



Impact du contact médical préalable sur le parcours de soins des patients consultant aux urgences de Bordeaux Métropole
David Templier

► **To cite this version:**

David Templier. Impact du contact médical préalable sur le parcours de soins des patients consultant aux urgences de Bordeaux Métropole. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02866674

HAL Id: dumas-02866674

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866674>

Submitted on 12 Jun 2020

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
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

université
de BORDEAUX



Année : 2020

N°048

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 14 avril 2020

Par David TEMPLIER

Née le 29 octobre 1991 à Clamart

Impact du contact médical préalable sur le parcours de soins des patients consultant aux urgences de Bordeaux Métropole

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE

Jury

Monsieur le Professeur Xavier COMBES, Président du jury

Monsieur le Professeur Michel GALINSKI, Rapporteur extérieur

Monsieur le Professeur Philippe REVEL, Membre du Jury

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, Membre du Jury

Monsieur le Docteur Pierre-Jacques ACKERMANN, Membre du Jury

Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE, Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Xavier COMBES, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Médecine d'Urgence, vous me faites l'honneur de présider cette thèse malgré vos grandes responsabilités, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Michel GALINSKI, Professeur des Universités associé et Praticien Hospitalier, merci d'avoir accepté de faire le rapport de cette thèse. Merci pour votre relecture attentive, vos précieux conseils, et de votre confiance. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe REVEL, Professeur des Université associé et Praticien Hospitalier, je suis sincèrement honoré par votre présence dans ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, Professeur des Université associé et Médecin Généraliste, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierre-Jacques ACKERMANN, Praticien Hospitalier et Médecin Urgentiste, « tonton PJ », c'est un honneur et une fierté de t'avoir dans ce jury, je tiens à te témoigner toute mon affection et mon admiration.

À Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE, Praticien Hospitalier et Médecin Urgentiste, merci d'avoir été le directeur de cette thèse. Merci pour ton aide et ton soutien dans ce travail et ta bonne humeur présente à chaque moment.

À toi,

Si je n'avais qu'une seule personne à remercier, ce serait celle qui partage ma vie depuis 3 ans (et 3 jours). Merci pour tout le bonheur que tu m'apportes, ta patience et ton soutien, sans toi je n'y serais jamais arrivé. Une nouvelle vie commence maintenant, tellement hâte de la découvrir à tes côtés.

À ma famille,

Mes parents, à qui je dois tant. Merci pour votre indéfectible soutien, votre confiance et votre amour. Merci à vous de me montrer votre fierté chaque jour, aujourd'hui, c'est moi qui suis le plus fier devant vous. Je vous aime.

À mon frère, Arthur mon jumeau qui doit exactement ressentir ce que je ressens à ce moment, merci pour tous ces moments de notre enfance et ceux à venir, je t'aime.

À ma petite sœur, Cléa, ma petite princesse qui grandit bien trop vite, que j'embêterais toute ma vie car je t'aime et je serais toujours là pour toi.

À mes grand parents, Mamie Jacques, merci pour ton soutien et ta bienveillance infinie, Mamie Albert, merci pour ton amour et tes petits plats, Papi Albert, « ardabadabada » c'est bon je suis enfin docteur et je suis tellement fier d'être ton petit fils. Je vous aime.

A mon Papi Jacques, qui doit me regarder de loin et doit être fier de moi je l'espère.

À ma tati qui me soutient et suit avec mon parcours avec attention depuis le début, merci à Francis, mes cousins, Brice et Clément sur qui je peux compter à tout moment.

À mon oncle, Hervé, malgré nos distances merci pour les moments partagés dans mon enfance, à Kelly et mes cousins et cousines que j'aurais voulu voir grandir.

À ma « belle-famille », Patrick et Nathalie, merci de m'avoir accepté avec autant de sympathie et de bienveillance. Chloé et Gui, merci pour votre gentillesse, Benjamin et Gaby, des beaux frères comme on les rêve.

À Anne-So, ma belle sœur préférée, mon neveu, qui me tarde de connaître.

À mes amis

À Thomas, Ferit, Pierre, à tous les gens Jean, Sylvain, Mathou, Ro, Brones, Margot, Ines, Arthur, Nao, Camille, Jeanne, Marie, merci pour ces moments d'amitiés qui me sont chers.

