



HAL
open science

Devenir des patients en fonction du mode de recours dans les urgences de Gironde

Louis Casanova

► **To cite this version:**

Louis Casanova. Devenir des patients en fonction du mode de recours dans les urgences de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01954677

HAL Id: dumas-01954677

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01954677>

Submitted on 13 Dec 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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
COLLÈGE DES SCIENCES ET DE LA SANTÉ

Année 2018

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2018

Par Louis CASANOVA

Né le 02 Juin 1990 à MOULINS

DEVENIR DES PATIENTS EN FONCTION DU MODE DE RECOURS
DANS LES URGENCES DE GIRONDE.

Directrice de thèse :

Docteur Olivia BOUDARD

Membres du jury :

- **Professeur SALAMON Roger (président du jury)**
- **Professeur REVEL Philippe (membre du jury)**
- **Professeur GALINSKI Michel (Rapporteur de thèse)**
- **Docteur GIL-JARDINE Cédric (membre du jury)**
- **Docteur BOUDARD Olivia (Directrice de thèse)**

SOMMAIRE :

Remerciements.....	4
Abréviations.....	6
I) INTRODUCTION.....	8
II) CONTEXTE.....	10
1) La régulation médicale.....	10
2) Organisation des réseaux de secours en France et leur évolution.....	10
3) Organisation des transports sanitaires dans l'aide médicale urgente.....	12
3-1) Missions des ambulanciers privés.....	12
3-2) Missions du SDIS.....	13
3-3) Missions du SAMU.....	14
3-4) Situations de carences : définition et réglementation.....	14
4) Consultations spontanées.....	15
5) Synthèse.....	16
6) Situation du département.....	17
6-1) Géographie.....	17
6-2) Démographie.....	18
6-3) Démographie médicale.....	19
6-4) Structures d'urgences.....	19
6-4-1) Généralités.....	19
6-4-2) Les urgences de Gironde.....	20
III) QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	23
1) Question de recherche.....	23
2) Objectifs.....	23
IV) MATERIEL ET METHODES.....	24
1) Type d'étude.....	24

2) Population.....	24
3) Aspects Éthiques et Réglementaires.....	24
4) Matériels de l'étude.....	25
5) Protocole de l'étude	27
6) Analyse des données	27
V) RESULTATS.....	28
1) Effectifs.....	28
2) Caractéristiques de la population.....	28
3) Devenir des patients.....	30
4) Facteurs associés à la consultation aux urgences.....	31
5) Comorbidités.....	33
6) Parcours de soin du patient aux urgences.....	35
7) Analyse multivariée.....	36
VI) DISCUSSION.....	37
VII) CONCLUSION.....	44
Bibliographie.....	45
Annexe.....	48
Serment d'Hippocrate.....	50
Résumé.....	51

REMERCIEMENTS :

Merci au **Professeur Roger SALAMON**, Professeur de Santé publique et directeur honoraire de l'ISPED, de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Veuillez voir dans ces remerciements l'expression de mon plus grand respect.

Merci également au **Docteur Philippe REVEL**, Maître de conférence des universités et praticien hospitalier. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Je remercie très sincèrement le **Docteur Michel GALINSKI**, Maître de conférences des universités et praticien hospitalier, d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse. Merci pour vos précieux conseils et pour votre soutien tout au long de ma rédaction.

Merci au **Docteur Cédric GIL-JARDINE**, Praticien hospitalier et médecin urgentiste, pour son aide précieuse tout au long de ce travail de thèse ainsi que ses conseils précieux sur les statistiques.

Je tiens à remercier particulièrement ma directrice de thèse le **Docteur Olivia BOUDARD**, Praticien hospitalier contractuel et médecin urgentiste qui m'a encadré tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager ses brillantes intuitions. Qu'elle soit aussi remerciée pour sa gentillesse, sa disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements qu'elle m'a donné.

Merci tout d'abord à mes parents. Merci à mon père de m'avoir donné la vocation de devenir médecin car sans lui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci à ma mère d'avoir été là pour m'écouter depuis toujours. Merci à vous deux pour votre amour et votre soutien infaillible dès le premier jour.

Merci à mes soeurs Marie et Jeanne. Merci d'avoir été toujours aussi bienveillantes à mon égard, de leur gentillesse infinie et d'avoir été une raison pour laquelle j'ai fais de l'Aquitaine ma région adoptive. Merci à mes beaux frères Aurélien et Bruno, une pensée pour mon neveu Clément et à mes nièces Camille et Margaux ainsi qu'à mon parrain et ma marraine.

Merci à Sophie pour m'avoir soutenu, supporté et aimé mêmes dans les périodes où tu n'avais pas le temps. Et de m'avoir encouragé, fait persévérer, fait rire et aimé même dans les périodes les plus difficiles.

Merci à mes grands parents paternels pour leur soutien et leur bienveillance à mon égard. Merci à mes grands parents maternels qui ne sont plus là mais qui j'espère de là où ils sont seront fiers de moi.

Merci à ma famille qu'elle soit proche ou lointaine, corse ou continentale. Merci aux Fanchini pour leur accueil toujours chaleureux et également à Théo mon ami d'enfance.

Merci à tous mes amis clermontois (FT, Mathilde, Romain, Juanita, Laura, Mathias, Julien, Sadek, Adrien, Charline, Jérém, Inès, Lola, Antoine, Paul). Merci à ceux qui ont pris la peine de venir à ma soutenance et vont me faire l'honneur de leur présence. Merci aussi à ceux qui auraient aimé être là mais qui ne peuvent pas venir ou sont à l'autre bout du monde. Merci de m'avoir fait passer de si bons moments pendant mon externat et au plaisir indicible que j'ai à vous retrouver à chaque fois que je rentre en auvergne ou pendant nos vacances.

Merci aux nombreux amis que j'ai pu rencontrer à mon premier semestre à Périgueux qui m'ont fait progresser personnellement et professionnellement. Merci pour avoir fait autant de conneries et pour m'avoir fait autant rire pendant ces 6 mois. Merci particulièrement à Claire, Sarah, Ugo, Grallu, Davong, France, Maximilio, Eugénie, Léa, Chloés, Agathe, Margaux.

Merci aux amis de mon deuxième semestre à Périgueux pour leur bonne humeur et leur conneries et cela même si j'aurais aimé être un peu plus présent au départ. Merci à tous mes co-internes d'urgences, de gériatrie, de pédiatrie qu'ils soient périgourdins, palois ou bordelais.

Un remerciement particulier à toute l'équipe médicale et paramédicale de la réanimation de Bayonne pour leur aide, leur professionnalisme, leurs connaissances et leur humour qui a fait de ce semestre le semestre le plus formateur de mon internat et le plus agréable dans lequel j'ai pu travailler. Merci à mes co-internes bayonnais, à Alexis pour nos soirées confuses pour son soutien et son amitié, à Anne Iris la cardiologue la plus sympa, à Marine et Juliette pour leur bonne humeur et pour m'avoir formé à l'anesthésie. Merci à Alexandre pour ses cheveux noirs mais surtout pour m'avoir aidé techniquement et médicalement lors de mes débuts en réanimation.

Merci à tous les médecins que j'ai pu rencontrer pendant mon internat, merci infiniment à ceux qui m'ont aidé ou remis sur le bon chemin et à qui j'ai envie de ressembler lors de ma pratique future.

ABRÉVIATIONS:

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AI : Allocation d'Insertion

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

API : Allocation Parent Isolé

ASS : Allocation Solidarité Spécifique

ASV : Allocation Spéciale de Vieillesse

AV : Allocation Veuvage

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CL : Clinique

CMC : Centre Médico Chirurgical

CMG : Centre de Méthodologie et de Gestion

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRRA : Centres de Réception et de Régulation des Appels

CPP : Comité de Protection des Personnes

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

DOM-TOM : Département d'Outre mer - Territoire d'Outre Mer

EMA : European Medicines Agency

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées.

ICMJE : International Committee of Journal Medical Editors.

IOA Infirmier Organisateur de l'Accueil.

MV : Minimum Vieillesse.

PDS : Permanence des soins.

PLC : Polyclinique

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Département d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

I-INTRODUCTION:

La mission des services d'accueil des urgences français régie par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995, est d'accueillir et de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 toute personne se présentant en situation d'urgence (1).

En 2011, les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions de patients. Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), publics dans 76 % des cas, privés à but non lucratif (6%), et privés à but lucratif pour 18 % des cas des cas ; 85 % d'entre elles sont générales et 15% exclusivement pédiatriques (2).

En 2012, 10,6 millions de personnes, soit près d'un sixième de la population, ont été pris en charge, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgence hospitaliers. Ceux-ci ont enregistré ainsi plus de 18 millions de passages, soit 30 % d'augmentation en dix ans. Dans les données de la littérature on retrouve deux causes avancées à l'augmentation de l'afflux aux urgences : la modification du comportement des usagers avec l'augmentation des recours spontanés aux urgences et l'évolution de l'organisation des soins de ville (4-5).

Une étude a permis de différencier des situations types (2) :

- Des patients qui sont transportés aux urgences suite à un évènement aigu (accident ou malaise) sans examen préalable par un médecin.
- Des patients victimes d'un accident corporel dont ils jugent les conséquences comme pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale sans délai, se rendant donc, sans prendre un avis médical, directement aux urgences pour recevoir des soins.
- Des patients ayant consulté un médecin (y compris via un appel au SAMU) plus fréquemment pour un symptôme que pour les suites d'une blessure, qui se voient recommander la poursuite de la prise en charge aux urgences.
- Des patients consultant directement aux urgences pour des symptômes, notamment une gêne, récents et ressentis comme sévères, ou encore dans les suites d'une agression.

Selon la DRESS en 2002 (3), 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone. Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80 % des patients dans toutes les tranches d'âge inférieures à 50 ans, puis diminue fortement avec l'âge : au-delà de 80 ans, plus des deux tiers des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable. La grande majorité des personnes (près des trois quarts) arrive par ses propres moyens, 14 % sont conduites en ambulance, la même proportion est amenée par les pompiers, le SMUR et Police secours prenant en charge un peu moins de 3 % d'entre elles (3).

Globalement, 19 % des passages aux urgences ont donné lieu à un transfert dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence. Par ailleurs, 3 % des patients ont été pris en charge dans la zone de surveillance de très courte durée au sein même des services d'urgence.

Penchons nous sur les différences qu'il peut exister entre les patients venant en présentation spontanée aux urgences et ceux qui arrivent via un transport.

Qu'en est t'il aujourd'hui de ces deux populations sur le département de la Gironde ? Les proportions sont elles les mêmes que sur les études précédentes ?

Quel est le devenir des patients se présentant spontanément aux urgences et ceux venant par transport ? Existe t'il des différences de motifs d'admissions et de prise en charge entre les personnes venant en consultation spontanée et ceux arrivant via un transport ?

II) Contexte

1) La régulation médicale

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin d'un centre d'appels dédié aux urgences. Le médecin régulateur détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à l'état du patient, puis, si nécessaire, oriente le patient directement vers une unité d'hospitalisation appropriée. La pratique de la régulation médicale nécessite un environnement adapté au sein d'une structure dédiée, le CRRA, SAMU–Centre 15, implantée au cœur du pôle urgence d'un hôpital. Cette régulation occupe, en France, une place croissante dans la gestion des urgences préhospitalières. Chaque année, dix millions de cas sont pris en charge dans les SAMU. La réponse donnée est un simple conseil, l'envoi du médecin généraliste de permanence, l'envoi d'une ambulance privée ou de sapeurs pompiers ou l'intervention de l'antenne de réanimation du SMUR. La régulation médicale aide ainsi le patient à accéder rapidement au juste soin. Elle optimise, au quotidien, l'emploi des ressources hospitalières et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins sur un territoire de santé. Elle est aussi un facteur d'égalité et de cohésion sociale (6).

2) Organisation des réseaux de secours en France et leur évolution

Dans l'ouvrage «Le panorama des établissements de santé» (2), évoquer les urgences médicales renvoie tout d'abord à la solidarité et à la tradition d'accueil permanent, ainsi qu'à l'intervention médicale rapide en cas d'accident corporel ou de maladie aiguë, inopinée. En France, l'État garantit cette aide via l'organisation de la permanence d'accès aux soins. Cependant aujourd'hui, l'augmentation de l'affluence de patients entraîne un encombrement des services d'urgences et, de fait, un allongement des délais de prise en charge. Bernard Valade apparente aujourd'hui l'urgence médicale à un « phénomène de société» (7).

Le fait de consulter aux urgences, est d'après lui, une «démarche qui s'est largement répandue, provoquant la banalisation d'un recours, et son glissement de la rapidité vers une attente librement consentie» (7).

