 ans (38,7 %), de nationalité française (84,5 %), sans profession (48,4 %), affiliés à la sécurité sociale (76,8 %), vivant à leur domicile personnel (77,4 %) et célibataires (54,2 %).

Une minorité de l'échantillon bénéficiait d'une prise en charge à 100 % pour une affection longue durée (11 %). 60,6 % venaient aux urgences à chaque fois pour le même motif de consultation.

83,2 % des usagers fréquents ont consultés 5 à 8 fois dans l'année et 16,8 % plus de 8 fois. Les patients sur consultants (> 8 fois dans la même année) ne formaient pas une typologie de patients à part ; ils présentaient les mêmes caractéristiques que les patients qui venaient moins régulièrement.

4.2. Forces et faiblesses de notre travail

4.2.a. Forces

- C'est la première étude s'intéressant au profil socio-économique des patients consultant de manière itérative le service des urgences adultes au CHU de Bordeaux.
- A ce jour, aucune étude française, concernant les consultations itératives aux urgences adultes, d'une durée d'un an et regroupant toutes ces caractéristiques socio-économiques n'a encore été réalisée.

- Grâce à l'informatisation du CHU de Bordeaux et par conséquent du service des urgences adultes, les dossiers médicaux étaient facilement consultables, permettant un accès à des données médicales, administratives et sociales objectives.
- Grâce à l'aide des assistantes sociales du service, nous avons pu récupérer de manière très précise la couverture sociale des patients.
- Cette étude apporte des informations importantes dans la réflexion engagée autour des moyens à mettre en place et des stratégies à développer pour permettre le désencombrement des services hospitaliers d'accueil des urgences.

4.2.b. Faiblesses

- Il s'agit d'une étude rétrospective.
- L'effectif de patients est faible.
- Cette étude est mono centrique. Elle n'inclut pas tous les services d'urgences adultes du CHU de Bordeaux mais uniquement celui de l'hôpital Pellegrin.
De même, les cliniques périphériques n'ont pas été incluses, donc un biais de sélection potentiel.
- Il existe un biais d'information car il aurait été intéressant de connaître l'origine ethnique plus que la nationalité des patients car du fait d'une origine, d'un patrimoine culturel différent, l'usage des urgences pourrait être différent.
- Il n'existe pas un nombre de consultation défini de manière consensuelle pour lequel on affirme un usage fréquent des services d'urgence.
Le chiffre de cinq consultations ou plus a été établi à l'aide de la revue des littératures existantes.

4.3. Interprétation des résultats

Les usagers fréquents des urgences étaient « jeunes » (entre 25 et 44 ans) pour 38,7 % d'entre eux et de sexe masculin à 60 %. Les différents écrits à ce sujet trouvaient des résultats variables.

L'étude américaine de Hunt et al sur les caractéristiques des usagers fréquents des services d'urgences retrouvait 65 % de femmes et l'étude de LaCalle et Rabin sur le même sujet confirmait que les femmes étaient des consultantes plus fréquentes que les hommes. (24,49)

En revanche, l'étude Suisse, réalisée pendant un an (de 2008 à 2009), à la recherche de facteurs favorisant l'usage fréquent des urgences, ne retrouvait pas de différence significative d'âge et de sexe avec les consultants tous venant. (28)

LaCalle et Rabin constataient aussi des usagers majoritairement âgés entre 25 et 44 ans mais également ayant plus de 65 ans. (49)

La variabilité de ces résultats peut s'expliquer par des populations différentes.

En effet, ces populations n'ont pas le même pays d'origine donc probablement des taux différents en regard des populations.

De plus, le nombre de consultations « itératives » fixé n'est pas le même d'une étude à l'autre et de ce fait, on peut imaginer que la population sélectionnée est différente.

Concernant notre étude, la majorité de jeunes peut aussi s'expliquer par un recours plus fréquent des personnes âgées à leur médecin généraliste.

Ces patients âgés sont probablement plus attachés à leur médecin traitant (souvent connu de longue date), et se dirigent donc plus facilement en consultation de ville.

On peut aussi penser qu'il est plus facile de se déplacer aux urgences lorsque l'on est jeune.