À PAF, Jojo, Geoffrey, Matthieu mes gars surs, à Jessou, Claire, Caro, Lauren, Marine, Thibaut, Victoire, Lydia, Agathe, Thomas, Manue, Guigui, Jp et tous les autres.

Mention à mes colloques de rêves, Coussy, Morgane, Etienne et Marion, vous me donnez tous une bonne raison de rester dans le sud-Ouest.

À toutes ces rencontres faites durant ces stages, tous les périgourdins, mes co-internes et les paraméd des urgences de Pellegrin, à mes co-internes de Bayonne.

Aux patients dont j'ai croisé le chemin qui m'ont bouleversé par leur histoire ou par leur dignité face à la maladie.

À tous les médecins que j'ai pu rencontrer lors de mon parcours, qui ont su me faire partager leurs expériences et me rappeler à quel point ce métier est avant tout humain et formidable, à qui j'ai choisi de consacrer ma vie.

RESUME

Titre. Impact du contact médical préalable sur le parcours de soins des patients consultant aux urgences de Bordeaux Métropole

Objectifs. Nous souhaitons comparer le parcours de soins entre les patients ayant eu un contact médical préalable et les patients consultant directement aux urgences. Nous nous sommes particulièrement intéressé au taux d'hospitalisation entre ces deux populations, ainsi que leur de consommation de soins.

Méthode. C'est une étude transversale multicentrique réalisée dans 9 services d'urgences en Gironde sur 2 plages horaires de 24h. Etaient inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgences. Le sujet choisi s'inscrit dans une étude plus large recherchant les facteurs influençant l'existence d'un contact médical avant l'admission dans les différents services d'urgences de Bordeaux Métropole. Le critère de jugement principal composite est le contact médical préalable défini par une consultation avec le médecin traitant, un médecin de garde ou spécialiste, ou un appel au SAMU. Un questionnaire permettait d'établir les profils des patients, de décrire leur parcours de soins aux urgences jusqu'à leur devenir.

Résultats. Sur les 1165 patients inclus dans l'étude, 636 soit 54,6% ont eu un contact médical préalable avant la consultation aux urgences, contre 529 soit 45,4% à avoir consulté spontanément. Les patients âgés de plus de 75 ans avaient plus souvent un contact médical avant leur venue aux urgences. Une majorité (79,7%) des patients consultant spontanément aux urgences avaient des symptômes aigus (moins de 24h), contrairement aux patients du groupe ayant eu un contact médical préalable, qui présentaient majoritairement des symptômes de plus de 24 heures (55,1%). Les patients qui avaient eu un contact médical préalable étaient plus consommateurs de soins aux urgences, excepté pour la radiographie (25,6% contre 37,4%). Enfin, les patients ayant eu un contact médical préalable avaient un taux d'hospitalisation plus important que les patients consultant spontanément aux urgences (19,3% contre 9%).

Conclusion. Dans notre étude, les patients ayant eu un contact médical préalable à leur admission aux urgences avaient des symptôme qui duraient depuis plus longtemps, étaient potentiellement en échec d'un traitement de première ligne, ils bénéficiaient également de plus d'examen complémentaires, et enfin ils étaient plus souvent hospitalisés. La création d'une filière de triage dédiée aux patients adressés par leur médecin pourrait améliorer leur prise en charge et optimiser le flux aux urgences.

ABSTRACT

Title. Impact of prior medical contact on the care pathway of patients consulting in Bordeaux Metropole's emergency department

Objective. We wish to compare the care pathway between patients with prior medical contact and patients consulting directly in the emergency department. We are particularly interested in the rate of hospitalization between these two populations, as well as their rate of care consumption.

Method. This is a multi-centre transverse study carried out in 9 emergency departments in the Gironde region of France over two 24-hour time slots. All patients over 18 years of age presenting in an emergency department were included. The subject chosen is part of a larger study investigating the factors influencing the existence of medical contact prior to admission to the various emergency departments in Bordeaux Metropole. The main composite judgment criterion is the prior medical contact defined by a consultation with the attending physician, a doctor on duty or a specialist, or a call to the SAMU. A questionnaire was used to draw up patient profiles and describe the patient's care pathway in the emergency department up to the time of admission.