En France, les premières équipes mobiles de réanimation ont été créées en 1955 (8). Ces équipes avaient initialement pour mission de porter secours aux accidentés de la route et d'assurer le transfert hospitalier de malades atteints de paralysie respiratoire. L'intérêt de ces secours médicalisés est rapidement mis en évidence.

Ainsi, en 1965, un décret interministériel officialise les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Puis trois ans plus tard, les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont créés afin de coordonner les SMUR (8).

Parallèlement, en 1966, va naître l'association SOS Médecins. L'objectif est alors d'organiser la réponse des généralistes libéraux à l'urgence de ville, en assurant la continuité des soins 24 heures sur 24 et 365 jours par an. L'activité de ces médecins libéraux va concerner aussi bien

l'aide médicale urgente hors urgences vitales, que les actes de médecine générale courante nécessités par la permanence de soins (9).

Notons qu'il faut attendre 1970 pour que la loi portant réforme hospitalière soit promulguée, instaurant la carte sanitaire et créant le service public hospitalier (10). Il y est stipulé ces établissements « doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ».

Enfin, en 1979 sont créés les Centres de réception et de régulation des appels (CRRA), dits aussi Centres 15 (11). Ces structures sont chargées de recevoir l'ensemble des appels médicaux urgents par l'intermédiaire d'un numéro de téléphone national gratuit. Elles permettent une écoute et des conseils immédiats par un médecin, et la coopération entre les structures hospitalières et extrahospitalières. L'époque où le médecin de famille était sollicité quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit pour gérer accidents de la voie publique, noyades, accouchements ou tout autre problème aigu grave, s'éloigne peu à peu de la pratique courante.

En effet, lorsque l'on s'intéresse à l'évolution de la permanence des soins ambulatoires, elle a d'abord été assurée par un tour de garde des médecins libéraux (12). Puis on assiste en 2002, à une refonte du système qui est dorénavant fondé sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte (13).

Par ailleurs, SOS Médecins France est à ce jour le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France. Leurs Centres d'appel sont tous informatisés et en lien avec le SAMU-Centre 15 (9). Aujourd'hui, les services d'urgence sont, en quelque sorte, « victimes de leur succès ».

En effet, des études à caractère national (2,14) ont montré que la majorité des patients consultent de leur propre chef. Malheureusement, leur passage aux urgences n'est pas toujours justifié et l'on sait que les patients consultant spontanément aux urgences sont moins souvent hospitalisés que lorsqu'ils sont adressés par un médecin (2, 15, 16).

3) Organisation des transports sanitaires dans l'aide médicale urgente.

La circulaire n° 151 du 29 Mars 2004, relative aux rôles des SAMU, SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente (17) , modifiée par la circulaire n° 54 du 24 octobre 2009, est venue compléter la Circulaire du 18 septembre 1992, relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans la gestion quotidienne des secours (18) . Elle précise le domaine de compétence de chaque structure ainsi que leurs inter-relations.

3-1) Mission des ambulanciers privés.

Selon l'Article L.6312 - 1 du code de Santé Publique, les transporteurs sanitaires assurent (19) : . *“ Tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes spécialement prévus à cet effet. ”*

Dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans les délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et le transport des patients vers les établissements de santé, en conformité avec la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient. . Le Décret n° 2003 - 674 du 23 Juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le Décret n° 87 - 965 du 30 Novembre 1987 (20) relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres stipule : *“Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêtés du ministère chargé de la Santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble du territoire départemental.”*

Ainsi la garde ambulancière est une obligation légale. Toutes les entreprises se doivent d'y participer, cependant, la fréquence de cette participation est liée à leurs moyens, ceux-ci étant appréciés selon la taille de l'entreprise, le nombre de salariés dits « roulants », équivalents temps-plein et le nombre de véhicules catégorie A ou C.

Pendant la garde, l'entreprise de garde s'engage à réserver un ou plusieurs véhicules sanitaires ainsi que leurs équipages aux demandes de transports urgents des SAMU-centre 15. Elle se doit également de tenir informé le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU de leur départ en mission et de l'achèvement de celle - ci, ainsi que de présenter un bilan avant départ du lieu d'intervention.

Durant les périodes de garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont impérativement adressées via le SAMU-Centre 15. Cette centralisation a pour but de hiérarchiser la priorité de la prise en charge par le médecin régulateur, en fonction de l'état de santé du patient. Il incombe au médecin régulateur de fixer le délai de départ des moyens ambulanciers à l'entreprise. Les périodes de garde s'effectuent les samedis, dimanches et jours fériés de 8h à 8h le lendemain matin (21) et les autres jours de la semaine de 20h à 8h le lendemain matin. Il est fixé par accord que le CHU met à disposition des ambulanciers privés

des locaux afin de permettre aux équipages de garde d'être constamment prêts à intervenir et donc de garantir au SAMU une intervention immédiate (22).

3-2) Missions du SDIS

En conformité à l'Article n°2 de la Loi n° 96 - 369 du 3 Mai 1996 (23), les victimes d'accidents ou de sinistres et leurs évacuations relèvent des services d'incendie et de secours lorsque leur état nécessite un recours d'urgence ou l'intervention d'un secours en équipe tel qu'un sauvetage ou une soustraction à un danger ou un risque. Les missions du SDIS sont ainsi définies par l'Article L. 1424 - 2 du Code Général des Collectivités Territoriales : . « *Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.* » (24)

Les missions dévolues aux services d'incendie et de secours consistent donc à délivrer des secours d'urgence dès lors que l'atteinte à l'individu est caractérisée par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et/ou soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieur. Le Prompt secours, défini dans la circulaire du 18 Septembre 1992, relative aux rôles des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'Aide Médicale Urgente, tel que : « *une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme, est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil* »

L'article R. 1424 - 4 4 du Code Général des Collectivités Territoriales, modifié par la loi du 3 Mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours met en place les Centres de Traitement de l'Alerte dont les missions sont la réception, le traitement et éventuellement la réorientation des demandes de secours, pour cela , il existe une interconnexion entre les deux centres de réception - CRAA et CTA - . Cette interconnexion doit permettre : « *dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appel s téléphoniques des SIS - dotés du numéro d'appel 18 - , ainsi qu'avec ceux des services de police et de gendarmerie* » . . Le choix du ou des centres à alerter et des engins à engager relève de la compétence du CTA.

Le lieu d'intervention, même s'il n'est pas l'élément principal dans l'attribution des missions, reste déterminant dans le cadre des interventions sur la voie publique ou les lieux publics, présentant dans leur nature un risque d'aggravation. La rapidité requise en ces circonstances peut justifier un envoi immédiat de moyens secouristes des services d'incendie et de secours.

Le SDIS dispose également d'un Service de Santé et de Secours Médical (SSSM), conformément à l'Article R1424 - 24 du Code Général des Collectivités Territoriales. Celui - ci participe aux missions de secours d'urgence et à l'Aide médicale Urgente. Dans ce cadre, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter des moyens du SSSM.

3-3) Missions du SAMU

En conformité avec le Décret n°87 - 1005 du 16 Décembre 1987, définissant les missions du SAMU, celui-ci doit mettre en place une écoute médicale permanente. A ce titre, existe le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). Les SAMU assurent la régulation médicale des situations d'urgence, et pour atteindre cet objectif doivent :

- Déterminer et déclencher la réponse la mieux appropriée à la nature des appels
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, public ou privé adaptés à l'état du patient .
- Organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement, public ou privé, en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire.
- Veiller à l'admission du patient.

Pour cela, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des ressources et moyens disponibles dans le cadre de l'aide médicale urgente, tels que : le recours aux transporteurs sanitaires privés, aux moyens des sapeurs-pompiers, aux infirmiers de sapeurs-pompiers volontaires, aux professionnels dans le cadre des secours et des soins d'urgence, aux médecins correspondants du SAMU, aux médecins du SSSM, aux Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). La participation des moyens privés est déterminée par convention.

Le service mobile d'urgence et de réanimation assure en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert une prise en charge médicale urgente. Cette unité basée à l'hôpital intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients.

3-4) Situations de carences : définition et réglementation

Le terme de carence comprend les situations où la régulation médicale est dans l'impossibilité absolue de trouver un médecin dans le cadre de la permanence des soins (PDS), le patient peut alors être transféré par un transporteur privé vers une structure d'urgence d'un établissement de santé proche de son domicile. Il comprend également les cas où par indisponibilité de transporteurs privés, les moyens du SDIS sont engagés. Ainsi, en dehors des évacuations et des transports effectués conjointement avec les SMUR, les transports sanitaires ne font pas partie des missions des sapeurs-pompiers. Ces derniers n'interviennent, pour réaliser des transports sanitaires non médicalisés, qu'en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés et à la demande du SAMU. Ce terme est également utilisé pour parler des missions non dévolues aux sapeurs-pompiers mais réalisées par ceux-ci ; comprenant les missions de renfort, les transports secondaires et les interventions pour motifs psychiatriques. Les carences ne peuvent pas être envisagées lors d'interventions sur la voie publique ou en cas de prompt secours.

L'indisponibilité des ambulances privées est avérée quand les ambulanciers ne peuvent répondre à la demande de transport sanitaire faite par le 15, par manque de moyens matériels

ou humains mobilisables dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient. Cette indisponibilité doit être constatée par le médecin régulateur du CRRRA. Les moyens du SDIS sollicités à ce moment doivent être rémunérés, selon les modalités précisées ci-après.

L'article 124 de la Loi 2002 - 276 du 27 février 2002 complète l'article L. 1424 - 42 du Code Général des Collectivités Territoriales et stipule (25) :

« Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours à la demande de la régulation du centre 15, lorsque celle - ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L. 1424 - 2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, siège des Services d'Aide Médicale Urgente. »

Les conditions de cette prise en charge sont fixées par convention entre le SDIS et l'hôpital, siège du SAMU, selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale.

4) Consultations spontanées.

La définition de consultation spontanée retenue ici est celle utilisée également par le ministère de l'emploi et de la solidarité dans son rapport DREES, c'est-à-dire **le fait de se présenter directement aux urgences par ses propres moyens.**

Cela correspond à une part majeure des patients des urgences (3), 70% des usagers des services d'urgence en France métropolitaine en 2002. Ce mode d'arrivée directe concernerait 80% des patients d'âges inférieurs à 50 ans puis diminuerait avec l'âge (au delà de 80 ans, plus de 2/3 des patients bénéficieraient d'une orientation médicale préalable).

L'absence de définition consensuelle de ce qui constitue une «urgence», le manque d'outils de triage fiables pour la reconnaître et de consensus sur le rôle exact des services d'urgences, expliquent la difficulté à identifier le patient «non-urgent». Cela conduit actuellement à l'incapacité de légitimer la réorientation des patients vers des structures de soins alternatives, d'autant que la loi interdit ces réorientations de manières implicites (26).

Par ailleurs, les données de la littérature mettent en avant la grande confiance des patients dans les structures d'urgence. En effet, nombre d'entre eux disent se présenter spontanément aux urgences car ils considèrent qu'il s'agit d'une structure où l'on se fait soigner rapidement (24 heures/24) par un personnel compétent utilisant un matériel moderne et très performant.

5) Synthèse

En France, le patient n'a aucune obligation ou contrainte en matière d'accès au réseau de prise en charge des urgences. La notion de libre accès aux soins fait qu'il peut appeler qui bon lui semble au moment où il le veut.

Globalement, le patient (ou son entourage) a le choix entre :

- N'appeler personne et consulter ultérieurement.
- Appeler le SAMU-Centre 15.
- Appeler les pompiers.
- Appeler une ambulance.
- Appeler un autre service de recueil des appels : police, numéro européen 112, sociétés de télésurveillance (surtout pour les personnes âgées).
- Appeler un médecin libéral : son médecin traitant, le médecin de garde, une association d'urgentistes (type SOS médecins) ou un autre médecin de son choix.
- Se rendre directement au service des urgences de l'hôpital ou de la clinique de son choix (ou tout autre service concerné : pédiatrie, ophtalmologie, ORL...).

Même après sa prise en charge par les services mobiles d'urgence (pompiers, SMUR, ambulance...), le patient garde un certain choix de sa destination finale (hôpital ou clinique locaux), dans la mesure des places disponibles.

6-2) Démographie.

Au 1er janvier 2015, la Gironde compte 1 548 478 habitants, soit un quart de la population de l'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ou Nouvelle Aquitaine. Avec 154 habitants au km², elle a la densité la plus élevée de la Nouvelle Aquitaine, soit largement deux fois plus que la densité régionale (figure 2).