Dans notre étude, 84,5 % des usagers fréquents étaient de nationalité française.

Une proportion élevée de patients de nationalité française en accord avec la minorité d'usagers fréquents bénéficiant de l'AME (4,5 %).

Les études sont également discordantes à ce sujet. En Suisse, la majorité des patients itératifs étaient de nationalité étrangère. (28) Parmi les études françaises à s'être intéressées à cette variable, une enquête auprès des consultants des urgences de l'hôpital Nord de Marseille retrouvait comme pour notre étude, $\frac{3}{4}$ des patients de nationalité française. (50) De même, une autre étude Marseillaise (réalisée de 2000 à 2002) constatait que plus de 70 % des patients

reçus étaient de nationalité française. Cependant, elle observait également que le pourcentage de personnes de nationalité étrangère semblait augmenter avec les années de même que ceux d'origine étrangère (respectivement 24,3 % en 2000 versus 31,3 % en 2001 et 37 % en 2000 versus 44,6 % en 2002, $p < 0,001$). (51)

Il aurait été pertinent de s'intéresser à l'origine culturelle des patients. Les habitudes culturelles des patients auraient peut-être permis de montrer un taux de fréquentation différent.

Contrairement aux a priori, 76,8 % de nos patients étaient affiliés uniquement à la sécurité sociale. Ce résultat est concordant avec la littérature française et étrangère.

Les études de Hunt, Pines, LaCalle et al montraient que les patients ayant une assurance maladie étaient plus susceptibles de venir fréquemment aux urgences.

En effet, 84 % des usagers fréquents avaient une couverture maladie dans l'étude de Hunt et al réalisée entre 2000 et 2001 et dans la revue de la littérature de LaCalle et Rabin, rédigée en 2009, 15 % seulement des usagers fréquents n'avaient pas de couverture maladie. (24,49,52)

L'étude Suisse, retrouvait qu'uniquement 10,6 % des usagers fréquents n'avaient pas d'assurance maladie ($p = 0,001$). (28)

Les autres études sur les consultants tout venant, retrouvaient également le même résultat.

En 2003, l'enquête auprès des consultants des urgences de l'hôpital Nord de Marseille avait pour objectif de cerner et de caractériser les consultants dont la prise en charge relevait de la médecine ambulatoire. Elle constatait que 70,6 % des patients avaient une couverture sociale, 41 % bénéficiaient de la CMU (de base et /ou complémentaire), 5,4 % de l'AME. (50)

Une autre enquête de l'hôpital Nord de Marseille, en 2002, sur les attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie retrouvait plus de 88 % des patients avec une couverture sociale complète (couverture de base et une mutuelle), 41,7 % de ces derniers avaient la CMU complémentaire, 2 personnes bénéficiaient de l'AME et 4,3 % des personnes étaient en attente d'ouverture de droits. (53)

Les résultats de l'analyse de 2006-2007 des comportements des usagers des urgences pour des soins non urgents dans la région PACA retrouvaient surtout des jeunes hommes (38,3 ans en moyenne), instruits (54 % avaient le niveau bac), en activité professionnelle pour

67,8 % d'entre eux, et ils bénéficiaient d'une couverture sociale complète pour 80,5% d'entre eux. (15)

Une étude américaine, comparative de 1996 à 2004, retrouvait que l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence n'était pas liée aux personnes sans régime de protection sociale (proportion stable de non assurés sociaux : 14,5 % des consultants). (54)
84,8 % des patients consultant aux urgences avaient une assurance maladie tandis que 14,6 % n'en avaient pas. (25)

A Marseille, l'étude s'étant intéressait à la mise en place d'une consultation de médecine générale (CMG) en aval du service d'urgence de l'hôpital Nord de Marseille, sur le site du CHU, en complémentarité du SAU, constatait que plus de la moitié des consultants (54,4 %) étaient affiliés à l'assurance maladie et cotisaient une mutuelle.
Près de 34 % avaient la CMU et 7,3 % bénéficiaient de l'AME.
Seuls 3 % des patients ont été réorientés vers les urgences. (51)

Bien que toutes ces études soient en accord, il est nécessaire d'être prudent dans son interprétation car dans notre étude nous avons choisi de séparer les personnes affiliées à la sécurité sociale de ceux ayant la CMU mais dans certaines études les patients ayant la sécurité sociale dont la CMU de base sont dans le même groupe.