Results. Of the 1165 patients included in the study, 636 or 54.6% had prior medical contact before consulting the emergency department, compared with 529 or 45.4% who consulted spontaneously. Patients over 75 years of age were more likely to have had medical contact before coming to the emergency department. A majority (79.7%) of spontaneous emergency department patients had acute symptoms (less than 24 hours), in contrast to patients in the group with prior medical contact, most of whom had symptoms lasting more than 24 hours (55.1%). Patients who had had prior medical contact were more likely to use emergency department care, except for x-rays (25.6% vs. 37.4%). Finally, patients with prior medical contact had a higher rate of hospitalization than patients who visited the ED spontaneously (19.3% vs. 9%).

Conclusion. In our study, patients who had prior medical contact prior to their admission to the emergency department had symptoms that lasted longer, were potentially unsuccessful with first-line treatment, also had more complementary examinations, and were more often hospitalized. The creation of a triage system dedicated to patients referred by their doctor could improve their care and optimize the flow to the emergency department

ABREVIATIONS

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

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

API: Allocation Parent Isolé

ASF : Allocation de soutien familial

ASS : Allocation Solidarité Spécifique

ASV : Allocation supplémentaire vieillesse

AT : Accident de Travail

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

AV : Allocation Veuvage

AVP : Accident voie publique

CMU : Couverture maladie universelle

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CH: Centre Hospitalier

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des personnes

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

DRCI : Direction de la recherche clinique et de l'innovation

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IC : Intervalle de confiance

IOA : Infirmière organisatrice de l'accueil

IRQ : Interquartile range (écart interquartile)

MT : Médecin traitant

MV : Minimum Vieillesse

NS : Non significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

RC : Rapport de Cotes

RMI : Revenu Minimal d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VVP : Voie Veineuse Périphérique

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	3
<u>RESUME</u>	5
<u>ABSTRACT</u>	6
<u>ABREVIATIONS</u>	7
1 <u>INTRODUCTION</u>	11
2 <u>MATERIEL ET METHODES</u>	13
2.1 Type d'étude	13
2.2 Population	13
2.2.1 Critères d'inclusion	13
2.2.2 Critères de non inclusion.....	13
2.2.3 Critères d'exclusion.....	14
2.3 Matériel de l'étude	14
2.4 Protocole de l'étude	14
2.5 Analyse de données	15
2.6 Aspect éthique	15
3 <u>RESULTATS</u>	16
3.1 Effectifs	16
3.2 Caractéristiques de la population	16
3.3 Les facteurs associés au contact médical préalable	18
3.4 Le contact médical préalable avant l'admission	20
3.5 Le parcours de soins des patients	22
3.6 Analyse multivariée	24
4 <u>DISCUSSION</u>	25
4.1 Résultats principaux	25
4.2 Forces et limites de l'étude	25
4.3 Comparaison aux données de la littérature	26
5 <u>CONCLUSION</u>	29
6 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	30
<u>Annexe 1 : Questionnaire</u>	33
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u> :	35

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

<u>Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques de la population en fonction du contact médical préalable</u>	17
<u>Tableau 2 : Facteurs associés à la consultation aux urgences.....</u>	19
<u>Tableau 3 : Le parcours de soins des patients ayant eu un contact médical préalable.....</u>	23
<u>Tableau 4 : Analyse multivariée des facteurs associés aux patients ayant eu un contact médical préalable</u>	24

FIGURES

<u>Figure 1 : Les différents types de contact médical préalable</u>	20
<u>Figure 2 : Tentative de joindre le médecin traitant (n = 307).....</u>	21
<u>Figure 3 : Pas de tentative de joindre le médecin traitant (n = 858)</u>	21

1 INTRODUCTION

Le système de santé en France s'organise selon plusieurs axes en ce qui concerne le premier recours aux soins. Le médecin généraliste, permet l'accès à la filière de soins de premier recours et organise la coordination des soins. Les structures hospitalières, avec les services d'urgences où sont prises en charge les maladies aiguës graves et les accidents corporels qui nécessitent la réalisation de soins rapides

Depuis plusieurs années, la fréquentation dans les structures d'urgences ne cesse d'augmenter. La cours des Comptes en Février 2019 rappelle qu'en 2016 les services d'urgences ont accueilli près de 21 millions de passages (1).