Entre 2008 et 2015, la population girondine s'est accrue de 1,2 % par an en moyenne, contre 0,6 % en ALPC. C'est le département de la région où le solde naturel contribue le plus à cette progression (+ 0,3 %). Le flux migratoire reste cependant le vecteur essentiel de l'essor démographique (27).

Elle compte 542 communes réparties sur 10725 km².

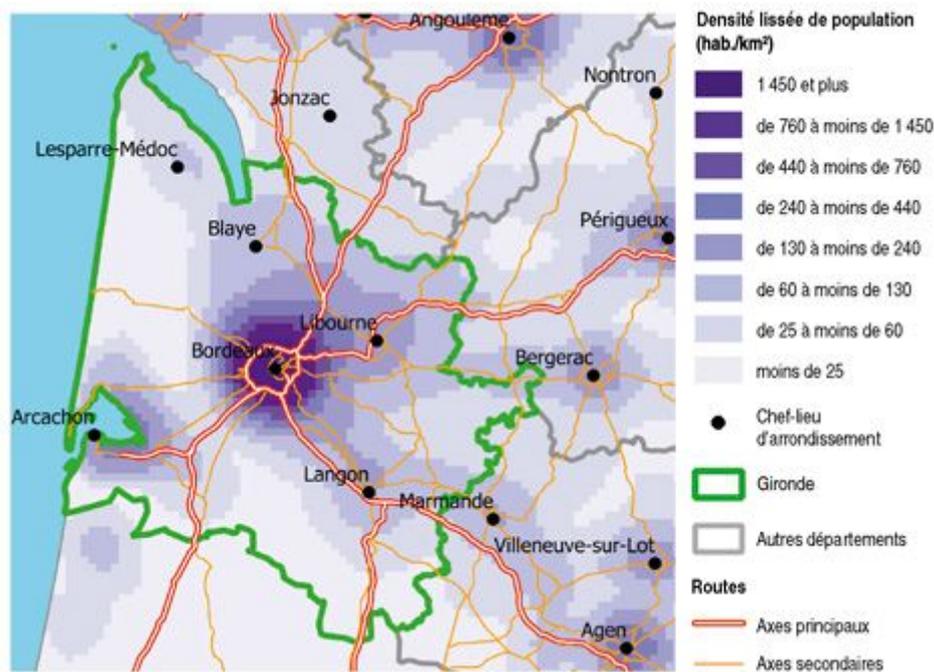


Figure 2 : Une densité très élevée dans l'agglomération bordelaise – Carte lissée de densité de population de la Gironde en 2012 (27).

6-3) Démographie médicale

Les douze départements de la région Nouvelle Aquitaine recensent 5 939 377 habitants. La densité médicale globale en 2016 recense 427 médecins pour 100.000 habitants, soit une augmentation de 6,6% par rapport à l'année 2007.

Avec une densité moyenne de 292,2 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants et de 142,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016, la région Aquitaine se situe dans la tranche de densité supérieure à la moyenne (28).

Dans le département de la Gironde, nous comptons 2321 médecins généralistes en 2016. L'âge moyen est de 52 ans. Les médecins généralistes sont installés dans tous les cantons de la Gironde, pour une grande majorité dans le centre du département (près de 56 % des généralistes exercent dans la Communauté Urbaine de Bordeaux) (16).

La densité des généralistes dans le département de la Gironde est de 182 praticiens pour 100 000 habitants d'après l'étude DREES de 2014. Notre département arrive donc deuxième d'Aquitaine, juste derrière les Pyrénées atlantiques (184 médecins généralistes pour 100000 habitants) mais bien devant le Lot et Garonne (135/100000) ou d'autres départements sous-dotés en médecins généralistes comme l'Ain ou l'Eure avec 108 et 105 médecins respectivement pour 100000 habitants. (17)

6-4) Structures d'urgences

6-4-1) Généralités

En France, il existe 738 structures d'urgences en métropole et aux DOM-TOM.

La prise en charge des urgences médicales repose très largement sur les hôpitaux publics et sur les établissements privés participant au service public hospitalier.

En 2003 a été mis en place «Le Plan Urgences 2003-2008», prenant en compte des mesures globales pour l'ensemble de la filière des urgences. Ce plan a misé, entre autres, sur la permanence des soins pour désengorger les structures d'urgences.

Il existe au moins une structure d'accueil autorisée par département, certains départements disposent de plusieurs structures, pour permettre dans le cadre du plan «territoire-santé» de décembre 2012, de réduire les inégalités territoriales de santé et permettre ainsi un accès aux soins d'urgences en moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population (29).

6-4-2) Les urgences de Gironde

Sur l'année 2017, il y a eu 1.684.098 passages validés dans les urgences de la Nouvelle-Aquitaine et il y a eu 408.941 passages validés dans les urgences de la Gironde soit une moyenne quotidienne de 1.120 passages (pédiatriques et adultes confondus). L'évolution de la fréquentation est plutôt à la hausse avec une augmentation de +2,4% par rapport à l'année d'avant (30).

Le taux d'hospitalisation des patients admis aux urgences était de 26% sur le département de la Gironde en 2017.

Il existe 14 sites en Gironde bénéficiant de services d'urgence : CHU Bordeaux Pellegrin, CHU Bordeaux Saint-André, CHU Bordeaux Haut Lévêque (urgences cardiologiques), Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, Polyclinique Bordeaux Rive Droite, HIA Robert Picqué, Clinique mutualiste Pessac, CH Libourne, CH Arcachon, CH Sud Gironde Langon, CH Sud Gironde La Réole, CH Blaye Haute Gironde, CL mutualiste Lesparre Medoc, CMC Ares Wallerstein.

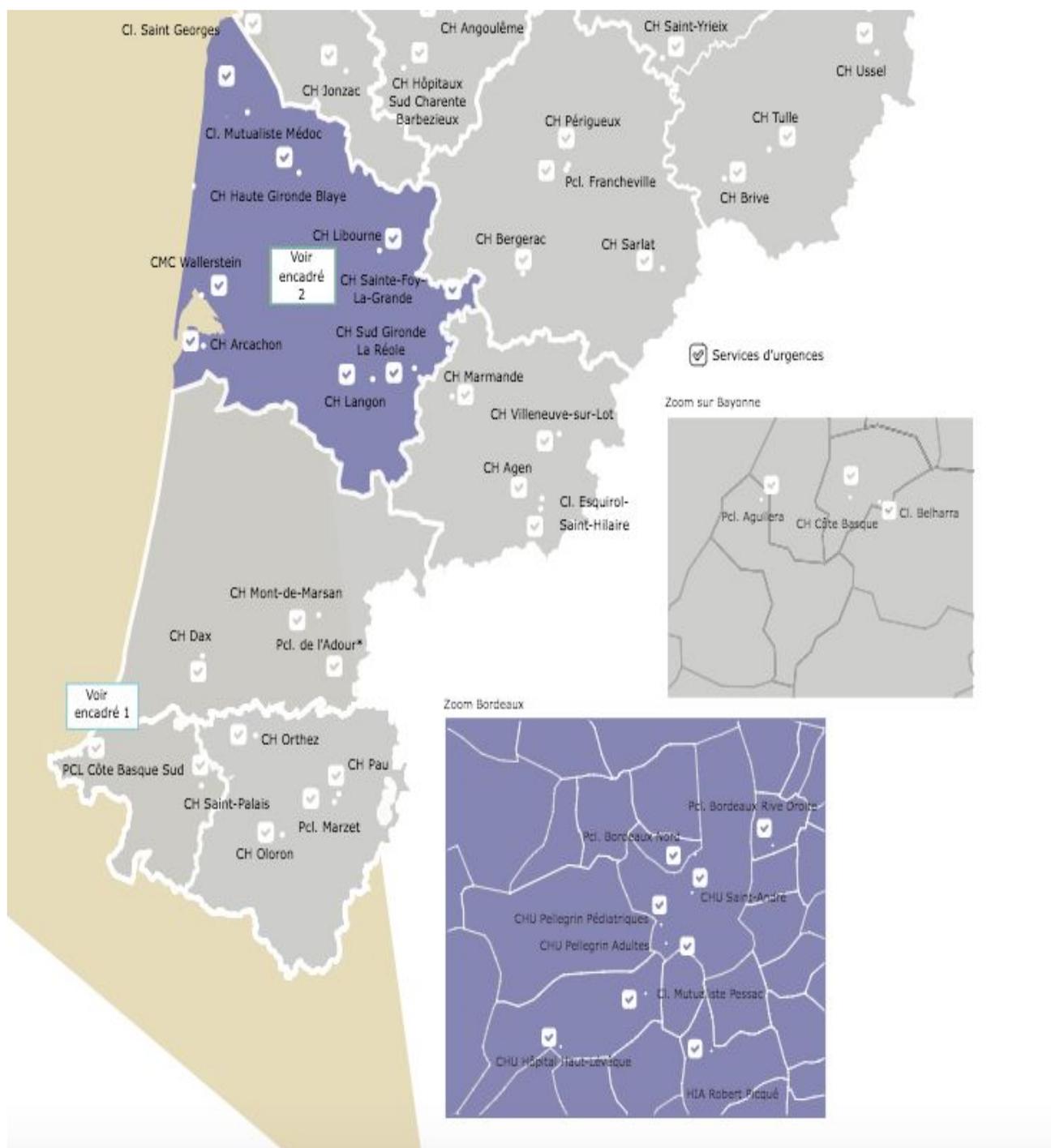


Figure 3 : Répartition géographique des services d'urgences de la Gironde (30).

Parmi les sites qui ont été étudiés (9 sur 14), voici les chiffres de passage pour chaque centre de l'année 2017 :

- Le CHU Bordeaux Pellegrin Adultes est le centre qui compte le plus de passages avec une moyenne de 155 passages validés par jour.
- Le CHU Bordeaux Saint André compte une moyenne de 58 passages par jour.
- La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine compte en moyenne 85 passages par jour.
- L'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué compte en moyenne 75 passages par jour.
- La Clinique Mutualiste Pessac compte en moyenne 62 passages par jour.
- Le CH de Libourne hôpital Robert Boulin compte en moyenne 125 passages par jour.
- Le CH d'Arcachon compte en moyenne 90 passages par jour.
- Le CH Sud Gironde Langon compte en moyenne 60 passages par jour.
- Le CH Blaye Haute Gironde compte en moyenne 49 passages par jour.

Les chiffres de l'année 2017 pour les sites non étudiés (5 sur 14) :

- La polyclinique Bordeaux Rive Droite compte en moyenne 79 passages par jour.
- Le CH Sud Gironde La Réole compte en moyenne 15 passages par jour.
- Le Centre Médico Chirurgical Wallerstein compte en moyenne 54 passages par jour.
- Le CHU Haut Levêque compte en moyenne 15 passages par jour.
- La clinique mutualiste Lesparre Medoc compte en moyenne 51 passages par jour.

III-QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS:

1) Question de recherche.

La question de recherche posée par notre étude était **le devenir des patients en fonction de leur mode de recours aux urgences.**

En effet, certaines études épidémiologiques ont déjà étudié la prévalence des différents modes de recours aux urgences. Les patients se présentant spontanément sont la majorité des usagers des urgences (3,31).

Les autres patients se présentant via les transports sanitaires (pompiers, ambulances privées, SMUR) sont minoritaires et leurs proportion varie en fonction de l'âge des patients (3).

Dans notre étude sur la gironde, nous avons souhaité étudier sur cette cohorte multicentrique si le mode de recours avait un impact sur le taux d'hospitalisation en premier lieu, sur le parcours de soin du patient aux urgences et sur tous les facteurs entourant la consultation aux urgences (existence d'un contact médical préalable, les motivations des patients).

En effet, nous allons essayer d'aborder un certain nombre de questions sur les motivations poussant les patients à venir aux urgences en prenant en compte de multiples facteurs éventuellement associés. En dehors des pathologies motivant la consultation, il est clair que cela ne suffit pas en soi à expliquer leur venue aux urgences sachant que certaines d'entre elles pourraient être prise en charge en ville.

Cette question est donc importante à étudier dans le sens où elle pourrait apporter des éléments permettant de mieux appréhender les flux croissants de patients aux urgences en organisant de façon plus adapté l'amont.

2) Objectifs.

L'objectif principal de l'étude était de comparer le taux d'hospitalisation parmi les patients venant par leurs propres moyens par rapport aux patients venant aux urgences via un transport.

Les objectifs secondaires étaient :

- Les facteurs associés à la consultation aux urgences.
- Comparer les différents types de contact médical préalable.
- Comparer leurs parcours de soin au sein des urgences et leurs diagnostics finaux.
- Comparer la fréquentation des urgences en semaine et en week end et en fonction du jour ou de la nuit.

IV-MATERIEL ET METHODES :

1) Type d'étude.