Par exemple, l'étude sur les urgences de Nanterre, en 2009, s'est intéressée à la population se présentant spontanément aux urgences aux horaires de consultation des médecins généralistes et dont le passage n'a pas abouti à une hospitalisation. On constatait que 98,3 % bénéficiaient de la sécurité sociale dont la CMU de base et 16,2 % la CMU complémentaire. (55)

L'enquête nationale française « un jour donné » réalisée par la DREES en juin 2013 montrait que les consultants des urgences adultes étaient particulièrement nombreux aux âges extrêmes de la vie (2 ‰ chez les moins de un an, 1,5 ‰ chez les plus de 85 ans, 0,8 ‰ pour l'ensemble de la population). (11)

La proportion des bénéficiaires de la CMU complémentaire parmi les patients était proche de celle observée en population générale (7 %).

Une minorité de passages concernait les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (1 %) et 1 % des patients pris en charge n'avaient aucun droit ouvert à l'assurance maladie. (11)

On constate en effet que la proportion des usagers bénéficiant de l'AME est faible.

En effet, l'analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'AME de novembre 2010 constatait qu'une forte proportion des bénéficiaires de l'AME (97 %) avaient recouru aux soins de ville.

Les bénéficiaires de l'AME étaient majoritairement des hommes seuls, dans un état de santé plus dégradé que celui des assurés de même âge et probablement pour cette raison la dépense moyenne des bénéficiaires de l'AME était particulièrement concentrée sur l'hôpital, avec une concentration seulement sur quelques personnes très malades. (56)

Concernant les bénéficiaires de la CMU. L'enquête nationale de la DREES, de 2003, montrait que ces patients réalisaient 13 % de dépense moyenne en plus (à la fois à l'hôpital et en ville) que les personnes non couvertes par la CMU. Les bénéficiaires de la CMU étant globalement plus jeunes, ces écarts de dépenses, calculés à structure d'âge et de sexe équivalents, étaient supérieurs de 30 % à celles des personnes non couvertes par la CMU (dont 34 % pour les dépenses hospitalières) mais cela s'expliquait principalement par un état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU. (31)

Dans notre étude les patients sans emploi représentaient 81,9 % de la population des consultants itératifs. Cette proportion est importante mais elle comprenait aussi bien les chômeurs, que les étudiants, les retraités et les personnes handicapées.

De manière générale, on retrouve des patients vivants dans des conditions socio-économiques défavorisées.

L'étude de Hunt et al, précisait que 33 % d'entre eux avaient des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (OR 2,36). (24)

Ce chiffre concordait avec notre résultat de 48,3 % de patients sans profession et donc probablement avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté français.

Dans cette étude américaine, on observait également que parmi ces consultants itératifs, 61 % avaient un mauvais état de santé (OR 2,54) et 50 % une maladie psychiatrique (OR 1,70). (24)

De même Pines et al, en 2011, montraient que 27 % des usagers fréquents vivaient en dessous du seuil de pauvreté et étaient célibataires. (52)

D'après l'étude Suisse, les patients sans profession étaient majoritaires et représentaient 32,3 % des usagers fréquents ($p < 0,001$). (28)

Comme dans notre étude, les urgences de Nanterre constataient une population masculine (63 % hommes), ayant un âge moyen de 33 ans. 91,7 % avaient un logement stable, et la répartition de la situation familiale était la même que dans la population générale.

Notre population comportait aussi plus de chômeurs que la population de Nanterre. (55)

A Montréal, en 2005, l'enquête sur l'utilisation des urgences hospitalières, observait que le recours à l'urgence était plus fréquent chez les jeunes adultes, chez les personnes moins scolarisées et chez celles ne détenant pas d'emploi ou ayant un faible revenu. (10)

L'étude Marseillaise sur la consultation de médecine générale en aval du service d'urgence de l'hôpital Nord de Marseille constatait que les consultants de la CMG étaient plutôt jeunes (32,3 ans plus ou moins 14,7 en moyenne).

Le sexe ratio homme/femme était égal à 1,1.