Il s'agit d'une étude épidémiologique de cohorte prospective observationnelle multicentrique nommée MEDIACTER et réalisée dans les services d'urgences du : CHU Bordeaux Pellegrin adultes, CHU Bordeaux Saint André, la polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué, la Clinique mutualiste Pessac, le CH Libourne, le CH d'Arcachon, le CH Sud Gironde Langon, le CH Blaye Haute Gironde du lundi 25 juin 2018 à 8h jusqu'au mardi 26 juin à 8h et du samedi 30 juin 2018 à 8h jusqu'au dimanche 1er juillet à 8h simultanément sur tous les sites étudiés.

2) Population.

La population cible de notre étude était constituée par l'ensemble des usagers des urgences. La population étudiée correspondait aux patients admis aux urgences durant la période de l'étude et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion de la population de l'étude étaient :

- Les patients se présentant aux urgences adultes de tous les centres étudiés.
- Hommes et femmes.
- Patient de plus 15 ans et 3 mois.
- Toute pathologie.

Les critères de non inclusion étaient :

- Les patients de moins de 15 ans et 3 mois.
- Le refus de participer du patient.
- Patients en incapacité de répondre au questionnaire (par exemple inconscient, confus, psychiatrique délirant, agité).

Les critères d'exclusion étaient :

- Identité des patients non connue.
- Questionnaire incomplet.
- Une intoxication alcoolique ou aux stupéfiants aiguë.
- Une pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiat.

3) Aspects Éthiques et Réglementaires :

Le promoteur et l'investigateur se sont engagés à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la déclaration d'Helsinki.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche ont fait l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) et a fait l'objet d'une information à l'ANSM.

4) Matériel de l'étude.

Le questionnaire a été élaboré par Pierre Escande, interne ayant participé à la réalisation de l'étude, avec l'aide du Dr GIL-JARDINE et de moi-même. Il a été fait à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisés notamment, au niveau national, l'étude de la DREES de 2003 (3) puis modifié pour pouvoir répondre à toutes les questions de recherche des internes travaillant sur ce projet et afin d'avoir une vision globale du patient : ses antécédents, ses motivations à venir consulter, du parcours de soin du patient aux sein des urgences ainsi que de son devenir.

Il comprend des données standards telles que l'âge du patient, son code postal, le site du recueil, la date et l'heure d'arrivée du patient.

Il comporte les données nécessaires au calcul d'un score de précarité sociale avec les données suivantes : Bénéficiaire de la CMU, CMUc ou AME, bénéficiaire d'une mutuelle santé ou d'une assurance maladie complémentaire, bénéficiaire d'une allocation sociale, la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi. Ce score de précarité vient d'une étude réalisée par le CHU de Nantes (32) et permettant à un calcul rapide de l'existence d'une précarité sociale ou non. Le score habituellement utilisé pour calculer un score de précarité est le score EPICES (33) mais il demande beaucoup plus d'informations et donc moins pratique à réaliser dans le cadre de notre étude que le score de Nantes.

Il nous informe sur le mode de venue aux urgences (seul par ses moyens personnels, accompagné, par le SMUR, par une ambulance privée, par les pompiers).

Il précise si il y a eu un contact médical préalable notamment avec le médecin traitant ainsi que des raisons pour lesquelles le patient est venu aux urgences (depuis quand le problème médical a commencé, s'il est déjà venu aux urgences). Il comporte également des données médicales du patient : antécédents, bénéficiaire d'une ALD. Il précise enfin le parcours de soin du patient au sein des urgences de son arrivée avec les constantes vitales, les actes réalisés, jusqu'au diagnostic retenu et son devenir dans la structure de soin ou d'un retour à domicile.

Pour résumer, ce questionnaire était standardisé et reprenait les données suivantes :

- Bénéficiaire de la CMU, CMU complémentaire ou AME
- Bénéficiaire d'une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire
- Bénéficiaire d'une des allocations suivante : le RMI, l'AAH, l'API, l'ASS, l'AI, l'AV, le MV ou l'ASV
- La recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi.
- Bénéficiaire d'une ALD
- Age du patient (adjonction du traitement pris par le patient pour les patients âgés de plus de 75 ans)
- Code postal du patient

- Mode de venue aux urgences
- Recours antérieur(s) aux urgences
- Temporalité du problème de santé actuel (moins de 24 heures, plus de 24 heures, plus d'une semaine, plus d'un mois)
- Un médecin a t'il déjà été consulté pour le problème motivant la consultation aux urgences (médecin traitant, un médecin remplaçant, SOS médecin, médecin spécialiste, médecin de garde, urgentiste, pas de consultation)
- Qualité de la personne ayant conseillé de venir aux urgences (un médecin, le service des urgences, un paramédical un autre professionnel de santé, le SAMU, la police, l'entourage, le 112, les pompiers, l'employeur, ou tout seul)
- Existence ou non d'une tentative de contact du médecin traitant et si oui pourquoi (il a conseillé de venir aux urgences, il ne pouvait vous recevoir, il était injoignable, il était en vacances et non remplacé, c'était un médecin remplaçant que vous ne souhaitiez pas consulté, un autre rendez vous était prévu dans la journée mais vous ne pouviez pas attendre) et si non pourquoi (je n'ai pas de médecin traitant, il vous avait dit de consulter aux urgences la prochaine fois que vous avez ce problème, vous ne pouviez pas vous déplacer chez votre médecin traitant)
- Motivations de la venue aux urgences (pour bénéficier d'un examen complémentaire, pour bénéficier d'une consultation spécialisée, vous pensiez que c'était grave, vous souhaitiez une hospitalisation, vous avez consulté mais ça ne va pas mieux malgré le traitement, vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat, vous aviez besoin que le problème soit réglé, vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent, vous êtes attendu dans un autre service, vous êtes re-convoqué, vous avez été victime d'un accident de travail, vous avez été victime d'un accident de la voie publique, vous avez été victime d'un accident de la vie quotidienne, vous avez été victime d'un accident scolaire ou sportif, vous avez été victime d'une agression, l'hôpital est l'endroit le plus proche de chez vous pour les soins.)
- Antécédents / Comorbidités du patient.
- Constantes vitales (température, fréquence cardiaque, Pression artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène)
- Acte(s) réalisé(s) (biologie, radiographie, autre imagerie, avis spécialisé, pose d'une voie veineuse périphérique, autre)
- Diagnostic
- Devenir du patient (Retour au domicile, UHCD, Hospitalisation, autre)

5) Protocole de l'étude.

L'étude a été réalisée sur deux journées de 24 heures, une en semaine et une en week-end afin de pouvoir analyser tous les types de patients et d'obtenir des résultats les plus proches possible de la réalité.

Tous les patients arrivant aux urgences réalisaient leur admission aux urgences. Les infirmiers Organismes de l'Accueil (IOA), les agents administratifs et les aides soignants qui avaient été au préalable informés de l'étude étaient les premières personnes à établir un contact.

Après l'information délivrée au patient sur l'existence de l'étude, le caractère anonyme des données, les modalités de l'étude et le recueil de leur consentement oral, un questionnaire unique était consacré aux patients et rempli avec eux avec toutes les questions précédemment décrites.

Leur parcours de soin au sein des urgences était ensuite décrit (actes réalisés, diagnostic et devenir). Une fois le patient sorti des urgences et toutes les données remplies, son questionnaire était ensuite mis de côté.

Dans un second temps, tous les investigateurs présents sur les sites participants ont ensuite entré les données relatives aux questionnaires de tous les patients qu'ils ont suivis dans un tableur excel prévu à cet effet pour pouvoir réaliser des analyses statistiques.

A l'hôpital Saint-André du CHU de Bordeaux, site sur lequel j'ai réalisé ma partie du travail, l'organisation était similaire à celle décrite. Je m'étais positionné à l'entrée des urgences à côté de l'IOA, de l'agent administratif et de l'aide soignant qui réalisent le premier contact. Une fois que ses données administratives étaient remplies, le patient passait avec l'IOA et l'aide soignant dans une salle des urgences où les constantes peuvent être prises. Je pouvais ensuite informer le patient des modalités de l'étude, recueillir son consentement et commencer à remplir le questionnaire. Ensuite, il rentrait dans la filière de soin et je récupérais au fur et à mesure les informations nécessaires au questionnaire.

6) Analyse des données.

Les variables quantitatives seront représentées par leur médiane et leurs étendues interquartiles comparées à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Les variables qualitatives seront représentées en effectif et pourcentage puis comparées au moyen d'un test de Khi 2 ou d'un test de Fisher selon les cas.

Secondairement, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique. Toutes les variables significatives à $p < 0,20$ ont été incluses dans le modèle initial. Les variables à inclure dans le modèle final ont été sélectionnées par une méthode pas à pas descendante en conservant toutes les variables significative à $p < 0,05$. A chaque étape, une interaction a été recherchée.

V-RESULTATS :

1) Effectifs

Sur la période du 25 juin 8 heures au 26 juin 8 heures et du 30 juin 8 heures au 1er juillet 8 heures nous avons récolté 1165 questionnaires.

Il y en avait 136 au CH d'Arcachon, 75 au CH de Blaye, 140 à la clinique Bordeaux Nord, 100 au CH de Langon, 186 au CH de Libourne, 98 à la clinique mutualiste de Pessac, 196 aux CHU Pellegrin, 129 à l'HIA Robert Picqué, 105 au CHU Saint André.

2) Caractéristiques de la population

Sur les **1165 patients inclus** dans l'étude, **765** soit 65,6% de l'effectif étaient venus en présentation spontanée aux urgences seul ou accompagné d'un tiers et **400** soit 34,5% de l'effectif étaient venus par transports (265 avec les pompiers, 11 avec le SMUR et 124 avec une ambulance privée). La médiane des patients en consultation spontanée était de 42 ans et celle des patients venant par transport de 65 ans.

Les patients venant en consultation spontanée venaient préférentiellement consulter la journée (65,3% ; $p < 10^{-5}$), de manière indifférente selon que ce soit un jour de semaine ou de week-end (48,7% et 51,3%). Ils ont en général consulté plus d'une fois les urgences au cours de leur vie pour 60,5% d'entre eux ($p < 10^{-5}$) et ils ne bénéficient pas d'une ALD pour 78,3% d'entre eux ($p < 10^{-5}$).

De la même manière, les patients venant par transports venaient préférentiellement consulter la journée (59,5% ; $p < 10^{-5}$), de manière indifférente selon que ce soit un jour de semaine ou de week-end (46,7% et 53,3%). Ils ont en général consulté plus d'une fois les urgences au cours de leur vie pour 64,5% d'entre eux ($p < 10^{-5}$) mais ils bénéficiaient d'une ALD dans 46% des cas ($p < 10^{-5}$).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Variables	Pop Générale n=1165 (%)	Présentation Spontanée n=765 (%)	Transport n=400 (%)	p
Age (années) - med (IQR)	48 (31-69)	42 (28-60)	65 (41,75-82)	<10 ⁻⁵
Site :				
- CH Arcachon	136 (11,7)	75 (9,8)	61 (15,2)	<10 ⁻⁵
- CH Blaye	75 (6,4)	45 (5,9)	30 (7,5)	
- CH Langon	100 (8,6)	67 (8,6)	43 (10,8)	
- CH Libourne	186 (16)	111 (14,5)	33 (8,2)	
- CL Mutualiste	98 (8,4)	69 (9)	75 (18,8)	
- CHU Pellegrin	196 (16,8)	142 (18,6)	29 (7,2)	
- HIA Robert Picqué	129 (11)	103 (13,5)	54 (13,6)	
- CHU Saint André	105 (9)	56 (7,3)	26 (6,5)	
- CL Bordeaux Nord	140 (12)	97 (12,7)	49 (12,3)	
Répartition Cs :				
- Jour (8h-20h)	738 (63,3)	500 (65,3)	165 (59,5)	NS
- Nuit (20h-8h)	427 (36,7)	238 (34,7)	162 (40,5)	
- Semaine	568 (48,7)	381 (49,8)	187 (46,7)	
- Week-end	597 (51,3)	384 (50,2)	213 (53,3)	
Mode de transport :				
- Seul	260 (22,3)	260 (34)	0	<10 ⁻⁵
- Seul accompagné d'un tiers	505 (43,3)	505 (66)	0	
- Pompiers	265 (22,7)	0	265 (66,3)	
- SMUR	11 (1)	0	11 (2,7)	
- Ambulance privée	124 (10,6)	0	124 (31)	
Recours antérieur urg :				NS
- Non	247 (21,2)	172 (22,5)	75 (18,7)	
- Une fois	213 (18,3)	146 (19,1)	67 (16,8)	
- Plus D'une fois	705 (60,5)	447 (58,4)	258 (64,5)	
ALD :				
- Oui	783 (67,2)	599 (78,3)	184 (46)	<10 ⁻⁵
- Non	382 (32,8)	166 (21,7)	216 (54)	

3) Devenir des patients

Cette partie correspond à l'objectif principal de l'étude.