La situation familiale « en couple ou marié » était la plus fréquente (46,7 %).

Moins de 50 % des patients étaient considérés comme actifs.

Les consultants étaient socialement défavorisés, plus de $\frac{3}{4}$ n'avaient pas le niveau bac, plus de 60 % étaient sans activité professionnelle. (51)

A l'inverse, une étude réalisée en Haute-Normandie entre 2003 et 2004 retrouvait que les passages aux urgences par des patients auto référés (consultant les services d'urgence sans passer par un médecin traitant) concernait essentiellement des jeunes (âge moyen de 38,2 ans), ayant une activité professionnelle et un niveau d'éducation élevé. (34)

Ce résultat reste à relativiser du fait d'une localisation différente de l'étude et donc d'une population différente.

Dans notre étude, nous constatons également qu'une minorité de l'échantillon bénéficiait d'une prise en charge à 100 % pour une affection longue durée (11 %).

Les malades chroniques ne semblaient donc pas participer majoritairement aux consultations itératives.

Ce résultat concorde avec une étude sur le recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de la Trinité qui retrouvait que 11 % des patients consultaient en rapport avec une ALD. (57)

La grande majorité des usagers fréquents des urgences, 77,4 %, vivaient à leur domicile et ce de manière significative.

On peut penser que les résidents des autres lieux de vie tels que les RPA, les EHPAD du fait d'une médicalisation même partielle pouvaient bénéficier d'un avis plus rapide et plus facile d'accès en aval de la structure des urgences.

De plus, les patients de nationalité étrangère étaient plus « sur-consulteurs » (> 8 fois par an) que les patients de nationalité française. Probablement lié au fait que ces patients n'étant pas dans leur pays de naissance n'ont pas l'habitude d'aller consulter un médecin généraliste en cabinet de ville.

Ce résultat concorde avec le fait que les patients sur-consulteurs (> 8 consultations par an) étaient plus souvent des célibataires et venaient plus fréquemment pour le même motif de consultation.

Le fait que les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME donc probablement une majorité des patients de nationalité étrangère étaient plus souvent célibataires, est également en accord avec le résultat précédent.

On constatait aussi que les patients sans emploi étaient plus souvent célibataires. Ceci peut éventuellement s'expliquer par l'isolement social qu'engendre le chômage.

4.4. Implication des différents résultats

Bien que l'échantillon de notre population étudiée soit faible et de ce fait manque de puissance, les résultats de notre étude concordent en de nombreux points avec les autres enquêtes menées sur ce sujet.

On peut imaginer que les patients consultants fréquemment les urgences adultes trouvent en ce service une facilité d'accès, une rapidité diagnostique.

Les urgences doivent certainement répondre à une inquiétude et être présentes pour la résoudre dans un court délai.

Paradoxalement, le médecin généraliste n'est pas toujours facilement accessible, du fait de journées de consultations chargées, avec impossibilité de recevoir le patient dans l'immédiat et du fait d'un accès retardé aux examens complémentaires et aux avis spécialistes.

Il serait intéressant de faire une étude afin de savoir si les usagers fréquents sont venus aux urgences de leur propre chef et connaître la raison de cette décision : véritable urgence vitale, inquiétude du patient, impossibilité de faire appel au médecin généraliste, indisponibilité de ce dernier ?

Au début de cette étude, nous nous étions initialement intéressés au motif de consultation de ces usagers fréquents.

60,6 % des patients venaient aux urgences à chaque fois pour le même motif de consultation.

Nous avons aussi constaté que les motifs les plus fréquents étaient : alcoolisation aigue ou crise convulsive.

Les autres motifs de consultation étaient : chutes, malaises, perte de connaissance, entorse et/ou luxation, troubles psychiatriques, intoxication médicamenteuse volontaire, traumatisme crânien.

Nous ne sommes pas allés plus loin dans l'analyse de ces résultats car il y avait trop d'imprécision concernant le diagnostic principal établi mais on peut se questionner sur la part des usagers fréquents consultant pour des problèmes d'ordre psychiatrique avec des problèmes d'alcoolisation aigue et/ou chronique entraînant ces complications citées précédemment.