Tableau 2 : Devenir des patients

Devenir	Population Générale n=1165 (%)	Consultation Spontanée n=765 (%)	Transport n=400 (%)	p
Autre	29 (2,5)	18 (2,3)	11 (2,7)	<10 ⁻⁵
Hospitalisation	171 (14,7)	74 (9,7)	97 (24,3)	<10 ⁻⁵
Retour à Domicile	848 (72,8)	630 (82,4)	218 (54,5)	<10 ⁻⁵
UHCD	117 (10)	43 (5,6)	74 (18,5)	<10 ⁻⁵

Parmi la population générale, 72,8% des patients retournaient au domicile, 14,7% étaient hospitalisés, 10% allaient en UHCD, 2,4% étaient transférés ou autre.

Parmi les patients en **présentation spontanée** : 82,4% des patients retournaient à domicile, **9,7% étaient hospitalisés**, 5,6% allaient en UHCD et 2,7% étaient transférés ou autre.

Parmi les patients venant par **transports** : 54,5% des patients retournaient à domicile, **24,3% étaient hospitalisés**, 18,5% allaient en UHCD et 2,7% étaient transférés ou autre.

Il existait une différence significative, p <10⁻⁵.

4) Facteurs associés à la consultation aux urgences

Que ce soit pour les patients en présentation spontanée ou venant par transport, la majorité des patients ont un problème médical qui date de moins de 24 heures (53,3% et 74,7% ; $p < 10^{-5}$). De manière non statistiquement significative, il n'y a pas eu de consultation préalable pour le problème médical avant la consultation aux urgences dans presque deux tiers des cas de façon identique dans les deux sous-groupes. De même, toujours de manière non significative, le médecin traitant n'a pas été contacté pour leur problème médical dans les trois quarts des cas dans les deux sous-groupes.

Le conseiller principal de la venue aux urgences parmi les patients en consultation spontanée était eux-même (45,2% ; $p < 10^{-5}$). A contrario, le conseiller principal des patients venant par transports était le SAMU pour 29% d'entre eux (avec $p < 10^{-5}$) puis les pompiers pour 21,5% d'entre eux (avec $p < 10^{-5}$).

La raison principale invoquée par les patients en consultation spontanée est la volonté que le problème médical soit réglé (47,8% ; $p < 10^{-5}$). Pour ceux venant par transports la motivation principale est de bénéficier d'un examen complémentaire (55,2% ; $p > 0,05$).

Tableau 3 : Facteurs associés à la consultation aux urgences.

Variables	Pop Générale n=1165 (%)	Présentation Spontanée n=765 (%)	Transport n=400 (%)	p
Temporalité du pb médical :				
< 24h	707 (60,7)	408 (53,3)	299 (74,7)	< 10 ⁻⁵
> 24h	297 (25,5)	235 (30,7)	62 (15,6)	
> 1 semaine	109 (9,3)	86 (11,2)	23 (5,7)	
> 1 mois	52 (4,5)	36 (4,8)	16 (4)	
Contact médical préalable :				
- Médecin traitant	284 (24)	189 (24,7)	95 (23,7)	NS
- Médecin remplaçant	31 (3,4)	22 (2,9)	9 (2,3)	
- Médecin de garde	29 (2,4)	20 (2,6)	9 (2,3)	
- SOS médecin	49 (4,1)	30 (3,9)	19 (4,7)	
- Médecin spécialisé	40 (3,4)	28 (3,6)	12 (3)	
- Urgentiste	40 (3,4)	32 (4,2)	8 (2)	
- Pas de consultation	716 (60,4)	466 (60,9)	250 (62,5)	
Conseiller de la Cs urg :				
- Employeur	15 (1,3)	13 (1,7)	2 (0,5)	NS
- Paramédical	47 (4)	25 (3,3)	22 (5,5)	NS
- Seul	384 (33)	346 (45,2)	38 (9,5)	< 10 ⁻⁵
- Pompiers	97 (8,3)	11 (1,4)	86 (21,5)	< 10 ⁻⁵
- SAMU (15)	154 (13,2)	38 (5)	116 (29)	< 10 ⁻⁵
- Autre professionnel de santé	18 (1,5)	15 (2)	3 (0,7)	NS
- Police	14 (1,2)	9 (11,8)	5 (1,2)	NS
- Médecin	266 (22,8)	184 (24)	82 (20,5)	NS
- Service urgences	14 (1,2)	10 (1,3)	4 (1)	NS
- Entourage	164 (14)	117 (15,3)	47 (11,7)	NS
Tentative de contact au MT :				
- Non	858 (73,6)	555 (72,5)	303 (75,7)	NS
- Oui	307 (26,3)	210 (27,5)	97 (24,3)	NS
Motivations : (choix multiples)				
- Examen complémentaire	587 (50,4)	366 (47,8)	221 (55,2)	NS
- Cs spécialisée	188 (16,1)	126 (16,5)	62 (15,5)	NS
- Vous pensez que c'était grave	319 (27,4)	168 (22)	151 (37,8)	<10 ⁻⁵
- Vous voulez une hospitalisation	319 (27,4)	20 (2,6)	49 (12,2)	<10 ⁻⁵
- Cs car pas mieux malgré ttt	109 (9,3)	83 (10,8)	26 (6,5)	NS
- Echec automédication	135 (11,6)	114 (14,9)	21 (5,2)	<10 ⁻⁵
- Problème soit réglé	529 (45,4)	401 (52,4)	128 (32)	<10 ⁻⁵
- Pas d'avance d'argent	16 (1,4)	12 (1,6)	4 (1)	NS
- Re-convocation / autre service	13 (1,1)	10 (1,2)	3 (0,7)	NS
- Accident du travail	38 (3,2)	25 (3,3)	13 (3,2)	NS
- Accident voie publique	50 (4,3)	25 (3,3)	25 (6,2)	NS
- Accident de la vie quotidienne	82 (7)	58 (7,6)	24 (6)	NS
- Accident scolaire/sportif	12 (1)	10 (1,3)	2 (0,5)	NS
- Agression	38 (3,3)	27 (3,5)	11 (2,7)	NS
- Proximité de l'hôpital pour soins	89 (7,6)	68 (8,9)	21 (5,2)	NS

5) Comorbidités

Tableau 4 : Co-morbidités

Co-morbidités	Population générale n (%)	Consultation Spontanée n (%)	Transport n (%)	p
Infarctus du myocarde	62 (5,3)	25 (3,3)	37 (9,3)	<10 ⁻⁵
Insuffisance cardiaque congestive	75 (6,4)	26 (3,4)	49 (1,2)	<10 ⁻⁵
Maladie vasculaire périphérique	47 (4)	19 (2,5)	28 (7)	< 0,05
Accident vasculaire cérébral	38 (3,2)	17 (2,2)	21 (5,2)	<0,05
Démence	36 (3)	4 (0,5)	32 (8)	<10 ⁻⁵
Ulcère	17 (1,4)	7 (0,9)	10 (2,5)	<0,05
Hépatopathie légère	8 (0,7)	4 (0,5)	4 (1)	NS
Maladie pulmonaire chronique	49 (4,2)	26 (3,4)	23 (5,7)	NS
Connectivite	17 (1,5)	11 (4,2)	6 (1,5)	NS
Diabète	92 (7,9)	32 (4,2)	60 (15)	<10 ⁻⁵
Hémiplégie	3 (0,2)	1 (0,1)	2 (0,5)	NS
Insuffisance rénale	31 (2,7)	7 (0,9)	24 (6)	<10 ⁻⁵
Diabète avec AOC	17 (1,4)	11 (1,4)	6 (1,5)	NS
Leucémie	7 (0,6)	2 (0,3)	5 (1,3)	NS
Lymphome	1 (0,1)	0	1 (0,2)	NS
Tumeur	97 (8,3)	41 (5,3)	56 (14)	<10 ⁻⁵
Métastases	10 (0,8)	4 (0,5)	6 (1,5)	NS
Séropositivité VIH/SIDA	3 (0,2)	1 (0,5)	2 (1,5)	NS
Hépatopathie modérée à sévère	9 (0,7)	5 (0,6)	4 (1)	NS

Chez les patients en **présentation spontanée**, les 5 comorbidités les plus fréquentes étaient : une tumeur (5,3%), un diabète (4,2%), une insuffisance cardiaque congestive (3,4%), une maladie pulmonaire chronique (3,4%), un infarctus du myocarde (3,3%).

Chez les patients venant par **transports**, les 5 comorbidités les plus fréquentes étaient : un diabète (15%), une tumeur (14%), une insuffisance cardiaque congestive (12,2%), un infarctus du myocarde (9,2%), une démence (8%).

La différence était significative pour les critères cités, $p < 10^{-5}$.

6) Parcours de soin du patient aux urgences

Concernant le parcours de soin des patients en consultation spontanée, ils bénéficient en majorité d'une biologie dans 37,5% des cas ($p < 10^{-5}$), et d'un acte de soin dans 22% des cas ($p < 10^{-5}$). Le diagnostic posé majoritairement est un diagnostic traumatologique (39,6% ; $p < 10^{-5}$).

En ce qui concerne les patients venant par transport, leur parcours de soin est un peu différent: une biologie leur est prescrite dans 68,7% des cas ($p < 10^{-5}$), une voie veineuse périphérique leur est posée plus d'une fois sur deux (53,5% ; $p < 10^{-5}$), un acte de soin est réalisé une fois sur trois (33% ; $p < 10^{-5}$). Le diagnostic posé majoritairement est un diagnostic traumatologique mais avec une proportion moindre (26,8% ; $p < 10^{-5}$), lui succède un diagnostic cardio-vasculaire dans 16,7% des cas ($p < 10^{-5}$).

Tableau 5 : Parcours de soin du patient aux urgences

Variable	Population générale n (%)	Consultation Spontanée n (%)	Transport n (%)	p
Ex.Complémentaires :				
- Biologie	562 (48,2)	287 (37,5)	275 (68,7)	$< 10^{-5}$
- Radio	361 (31)	222 (29)	139 (34,7)	$< 0,05$
- Autre imagerie	208 (17,8)	122 (15,9)	86 (21,5)	NS
- Avis spécialisé	204 (17,5)	132 (17,2)	72 (18)	NS
- Voie veineuse P	403 (34,6)	189 (24,7)	214 (53,5)	$< 10^{-5}$
- Autre	301 (25,8)	169 (22)	132 (33)	$< 10^{-5}$
Diagnostic : (n=1165)				
- Cardio-vasculaire	120 (10,4)	53 (6,9)	67 (16,7)	$< 10^{-5}$
- Dermatologie	39 (3,3)	34 (4,4)	5 (1,2)	
- Endocrinologie	4 (0,3)	0	4 (1)	
- Gériatrie	25 (2,1)	6 (0,8)	19 (4,8)	
- Gynécologie	22 (1,9)	17 (2,2)	5 (1,2)	
- Hématologie	14 (1,2)	4 (0,5)	10 (2,5)	
- Hépto gastro	111 (9,5)	79 (10)	32 (0,8)	
- Infectiologie	76 (6,5)	47 (6,1)	29 (7,2)	
- Médecine interne	10 (0,9)	5 (0,6)	5 (1,2)	
- Uro-Néphrologie	68 (5,8)	45 (5,9)	23 (5,8)	
- Neurologie	75 (6,4)	41 (5,3)	34 (8,5)	
- ORL-OPH	81 (6,9)	70 (9,1)	11 (2,8)	
- Pneumologie	43 (3,7)	21 (2,7)	22 (5,5)	
- Psychiatrie	33 (2,8)	15 (2)	18 (4,5)	
- Réanimation	5 (0,4)	0	5 (1,2)	
- Rhumatologie	3 (0,2)	3 (0,4)	0	
-Sortie contre/sans avis	26 (2,2)	22 (2,8)	4 (1)	
- Traumatologie	410 (35,2)	303 (39,6)	107 (26,8)	

7) Analyse multivariée

Tableau 6 : Analyse multivariée

Variabiles	Odds Ratio	IC 95%
Âge	1,003	[1,002-1,005]
Durée des symptômes > 24h	0,87	[0,83-0,91]
Hospitalisation	1,12	[1,01-1,23]
Conseil entourage	0,88	[0,81-0,96]
Conseil Samu	1,27	[1,17-1,38]
Conseil pompiers	1,47	[1,34 - 1,62]
Conseil seul	0,78	[0,72 - 0,84]
Conseil médecin	0,86	[0,79 - 0,93]
Motivation : que le problème soit réglé	0,94	[0,90 - 0,99]
Avoir une ALD	1,14	[1,07 - 1,21]
Avoir une biologie	1,09	[1,03 - 1,14]

Le tableau 6 montre les résultats de l'analyse multivariée par régression logistique et procédure descendante.