Une autre étude sur ces motifs de consultation serait intéressante mais cette fois avec un diagnostic principal et unique clairement établi.

Nous savons que de nombreux facteurs entre en jeu dans l'engorgement des services d'urgence comme par exemple : la disponibilité des lits dans l'établissement d'accueil, réorganiser les structures d'urgences, favoriser les solutions alternatives à l'hospitalisation (tels que l'hospitalisation à domicile). (14)

Cependant la question de la création de structures médicales directement en aval des services d'urgence est prépondérante.

On peut imaginer qu'elle participerait au désengorgement des services d'urgences adultes.

Certains centres, comme le centre hospitalier de Pontoise, ont d'ailleurs déjà des unités d'aval des urgences. Il s'agit d'une unité de médecine polyvalente prenant en charge les consultants des urgences nécessitant une courte hospitalisation de 48 à 72h. (58)

Les PASS (Permanence de Soins de Santé) avec lesquels de nombreux services d'urgences travaillent, permettent d'assurer des soins et d'apporter des aides et solutions aux patients en situation de précarité. (59)

Ces organismes sont essentiels et ils devraient être valorisés et plus nombreux.

De même, il devrait y avoir une information et une communication plus importante sur ces centres auprès de la population et en particulier de notre population retrouvée.

Comme nous l'avons constaté, beaucoup de sur-consulteurs sont de nationalité étrangère et il est probable que ces patients ne connaissent pas l'existence de ces PASS et viennent consulter aux urgences par défaut, faute d'avoir un médecin généraliste.

5. CONCLUSION

Notre étude constate une population jeune, célibataire et sans emploi. Contrairement aux idées reçues, la couverture sociale semble être invariable qu'il s'agisse d'un consultant itératif ou d'un consultant simple.

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, il semble que la population des usagers fréquents ressemble à la population générale française en terme de caractéristiques démographiques.

Il serait tout de même intéressant de comparer, dans une nouvelle étude, les usagers des urgences à la population française générale.

Les caractéristiques socio-économiques des usagers fréquents ne semblent pas impacter directement le problème de l'engorgement des services d'urgences.

La question des mesures à prendre pour résoudre cette situation reste primordiale.

Une étude à plus grande échelle serait intéressante et mettrait certainement en évidence des différences significatives concernant la population d'usagers fréquent des urgences comparativement à la population générale. De même qu'il serait intéressant de réaliser une étude pour connaître les motifs de recours aux urgences.

Comme suggéré plus haut, d'autres mesures sont envisageables. Notamment des mesures pour mieux articuler l'hôpital et la médecine de ville.

Par exemple, en renforçant la permanence des soins ambulatoires, par la création de maisons médicales de garde, articulées avec les urgences hospitalières, par la création de maisons pluri-professionnelles de santé avec un plateau technique minimum autorisant la réalisation sur place d'actes de soins dans un délai court, ainsi que certains examens d'imagerie et de biologie. Le rapport Mesnier, du mois de mai 2018, soumet des solutions à ce problème d'engorgement des services d'urgence. (60)

Enfin, il y a également des mesures à prendre concernant l'organisation interne des urgences hospitalières. Certaines nouveautés sont à promouvoir de manière plus rigoureuse, telles que le développement d'unités de courte durée d'hospitalisation, de filières gériatriques (équipe mobile de gériatrie), et de « gestionnaire de lits ».

REFERENCES

1. Sagnes-Raffy C, Claudet I, Grouteau E, Fries F, Ducassé J-L. Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans. ORUMIP. 2011. Available from: <https://www.orumip.fr/2011/11/epidemiologie-de-lurgence-chez-lenfant-de-de-2-ans/>
2. Hausse de 4% des passages aux urgences en 2014 (DREES) - Actualités de l'Urgences - APM - Actualités - SFMU - Société Française de Médecine d'Urgence. Available from: <http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58695-hausse-de-4-des-passages-aux-urgences-en-2014-drees->
3. Mevel P. Les urgences hospitalières en France. L'aide soignante. 2015 Oct 9. (169). Available from: <http://www.empremium.com.docelec.ubordeaux.fr/article/1000078/resultatrecherche/4>
4. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées (PA) aux urgences. Urgences 2009. (105): 1011-1018. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:duLLI1EwvjAJ:sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_passages_iteratifs_des_personnes_agees_aux_urgences.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
5. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. DREES. 2003 jan. 215. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres>
6. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. DREES. 2003 jan. 212. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>
7. Rapport public annuel 2007 / Publications / Publications / Accueil / Cour des Comptes - Cour des comptes. Available from: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2007>
8. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. 2011 Mar;29(3):333-45.
9. Samu De France : Informations du CA - Le Livre Blanc des Urgences. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-Urgences de France. Available from: http://www.samu-de-france.fr/fr/ressources_pro/informations/information_ca/front/afficher/?id_actu=821
10. Roberge D, Larouche D, Pineault R, Levesque J-F, Hamel M, Simard B. L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne ? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie. L'accessibilité et la continuité des services :