Les facteurs indépendamment associés à **une venue par transport** des patients étaient : l'âge des patients [odds ratio (OR) 1.003, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.002-1,005], le fait d'être hospitalisé [odds ratio (OR) 1.12, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.01-1,23], le fait d'avoir été conseillé par le SAMU [odds ratio (OR) 1.27, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.17-1,38], la fait d'avoir été conseillé par les pompiers [odds ratio (OR) 1,47, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.34-1,62], le fait d'avoir une ALD [odds ratio (OR) 1,14 , intervalle de confiance à 95% (IC) 1.07-1,21], le fait d'avoir bénéficié d'une biologie aux urgences [odds ratio (OR) 1,09, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.03,1,14].

Les facteurs associés à **une venue en présentation spontanée** étaient : Une durée des symptômes de plus de 24 heures [odds ratio (OR) 0,87, intervalle de confiance à 95% (IC) 0,83-0,91], le fait d'avoir été conseillé par son entourage [odds ratio (OR) 0,88, intervalle de confiance à 95% (IC) 0,81-0,96], le fait d'être venu aux urgences en ayant la motivation que le problème soit réglé [odds ratio (OR) 0,94, intervalle de confiance à 95% (IC) 0,90-0,99] et le fait d'avoir décidé seul d'aller aux urgences [odds ratio (OR) 0,78, intervalle de confiance à 95% (IC) 0,72-0,84].

VI-DISCUSSION

Notre travail sur le devenir des patients en fonction de leur mode de recours aux urgences de Gironde a été basé sur 1165 questionnaires exploitables dans 9 services d'urgences. Il avait la particularité de donner un aperçu épidémiologique sur l'état actuel des services d'urgences de notre département.

Nous avons montré que les patients venant par transports (Pompiers, ambulances privées, SAMU) étaient plus hospitalisés (24,2%) que ceux venant en présentation spontanée (9,6%). Il a également été démontré que le taux d'hospitalisation dans notre population générale est de 14,9 %.

On peut regretter que l'étude n'ait été réalisée que sur seulement 2 jours d'inclusion et qu'elle n'est pas représentative de la population sur l'année. Cependant, elle a permis un recrutement important de patients lui donnant une certaine puissance.

Il manquait certaines données notamment le sexe des patients, et le taux d'exhaustivité (le nombre de patients non inclus ou de patients exclus par rapport à la population cible) qui n'a pas pu être interprété car il manquait des données lors de l'inclusion dans certains centres. Il s'agissait d'erreurs de méthodes liées au nombre important d'investigateurs répartis sur les centres étudiés lors du recueil des données. Cette méthodologie aurait pu être améliorée notamment si tous les investigateurs présents sur les différents sites lors de l'inclusion avaient eu la même manière de procéder. Il n'y a par exemple pas eu de simulation ou de répétition dans un centre d'urgence pour pouvoir anticiper certains problèmes de méthodologie. De même, il n'y a pas eu de phase test du questionnaire avant la mise en route de l'étude. En effet, faute de temps, il n'a pas été réalisé de test sur un échantillon de patients, ce qui nous aurait permis de nous rendre compte des difficultés éventuelles au niveau du recueil et de les corriger avant l'inclusion.

D'autre part, concernant les motivations des patients à consulter aux urgences, la raison financière a pu être faussement atténuée afin de ne pas être mal perçus par le personnel soignant. Il aurait pu être instructif d'interroger les patients pour avoir leur avis sur ce questionnaire et éventuellement lui apporter des modifications pour des études ultérieures.

Malgré tout, notre questionnaire a été établi à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisées (notamment l'étude nationale DREES de 2003 (3)). Il s'agissait d'un questionnaire à réponse fermée facilitant son codage et permettant ainsi une meilleure compréhension des questions et un taux de réponse plus élevé qu'avec des questions ouvertes. Il réunissait un nombre important de questions permettant d'appréhender toute la prise en charge aux urgences : du début du problème médical, en passant par le déroulement de la prise de contact médical du patient, son parcours de soin, jusqu'au diagnostic final et son devenir. L'inconvénient d'un questionnaire à réponse fermée était de guider le patient dans ses réponses et de limiter ses possibilités d'expression. Il persistait un degré irréductible de subjectivité vu la nature déclarative des réponses et donc un facteur d'incertitude.

De plus, parmi les données de la littérature, aucune étude n'avait comparé le devenir des patients en fonction qu'ils venaient en présentation spontanée ou en transports.

L'étude a été réalisée au moment du début des vacances scolaire d'été avec possiblement un échantillon de patient moins représentatif de la population générale (touristes, vacanciers) et une probable fréquentation moindre que pendant le reste de l'année. En effet, nous nous attendions à une population d'inclusion plus importante pour ces deux jours étudiés. Néanmoins, l'étude a été réalisée de manière prospective et multicentrique.

Comparé aux données de la littérature, le taux d'hospitalisation retrouvé dans l'étude de la DRESS en 2003 (3) pour tous patients confondus était de 19%. Une autre étude de la DRESS en 2014 (35) retrouvait un taux d'hospitalisation de 19,9%. Le pourcentage d'hospitalisés parmi les patients se présentant spontanément aux urgences n'avait pas été étudié dans ce cadre.

Sans surprise, notre analyse multivariée est allée dans le sens d'un lien existant entre les patients venant par transport et le taux d'hospitalisation [odds ratio (OR) 1.12, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.01-1,23]. Le profil de ces patients était plutôt en faveur de patients ne pouvant se déplacer par eux mêmes, donc ils étaient potentiellement plus graves soit car blessés, polyopathologiques, douloureux ou contre indiqués à un effort.

Dans notre étude, le pourcentage de patients dans la population générale qui était hospitalisé à l'UHCD était de 10% avec 5,6% chez les patients en présentation spontanée et 18,5% chez les patients venant par transports. Dans l'étude de la DRESS de 2003 (3), 3 % des patients ont été pris en charge dans la zone de surveillance de courte durée (UHCD) au sein même des services d'urgence. Dans cette même étude, il était dit que les patients hospitalisés avaient recouru plus fréquemment aux ambulances ou aux transports sanitaires urgents (notamment les SMUR) sans avoir de pourcentages précis. Ces chiffres montraient des taux d'hospitalisation semblables mais indiquaient également une augmentation des patients pris en charge dans les UHCD qui ont grandi en parallèle de l'activité des urgences depuis 15 ans. Les UHCD ne sont obligatoires que depuis 2006 dans les structures d'urgences (36). Elles ont pour but de pallier en partie aux difficultés de trouver un lit d'aval lorsqu'une hospitalisation est requise. Dans l'étude la DRESS en 2014 (35), près de 8 % des patients avaient séjourné en UHCD ce qui venait confirmer cette tendance d'augmentation d'activité croissante de l'UHCD. Dans l'étude sur l'activité des services d'urgences 2017 publié par l'ORUNA (30), le taux d'hospitalisation retrouvé sur les urgences de Gironde était de 26%. Cependant la dichotomie hospitalisation / UHCD n'était pas réalisée. On peut penser que, si l'on ajoute ces pourcentages (hospitalisation et UHCD), on retrouve dans notre étude un taux globalement voisin de celui retrouvé dans l'étude de l'ORUNA. Notre étude ne nous a pas permis d'avoir de résultats concernant le taux d'hospitalisation final car le devenir des patients qui ont été admis en UHCD n'a pas été étudié, et parmi ces patients il existait une part importante de patients hospitalisés et une minorité de retour à domicile. Il aurait peut être été plus judicieux de considérer le taux d'hospitalisation en incluant les patients étant admis en UHCD.

L'étude menée par Olivia Boudard sur le devenir des patients en consultation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux (37) retrouvait un taux d'hospitalisation de 6,25% (IC 95%: [2,3%-9,7%]). Une étude réalisée à Angoulême en 2012 (38) retrouvait un taux d'hospitalisation de 11% (versus 9,6% dans notre étude) parmi les patients en consultations spontanées.

On remarque donc que la population représentée par les patients en présentation spontanée requièrent clairement plus d'une prise en charge ambulatoire (moins de 10% seulement étaient hospitalisés et 5,6% étaient pris en charge à l'UHCD) que d'une prise en charge hospitalière. Ceci contribue encore aujourd'hui à une difficulté de la part des services d'urgences à faire face à cette demande de soins croissante de ce profil de patients qui pourrait être pris en charge par la médecine générale libérale. Il semble qu'aujourd'hui la plupart des patients ont encore du mal à se tourner vers la médecine libérale ou leur médecin traitant qui savent gérer aussi bien les problèmes aigus que les problèmes chroniques. Il existe un véritable manque d'information de la part des services publiques à la population des alternatives qui peuvent exister aux services d'urgence. Il aurait pu être intéressant dans notre étude, d'interroger les patients sur leur connaissance de l'existence de la permanence des soins dans le système libéral, ou de la possibilité d'avoir recours à un médecin de garde en soins ambulatoires. En effet, dans l'étude de la DREES de 2003 (3), 80 % des patients connaissaient l'existence d'un médecin de garde et 9 % disaient ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence. Il pourrait donc être intéressant de faire un travail d'information auprès des patients des urgences afin de les informer des offres de soins ambulatoires en mettant par exemple à disposition en salle d'attente les numéros et adresses des médecins de garde ou de la permanence des soins.

D'autre part, les patients venant par transports ont un profil s'adressant, eux, beaucoup plus à une prise en charge hospitalière (24,3% étaient hospitalisés et 18,5% étaient pris en charge à l'UHCD et seulement un peu plus d'un sur deux rentrait au domicile).

En comparant les résultats de notre étude avec les données de la littérature, on retrouve effectivement la même tendance avec des chiffres comparables au niveau des taux d'hospitalisation que ce soit pour la population générale des urgences ou pour les patients en consultation spontanée, tout en ajoutant une nouvelle donnée sur les taux d'hospitalisation des patients arrivant par transports. Cette étude vient donc conforter à l'échelle départementale des résultats déjà connus dans des études d'envergure nationale et dans une moindre mesure ceux d'études quelques peu différentes à l'échelle monocentrique.

Dans notre étude la moyenne d'âge de la population était de 50,7 ans, 45,2 ans pour les patients en consultation spontanée et de 61,3 ans pour les patients venants par transports. Des études réalisées à Nanterre et à Givors retrouvaient les mêmes caractéristiques d'âge de la population soit respectivement une moyenne d'âge des consultants spontanés de 33 et 29 ans et plus de 50% de la population ayant moins de 35 ans dans les deux études (38-39). L'étude réalisée dans quatre services de Haute Normandie en 2012, retrouvait elle aussi une moyenne d'âge pour les patients auto-référés de 38 ans contre 55 ans pour les patients adressés par un médecin durant la même période (40). Cette moyenne d'âge est globalement plus élevée que la population française moyenne (41 ans) et que dans les autres études réalisées. On peut expliquer cette différence par le fait que la population pédiatrique également grande consommatrice de soins d'urgences n'a pas été pris en compte dans notre étude, faisant monter la moyenne d'âge. Avec ces chiffres on voit bien une différence d'âge importante entre d'un côté les patients venant en consultation spontanée, plutôt jeunes et pouvant donc venir par leurs propres moyens et d'un autre côté les patients plus âgés, parfois poly-pathologique ou avec une mobilité réduite venant aux urgences via un transport.

Dans notre étude, la répartition des consultations entre le jour de semaine et le jour de week-end était égale pour toutes les sous-populations étudiées. Ceci est en accord avec l'étude de la DRESS de 2003 (3), qui retrouvait également une répartition égale.

La répartition des consultations entre jour et nuit retrouvait dans notre étude une répartition de deux tiers de consultations le jour et d'un tiers la nuit. Ceci n'est pas en accord avec d'autres études notamment celle de la DREES en 2003 (3) qui suggérait une répartition plutôt de trois quart de consultations le jour et un quart la nuit. Cette différence est difficilement explicable mais on peut proposer comme hypothèse le fait que l'étude ait été réalisée en début d'été où les jours étaient plus longs favorisant les consultations entre 20h et minuit.