une étude sur la première ligne au Québec. 2007 Mars. Available from:
<http://catalogue.iugm.qc.ca/Record.htm?idlist=2&record=19113563124919317459>

11. La sécurité sociale / Publications / Cour des Comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014 sep. p 351-377. Available from: <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>
12. Lauque D, Bouget J, Lejonc JL, DeDecker L, Bourrier Ph, Bleichner G et al. SFMU - Société Française de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. 2005 Mai. Available from:
http://www.sfm.org/fr/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMU_mai_2005
13. Giroud M. Les métiers de la santé et l'urgence. Vision prospective. 2012 sept 13. Available from:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nHnBEzIyaiEJ:www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/730/assises_2012_4c_mg_metier.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
14. Braun F, Pateron D, Giroud M. Samu De France : Informations du CA - [Note de synthèse] Surcharge des Structures des Urgences et gestion des hospitalisations. 2016 Sep 13. Available from: http://www.samu-de-france.fr/fr/ressources_pro/informations/information_ca/front/afficher/?id_actu=766
15. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. 2008 Aug 3. Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/110807>
16. Chen C, Scheffler G, Chandra A. Massachusetts' Health Care Reform and Emergency Department Utilization. *N Engl J Med*. 2011 Sep 22;365(12):e25.
17. Rowe B, Bond K, Ospina M, Blitz S, Afilalo M, Campbell S et al. Frequency, determinants, and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: A national survey of emergency department directors [Technology report no 67.3]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006 may
18. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. 2008 Jan;51(1):1-5.
19. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2009 Jan;16(1):1-10.
20. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. 2010 Mar;28(3):304-9.
21. Epstein SK, Huckins DS, Liu SW, Pallin DJ, Sullivan AF, Lipton RI, et al. Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. *Intern Emerg Med*. 2012 Apr 1;7(2):173-80.

22. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Ann Emerg Med*. 2013 Jun;61(6):605–611.e6.
23. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgence. *EMC - Médecine d'urgence* 2016;11(1): 1-9 [Article 25-210-A-05].
24. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2006 Jul 1;48(1):1–8.
25. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callaham ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med*. 2005 Jan;45(1):4–12.
26. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen R-A, Burchill C, et al. Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors. *Ann Emerg Med*. 2012 Jul 1;60(1):24–32.
27. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2003 Apr;10(4):320–8.
28. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2012 Jan;19(1):63–8.
29. National Ambulatory Medical Care Survey: 2012 State and National Summary Tables Available from:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:g5ea3KuYpHcJ:https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2012_namcs_web_tables.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr
30. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *EMC-Archives de pédiatrie*. 2011 fev;18(2): 128-134.
31. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. DREES. 2003 mar. 229. Available from:
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-impact-de-la-cmu-sur-la-consommation-individuelle-de-soins>
32. Gentile S, Durand C, Sambuc R, Amadei E. B4-2 Analyse du recours itératif au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*. 2004 sep. 52: 26-27.
33. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. DREES. 2014 jul. 889. Available from:
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux>

34. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavolacci M-P. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours aux urgences et comportements de consommation de soins. *Pratiques et organisation des soins*. 2008 jan; 39(1): 33-42.
35. ameli.fr - La Sécurité sociale [Internet]. [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/index.php>
36. Maladie, maternité, paternité, invalidité, décès en France [Internet]. [cited 2017 Feb 8]. Available from: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france1.html
37. Comment la protection sociale est-elle organisée en France ? - Les régimes de sécurité sociale découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/comment-protection-sociale-est-elle-organisee-france.html>
38. Direction de la sécurité sociale. Le portail du service public de la sécurité sociale / Les chiffres clés de la sécurité sociale. 2015 [Internet]. Available from: http://www.securite-sociale.fr/Les-chiffres-cles-2015-de-la-securite-sociale-edition-2016,5179?id_mot=&type=presse
39. ameli.fr - La CMU de base n'existe plus. 2017 jan. [Internet]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/la-cmu-de-base-n-existe-plus/pourquoi-la-cmu-de-base-est-elle-supprimee.php>
40. ameli.fr - La protection universelle maladie. 2016 dec. [Internet]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/la-protection-universelle-maladie.php>
41. Le portail du service public de la Sécurité sociale / La mise en place de la Protection Universelle Maladie (PUMa). [Internet]. [cited 2017 Feb 14]. Available from: <http://www.securite-sociale.fr/La-mise-en-place-de-la-Protection-Universelle-Maladie-PUMA-au-1er-janvier-2016>
42. Les rapports d'activité du Fonds CMU [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.cmu.fr/rapports_activite.php
43. Présentation de la CMU-C [Internet]. [cited 2017 Feb 14]. Available from: <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
44. Annuaire statistiques du Fonds CMU. 2016 jun. [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.cmu.fr/annuaire_statistiques.php
45. ameli.fr - L'aide médicale de l'État. 2016 jun. [Internet]. [cited 2017 Feb 14]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>
46. Aide médicale de l'État (AME) | service-public.fr [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
47. N° 3196 - Rapport d'information de MM. Claude Goasguen et Christophe Sirugue déposé en application de l'article 146-3 du règlement, par le comité d'évaluation et de

- contrôle des politiques publiques sur la mise en oeuvre des conclusions du rapport d'information n°3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale d'Etat [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3196.asp#P119_16896
48. ameli.fr - Aide au paiement d'une complémentaire santé. 2017 jan. [Internet]. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/quels-sont-les-avantages-de-l-acs.php>
 49. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010 Jul;56(1):42–8.
 50. Analyse des attitudes et comportements des consultants ayant recours aux services des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. Méthodes d'analyse des systèmes de santé, *Santé Publique*. 2004. 678. Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/320948/>
 51. Rapport final d'évaluation du dispositif consultation de médecine générale/Service d'accueil des urgences de l'hôpital nord de Marseille. [Internet]. [cited 2017 May 5]. Available from: <http://docplayer.fr/10731603-Rapport-final-d-evaluation-du-dispositif-consultation-de-medecine-generale-service-d-accueil-des-urgences-de-l-hopital-nord-de-marseille.html>
 52. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. 2011 Jun;18(6):e64-69.
 53. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. *Santé Publique*. 16(1):63–74.
 54. Capp R, Rosenthal MS, Desai MM, Kelley L, Borgstrom C, Cobbs-Lomax DL, et al. Characteristics of Medicaid enrollees with frequent ED use. *Am J Emerg Med*. 2013 Sep;31(9):1333–7.
 55. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. 2009 jun. [Internet]. [cited 2017 May 5]. Available from: <http://docplayer.fr/9140398-These-doctorat-en-medecine.html>
 56. Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat. Inspection générale des finances France. 2010 dec. [Internet]. [cited 2017 May 12]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/index.shtml>
 57. Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BhU-h4kwCG4J:https://hal-uag.archives-ouvertes.fr/dumas-01153518/document+&cd=4&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
 58. Centre Hospitalier de Pontoise. Unité d'Aval des Urgences (UAU). Available from: <http://www.ch-pontoise.fr/service/unite-daval-des-urgences-uau/>

59. Présentation dispositif PASS | Coordination régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cited 2017 May 17]. Available from: <http://www.sante-pass-aquitaine.fr/page/presentation-dispositif-pass>
60. Catala I, Lavaud S. Améliorer l'accès aux soins non programmés : la recette en 19 points du député Mesnier. 2018 mai. [Internet]. Medscape. [cited 2018 Jun 13]. Available from: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3604154>

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.