Dans notre étude, les patients arrivaient par leurs propres moyens dans deux tiers des cas qu'ils soient accompagnés ou non. Près d'un quart était amené par les pompiers et le reste (soit un dixième) était amené par les ambulances privées et le SMUR. D'après l'étude de la DREES de 2003 (3), la grande majorité des personnes (près des trois quarts) arrivait par ses propres moyens, 14 % étaient conduites en ambulance, la même proportion était amenée par les pompiers, le SMUR et Police secours prenaient en charge un peu moins de 3 % d'entre elles. De même, dans l'étude de la DRESS de 2013 (35), près de 70 % des patients arrivaient aux urgences par leurs propres moyens (ou grâce au véhicule d'un tiers), 11 % transportés par les pompiers et 11 % par un taxi ou une ambulance et seulement 1% par le SMUR.

On remarque une répartition semblable des modes d'arrivée aux urgences mais une différence est à noter, il semble qu'aujourd'hui la part des transports notamment les patients amenés par les pompiers semble plus importante. Tandis que celle des patients venant spontanément est légèrement moindre. Ceci peut être expliqué par une amélioration des moyens mis à la disposition de la régulation médicale depuis 2003 avec un envoi plus fréquents des pompiers aujourd'hui pour des situations limites ou litigieuses notamment sur la voie publique pour des patients victimes d'accident ou d'agressions. De plus, on peut penser que la plus grande partie de la population de notre étude a été recrutée sur Bordeaux et aux environs avec une présence accrue des centres SDIS et des casernes de pompiers dans cette grande métropole. Les autres études ont été faites à l'échelle nationale avec peut être un recueil dans les centres d'urgences plus petits, implantés dans de moins grandes villes, diminuant ainsi cette proportion de patients amenés par les pompiers.

Il pourrait être intéressant dans une autre étude de questionner les patients sur leur choix de mode de recours aux urgences : est ce que les patients venant via les ambulances ou par les pompiers auraient pu faire autrement ou être adressé ailleurs qu'aux urgences hospitalières ?

Dans notre étude, les principaux facteurs associés aux consultations aux urgences retrouvaient les motifs suivants : pour bénéficier d'un examen complémentaire (50,4%), pour que le problème médical soit réglé (45,4%) et la peur de la gravité du problème médical (27,4%). L'absence d'avance d'argent n'était retrouvée que dans 1,6% des cas. La DREES, dans son étude de 2003 retrouvait comme principales motivations des patients pour s'orienter vers les services d'urgence : La proximité de l'établissement hospitalier (47%), le besoin d'examen ou d'avis spécialisé (44%), l'exigence de rapidité (38%). Et dans son étude de 2013 (35) elle retrouvait comme principales motivations : Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé (27 %), la peur ou l'angoisse de la gravité du problème médical était invoquée dans 30% des cas, la possibilité de réaliser des examens complémentaires dans 23 % des cas.

On note donc dans ces différentes études qu'une part importante de la population présentait une inquiétude médicale. Les campagnes d'information, de sensibilisation pour la prévention et le dépistage de maladies (cancers, maladies infectieuses, etc) qui se multiplie ainsi que l'accessibilité à internet et les discussions sur les forums de santé entretiennent un climat d'angoisse et poussent les patients à s'orienter vers les services d'urgence au moindre signe d'alerte et parfois même en amont à faire de l'automédication qui peut aggraver les symptômes.

Dans notre étude, quasiment les trois quarts des patients (72,5% pour les patients en consultation spontanée et 75,7% pour les patients venant par transports) n'avait pas contacté leur médecin traitant avant de venir aux urgences. On peut donc penser que le contact médical préalable n'avait pas d'influence sur le mode de recours. Ces chiffres nous montrent que peu de patients consultent leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences. En effet, d'après l'enquête de la DREES en 2003 (3), seulement 30% des usagers des services d'urgence ne s'y présentaient qu'après avoir eu un contact médical préalable, quel qu'il soit. Cette même proportion (environ un tiers) était également retrouvée dans l'étude de la DRESS de 2013 (35). Dans le cadre de cette enquête, des interviews téléphoniques avaient été réalisées auprès de 3 000 de ces patients (42). Parmi l'ensemble des répondants (qui n'avaient pas été hospitalisés), seuls 16 % des patients avaient indiqué avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant. Dans une étude de 2015 (43) 77% des patients consultant d'eux-mêmes aux urgences n'ont pas tenté de joindre leur médecin traitant avant de venir. Dans l'étude multicentrique de J.HASCOET (40), 90,5% de la population n'a pas tenté de joindre un médecin généraliste avant de se présenter spontanément aux urgences.

Dans notre étude, la plupart des patients décidaient eux-mêmes de venir consulter aux urgences (33%). C'est ensuite un médecin (22,8%), leur entourage (14%), le SAMU-Centre 15 (13,2%) puis les pompiers (8,3%) qui leur conseillaient de venir aux urgences. Ceci était en accord avec l'étude de la DRESS de 2013 (35) montrant que 62 % d'entre eux décidaient de se rendre dans un service d'urgences de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % venaient sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15% sur le conseil du SAMU-Centre 15 ou des sapeurs-pompiers.

Dans un rapport publié en 2006 par la Cour des Comptes (« Les urgences médicales : constat et évolution récente ») (44), il était rapporté que les services d'urgence étaient devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées. Ce constat était conforté par le fait que 70 % des usagers se présentaient directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone. Cette situation reflétait une réelle difficulté : si on peut schématiquement distinguer les urgences vitales, les cas nécessitant une intervention rapide (fracture, blessure profonde, brûlures) et les autres, qui pouvaient aller du simple conseil à une consultation non programmée, il était difficile de faire a priori la distinction entre l'urgence ressentie par un patient et l'urgence clinique. Seul un diagnostic porté par des professionnels pouvait permettre la bonne orientation du patient. Selon la Cour des comptes, pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui.

On remarquait dans notre étude, que les patients venant par transports bénéficiaient plus fréquemment d'une biologie (68,7%) que les patients en présentation spontanée (37,5%). Il

en était de même pour les actes de soins, les avis spécialisés ou la pose d'une voie veineuse périphérique. L'analyse multivariée suggérait également qu'il existait un lien entre le fait d'avoir bénéficié d'une biologie aux urgences [odds ratio (OR) 1,09, intervalle de confiance à 95% (IC) 1.03,1,14] et le taux d'hospitalisation. Dans l'étude de la DRESS de 2013 (35), la réalisation d'actes à visée diagnostique ou d'actes de soins est aussi fréquente et concerne 4 patients sur 5. Un acte de soins était réalisé pour 40 % des passages, un acte d'imagerie pour 45%, une analyse biologique pour 35 %. La proportion de passages comportant la réalisation d'actes à visée diagnostique augmentait considérablement avec l'âge du patient : les personnes âgées sont, en effet, plus fréquemment atteintes de polyopathologies qui nécessitaient davantage d'investigations. En effet, ceci était expliqué par le fait que les patients venant par transports sont plus vieux, qu'ils avaient plus de comorbidités et donc nécessitaient plus d'investigations et de soins que les patients venant par leur propres moyens.

Dans notre étude, le diagnostic traumatologique était retrouvé dans 35,2% parmi la population générale, 39,6% des cas chez les patients en consultation spontanée et 26,8% des cas chez les patients venant par transports. Ceci est en accord avec l'étude de la DRESS de 2013 (35) un retrouvait un diagnostic de traumatologie dans 39,8% des cas.

Il aurait été intéressant de se pencher sur d'autres points dans cette étude et notamment:

Quelle est la provenance des patients dans nos urgences ? Viennent t-ils de leur domicile, de la voie publique, de leur lieu de travail, d'un EHPAD, d'un autre établissement de santé, d'une structure médico-sociale ?

L'inclusion de la population pédiatrique aurait également été intéressante.

L'utilisation d'un outil permettant de calculer le coût réel d'un passage aux urgences et ainsi comparer le coût réel d'un patient en présentation spontanée et le coût réel d'un patient venant via un transport de son arrivée jusqu'à la fin de sa prise en charge.

Parmi les données de la littérature, on trouvait beaucoup d'études concernant les patients venant en consultation spontanée ainsi que les patients "auto-référés".

Cependant, il n'y avait pas eu d'études sur les caractéristiques des patients venant via un transport aux urgences. Pourtant, les prescriptions de transport coûtent chers et font l'objet de beaucoup d'interrogations.

En 2015, les dépenses de transports sanitaires ont représenté 5,1% des dépenses de soins de ville de l'ONDAM et 2,3% des dépenses de l'ONDAM total (45). Elles ont connu une progression soutenue avec une augmentation de 3,2% pour atteindre 4,3 milliard d'euros. On remarque donc que la maîtrise des dépenses de transport constitue un axe important du plan de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie.

Il pourrait être intéressant, en complément de cette étude, de mieux connaître cette population qui correspond à un quart des consultations des services d'urgence et qui coûte globalement plus cher pour voir si il peut exister des alternatives à leur prise en charge. Avec une meilleure connaissance du profil de ces patients, de leurs attentes, de leurs parcours de soin nous serons peut être plus à même d'anticiper leurs demandes et d'agir en conséquence. Les caractéristiques de cette population serait-elle la même que sur cette étude ? Les patients ont ils le choix ou non de venir via un transport ou d'autres solutions moins coûteuses sont elles

envisageables ? Pour soulager l'hôpital et la fréquentation des services d'urgence, ne serait il pas préférable de laisser une part de ce travail aux médecins libéraux ?

Par exemple, comment éviter à une personne âgée vivant EHPAD qu'elle ne soit adressée avec un transport sanitaire au milieu de la nuit par l'infirmier ou l'aide soignant de garde démuni puis ramenée 3 heures plus tard parce que la personne ne nécessitait pas d'une prise en charge dans un service d'urgence ? Il serait intéressant de développer le principe de prescription et de prise en charge anticipées, se basant sur certains critères en amont ceci en relation avec le SAMU-Centre 15 pour permettre une régulation efficace et permettant ainsi d'éviter des consultations chères et inutiles.

VII-CONCLUSION :

La population girondine ne déroge pas aux conclusions d'études identiques faites à l'échelle nationale. En effet, la part des patients venant aux urgences en présentation spontanée et ceux venant par transport reste identique. 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 se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres moyens. Ils sont moins souvent transportés par les sapeurs-pompiers ou par une ambulance mais ceux-ci sont plus consommateurs en terme de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Leur motivation principale est la peur d'un problème médical grave expliquant leur volonté de passer un examen complémentaire ou d'avoir un avis spécialisé. Les lésions traumatiques constituent la principale cause de venue aux urgences. Après un passage aux urgences, les trois quarts des patients rentrent chez eux et environ 20 % sont hospitalisés.

La demande de soins « urgents » représente un phénomène complexe qui résulte de nombreuses raisons. De son côté, l'utilisateur recherche un service qui, en deux à trois heures, va prendre en charge techniquement et résoudre son problème de santé. Les services d'urgences demeurent aujourd'hui les seules structures aptes à répondre à une telle demande. Il y a manifestement une demande des usagers de prise en charge rapide, souple et efficace.

Cependant, pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui.

Ces problèmes sont d'actualité puisqu'ils ont été soulevés récemment en début d'année 2018 par la ministre de la santé Mme Agnès Buzyn qui appelait à "désengorger les urgences" où sont pris en charge "une majorité de personnes qui ne devraient pas y être". Une mission sur les « soins non programmés », pour limiter le recours aux urgences, a été confiée au début de l'année au médecin urgentiste et député Thomas Mesnier pour essayer de trouver des solutions à ces problèmes. Selon Mme Agnès Buzyn, il est « impératif d'organiser la médecine de ville pour qu'elle puisse prendre en charge énormément de demandes de patients qui n'ont rien à faire aux urgences ». Le problème n'est pas nouveau mais il mérite effectivement d'être résolu.

Bibliographie :

- (1) Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Journal Officiel de la République Française. 10 mai 1995.
- (2) Vuagnat A, Les urgences hospitalières, qu'en sait-on. *Le Panorama des établissements de santé-édition*. 2013;11-28.
- (3) Baubeau D, Carrasco, V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris: *Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, Études et Résultats*. 2003 jan;212:1-8.
- (4) Lang T, Davido A, Diakite B, *et al.* Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction "dispensaire". *Revue médicale de l'Assurance Maladie*. 1998;(3):72-78.
- (5) Ladner J, Bailly L, Pitrou I, *et al.* Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences: motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Pratiques et organisation des soins*. 2008;39(1):33-42.
- (6) Bellou A, De Korwin J.-D, Bouget J, *et al.* Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La revue de médecine interne*. 2003;24(9):602-612.
- (7) Papin M-N. *Structure d'urgence du CHU de Pointe-à-Pitre: analyse du recours par les omnipraticiens de ville et comparaison à une population témoin*. Thèse de doctorat d'exercice de médecine générale : Antilles-Guyane : 2010.
- (8) Valade B. L'urgence médicale: de la pratique à la pensée. Dans : *La gouvernance des innovations médicales*. Presses Universitaires de France. 2007; 85-96.
- (9) SOS médecins Bordeaux. 2009/2010. Fédération SOS Médecins France, (page consultée le 10/09/2018). [en ligne]. Disponible sur : <https://www.sosmedecins-bordeaux.com/presentation/f%C3%A9d%C3%A9ration-sos-m%C3%A9decins-france/>
- (10) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (J.O. janvier 1971).
- (11) Berthet J-P. Du permanencier auxiliaire de régulation médicale à l'assistant de régulation médicale: historique de la profession et perspectives d'avenir. 2011;1251-1259.
- (12) FRANCE. COUR DES COMPTES. *La sécurité sociale: rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. La Documentation française. 2013;335-364.
- (13) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.
- (14) Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et Résultats, DREES*. 2014 jui;(889):1-8.

- (15) Godement J, Juvin P, Zanker C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. *Journal Européen des Urgences*. 2008;(21):A42.
- (16) Perrod A. *Analyse du retentissement de la lettre d'admission, sur la durée de passage, le délai d'attente et le taux d'hospitalisation des patients adressés par leur médecin traitant aux urgences de l'Hôpital privé de la Seine-Saint-Denis*. Thèse de doctorat de médecine générale : Université Paris Diderot - Paris VII : 2013.
- (17) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/01 n° 2004 - 151 du 29 Mars 2004 relatif au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulances dans l'Aide Médicale Urgente. Bulletin Officiel de la Santé n°2004 - 16.
- (18) Circulaire du 18 Septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours. Journal Officiel n°232 du 6 Octobre 1992, p. 13856.
- (19) Code de la Santé Publique. Article L6312 - 1, modifié par la loi n°2006 - 1640 du 21 Décembre 2006 – art.48. Journal Officiel du 22 Décembre 2006.
- (20) Décret n°2003 - 674 du 23 Janvier 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87 - 965 du 30 Novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.
- (21) Arrêté du 23 Juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.
- (22) Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Circulaire DHOS/01 n°2003 - 204 du 23 Avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière.
- (23) Loi n°96 - 369 du 3 Mai 1996 relative aux Services d'Incendie et de Secours. Journal Officiel N°105 du 4 Mai 1996, p. 6728 .
- (24) Code Général des Collectivités Territoriales. Article L1424 - 2.
- (25) Loi n°2002 - 276 du 27 Février 2002 relative à la démocratie de Proximité. Journal Officiel n°50, 28 Février 2002, p.3803.
- (26) Code de santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé. Journal Officiel de la République Française. 10 mai 1995.
- (27) GARÇON, Nathalie. La Gironde à grands traits. 2016.
- (28) Bouet P, Rault J-F, et Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. *Conseil national de l'ordre des médecins, premier janvier*. 2016;1-326.
- (29) Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française.
- (30) ORUNA. Activité des services d'urgences 2017. Chiffres clés des services d'urgences de la région nouvelle aquitaine. (page consultée le 10/09/2018). [en ligne] Disponible sur:
https://www.oruna.fr/system/files/public/CHIFFRES_CLE_ETABLISSEMENT_2017_V5.pdf
- (31) Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. Thèse de doctorat de médecine générale : Université des Antilles et de la Guyane : 2015.

- (32) Pascal J, Quélier C, Agard C, *et al.* Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital?. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(3):33-58.
- (33) Sass C, Moulin J-J, Guégen R, *et al.* Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2006;14:93-96.
- (34) De Decker L. L'indice de co-morbidité de Charlson. *Annales de Gériatrie*, 2009;2(3):159-160.
- (35) Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et Résultats, DREES*. 2014 jui;(889):1-8.
- (36) Cour Des Comptes. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014*. 2014 sep:351-377.
- (37) Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. Thèse de doctorat de médecine générale : Université de Bordeaux : 2015.
- (38) Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse de doctorat de médecine générale : Université Paris Diderot - Paris VII : 2009.
- (39) AISSAOUI, Liamine. *Consultations spontanées aux urgences du centre hospitalier de Givors: étude monocentrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux: analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leur motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de service*. Thèse de doctorat de médecine générale : Université Claude Bernard Lyon : 2014.
- (40) Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie: quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins?. Thèse de doctorat de Médecine Générale : Université de Rouen : 2013.
- (41) BOUNIORT, Lisa. *Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale: déterminants, pertinence et orientation*. 2012. Thèse de doctorat en Médecine Générale : Université de Poitiers : 2012.
- (42) Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES, Études et résultats. 2013;(215).
- (43) Lerat-Golasoxski M. Motivations, Motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Thèse de doctorat de Médecine Générale : Université de Lille : 2015.
- (44) Rapport de la Cour Des Comptes. Les urgences médicales: constats et évolution récente. 2006.
- (45) Les comptes de la sécurité sociale. Les dépenses de transport et leurs disparités régionales. 2016 jui:108.

Annexe 1 : Questionnaire

Numéro :
Âge : (si ≥ 75 ans, joindre le traitement)
CP :

Site :
Date :
Heure :

Bénéficiez-vous de la CMU, CMU complémentaire ou AME ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Recevez-vous une de ces allocations : le RSA, l'AAH, l'ASF, l'ASS, l'ATA, l'AV, le MV ou l'ASV?*	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Comment êtes-vous venu ?		
<input type="radio"/> SMUR <input type="radio"/> Ambulance privée <input type="radio"/> Pompiers <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Accompagné d'un tiers		
Avez-vous déjà eu recours aux urgences ?	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> 1 fois <input type="radio"/> > 1 fois
Depuis combien de temps le problème a-t-il commencé ?	<input type="radio"/> < 24H	<input type="radio"/> > 24H <input type="radio"/> > 1 semaine <input type="radio"/> > 1 mois
Avant cette consultation, aviez-vous déjà-vu un médecin pour ce problème ?		
<input type="radio"/> Mon médecin traitant <input type="radio"/> Un médecin remplaçant <input type="radio"/> SOS médecin		
<input type="radio"/> Un médecin spécialiste <input type="radio"/> Un médecin de garde <input type="radio"/> Un urgentiste <input type="radio"/> Je n'ai pas consulté		
Qui vous a conseillé de voir un médecin aux urgences ?		
<input type="radio"/> Un médecin <input type="radio"/> Le service des urgences <input type="radio"/> Un paramédical (IDE, Kiné...) <input type="radio"/> Autre professionnel de santé		
<input type="radio"/> Le SAMU (15) <input type="radio"/> La police (17) <input type="radio"/> Votre entourage <input type="radio"/> Je l'ai décidé seul		
<input type="radio"/> Le 112 <input type="radio"/> Les pompiers (18) <input type="radio"/> Votre employeur		
Avez-vous tenté de joindre votre médecin traitant ?		
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Si oui		Si non
<input type="radio"/> Il vous a conseillé de venir aux urgences		<input type="radio"/> Je n'en ai pas
<input type="radio"/> Il ne pouvait vous recevoir		<input type="radio"/> Il vous avait dit "la prochaine fois, consultez aux urgences"
<input type="radio"/> Il est injoignable		<input type="radio"/> Vous préférez aller aux urgences
<input type="radio"/> Il est en vacances et n'est pas remplacé		<input type="radio"/> Vous ne pouviez pas vous déplacer chez le médecin
<input type="radio"/> Vous ne souhaitiez pas consulter le remplaçant		
<input type="radio"/> Vous aviez un rendez-vous dans la journée mais ne pouviez attendre		
Au final, pourquoi êtes-vous venu aux urgences ? (choix multiples)		
<input type="radio"/> Pour bénéficier d'un examen complémentaire (radio, biologie...)		
<input type="radio"/> Pour bénéficier d'une consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)		
<input type="radio"/> Vous pensiez que c'était grave		
<input type="radio"/> Vous souhaitiez une hospitalisation		
<input type="radio"/> Vous avez consulté, mais ça ne va pas mieux malgré le traitement		
<input type="radio"/> Vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat		
<input type="radio"/> Vous avez besoin que ce problème soit réglé		
<input type="radio"/> Vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent		
<input type="radio"/> Vous êtes attendu dans un autre service		
<input type="radio"/> Vous êtes reconvoqué		
<input type="radio"/> Vous avez été victime d'un accident de travail		
<input type="radio"/> Vous avez été victime d'un accident de la voie publique		
<input type="radio"/> Vous avez été victime d'un accident de la vie quotidienne		
<input type="radio"/> Vous avez été victime d'un accident scolaire ou sportif		
<input type="radio"/> Vous avez été victime d'une agression		
<input type="radio"/> L'hôpital est l'endroit le plus proche de chez vous pour les soins		

Bénéficiez-vous d'une prise en charge ALD ? Oui Non

Comorbidité(s) :

<input type="radio"/> Infarctus du myocarde	<input type="radio"/> Maladie ulcéreuse	<input type="radio"/> Leucémie
<input type="radio"/> Insuffisance cardiaque congestive	<input type="radio"/> Hépatopathie légère	<input type="radio"/> Lymphome
<input type="radio"/> Maladie vasculaire périphérique	<input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> Hépatopathie modérée à sévère
<input type="radio"/> AVC	<input type="radio"/> Hémiplégie	<input type="radio"/> Métastases
<input type="radio"/> Démence	<input type="radio"/> IR modérée à sévère	<input type="radio"/> SIDA
<input type="radio"/> Maladie pulmonaire chronique	<input type="radio"/> Diabète avec AOC	
<input type="radio"/> Connectivité	<input type="radio"/> Tumeur	

Constantes vitales

T° : FC : PA : FR : SpO₂ :

Acte réalisé :

<input type="radio"/> Biologie	<input type="radio"/> Radiographie	<input type="radio"/> Autre imagerie
<input type="radio"/> Avis spécialisé	<input type="radio"/> VVP	<input type="radio"/> Autre

Diagnostic :

Devenir

<input type="radio"/> Retour à domicile	<input type="radio"/> UHCD	<input type="radio"/> Hospitalisation	<input type="radio"/> Autre
---	----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------

En acceptant de participer à cette étude, je prends note qu'aucune de ces informations n'est nominative.

Je ne m'oppose pas à participer à cette étude observationnelle

***Minima sociaux :**

AAH = Allocation Adulte Handicapé

ASF = Allocation de Soutien Familial (ex Parent Isolé)

ASS = Allocation Solidarité Spécifique

ATA = Allocation Temporaire d'Attente (ex Allocation Insertion)

AV = Allocation Veuvage

MV = Minimum Vieillesse

ASV = Allocation Supplémentaire de Vieillesse

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

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

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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

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

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

Résumé :

Nom : CASANOVA **Prénom :** Louis

Date de Soutenance : 07 décembre 2018

Titre en français : Devenir des patients en fonction du mode de recours dans les urgences de Gironde.

Objectif : Nous souhaitions comparer les patients se présentant spontanément aux urgences avec ceux venant par transports aux urgences afin d'apporter des éléments permettant de mieux appréhender les flux croissants de patients aux urgences en organisant de façon plus adaptée l'amont. L'objectif principal de l'étude était de comparer le taux d'hospitalisation parmi les patients venant par leurs propres moyens par rapport aux patients venant aux urgences par transport. Les objectifs secondaires étaient de comprendre et d'évaluer les facteurs associés à de tels recours aux urgences.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique de cohorte prospective observationnelle multicentrique réalisée sur 9 centres d'urgences du département de la Gironde sur deux fois 24 heures simultanément sur tous les sites étudiés. Tout patient se présentant aux urgences a été associé à un questionnaire visant à établir le profil des patients venant consulter aux urgences du début du problème médical, son parcours de soins aux urgences jusqu'à son devenir.

Résultats : Sur les 1165 patients inclus dans l'étude, dont 765 soit 65,6% de l'effectif étaient venus en présentation spontanée aux urgences et 400 venant par transports soit 34,5% de l'effectif. La médiane des patients en consultation spontanée était de 42 ans et celui des patients venant par transport de 65 ans. Parmi les patients en présentation spontanée 9,7% étaient hospitalisés. Parmi les patients venant par transports 24,3% étaient hospitalisés.

Discussion / Conclusion : La population représentée par les patients en présentation spontanée requièrent plus d'une prise en charge ambulatoire que d'une prise en charge hospitalière. Ceci contribue encore aujourd'hui à une difficulté de la part des services d'urgences à faire face à cette demande de soins croissante de ce profil de patients qui pourrait être pris en charge par la médecine générale libérale. Les patients venant par transports ont un profil s'adressant, eux, beaucoup plus à une prise en charge hospitalière. Cependant, pour éviter un afflux non justifié des patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas forcément le cas aujourd'hui.