Cette croissance est un phénomène commun à l'échelle de chaque pays ayant des services d'urgences. Les hypothèses proposées pour l'expliquer s'appuient sur le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques corrélée à la hausse démographique et également sur le mode de consommation des soins primaires (2). On décrit une évolution des comportements des usagers en matière de recours aux soins et une réorganisation du parcours de soins entre la médecine de ville et l'hôpital.

En France, le système de santé s'articule autour du parcours de soins du patient. Légiféré (3), il a pour objectif de prendre en charge le patient dans sa globalité et, selon sa maladie, d'offrir une continuité de soins spécifiques et adaptés à sa pathologie et à sa situation individuelle. Cette offre de soins a un impact à la fois préventif, médical et social.

Le service des urgences dans un hôpital occupe une place centrale dans le parcours de soins et constitue, de manière historique, la principale porte d'entrée de l'hôpital car étant un passage quasi-indispensable des patients avant leur admission dans les services hospitaliers (4). Toutefois de nos jours, on estime que seul 40% des patients hospitalisés sont passés par les urgences initialement et que le nombre de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation sont de l'ordre de 15 millions (1).

Les services d'urgences apparaissent comme une ressource de premier choix lorsque les services de santé de premiers recours en ville ne sont pas disponibles.

Le rapport Larcher, publié en 2008 fait le constat de la précarité de la permanence des soins, avec une offre de soins largement insuffisante dans le secteur libéral (5).

Cela encourage les patients à considérer les services d'urgences comme des services de consultations non programmées. Selon une enquête publiée en 2003 de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), une majorité de patient consulte aux urgences sans avis médical préalable et que seul un quart d'entre eux a essayé de joindre ou de consulter son médecin traitant au préalable (6). Une autre étude de ce groupe de travail, publiée en 2006, révèle que les deux tiers des patients arrivent aux urgences sans avoir recherché un avis médical préalable (7).

En s'orientant en premier lieu vers un service d'urgences, le patient a en effet l'assurance d'être pris en charge, même si le délai peut parfois être incertain. Le comité DRESS publie une enquête en 2015 qui atteste que 90% des patients sont évalués en moins de 30 minutes et que sept patients sur dix bénéficient de soins dans l'heure suivant leur arrivée (8) . Le patient a également un sentiment d'être mieux pris en charge, par un accès direct et sans coût apparent au plateau technique et à l'évaluation du spécialiste.

Une enquête s'intéressant aux nouveaux comportements des patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale (9), révèle que ces patients connaissent les filière de soins et qu'ils recherchent la plus efficiente pour régler leur problème, justifié par la douleur, l'angoisse et/ou la nécessité d'examen complémentaires. Et ce malgré la conscience du caractère non urgent au sens vital du terme de leur motif de consultation.

L'objectif principal de l'étude est de décrire l'impact du contact médical préalable dans le parcours de soins du patient consultant aux urgences. Pour cela nous avons comparé si les patients ayant eu un contact médical préalable étaient plus hospitalisés que ceux qui consultaient spontanément aux urgences.

Le critère d'évaluation principal est le contact médical préalable. Il est défini par une consultation ou un appel auprès du médecin traitant ; une consultation chez un médecin de garde ou chez un spécialiste ; ou un appel au SAMU-centre 15.

Notre objectif secondaire est d'évaluer la différence en terme de consommation de soins chez les patients ayant eu un contact médical préalable ou non. Les consommations de soins pouvant être définies par le nombre d'examen complémentaires, que ce soit un bilan biologique, une imagerie, ou un avis spécialisé aux urgences.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale multicentrique réalisée dans 9 centres d'urgences en Gironde sur 2 plages horaires de 24h : la première a eu lieu du lundi 25 au mardi 26 juin 2018 (de 8h à 8h) et la deuxième du samedi 30 juin au dimanche 1 juillet 2018 (de 8h à 8h). Le recueil de données s'est donc effectué au même moment dans les différents sites :

- CHU Bordeaux Pellegrin,
- CHU Bordeaux Saint-André,
- Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué,
- Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine,
- CH Saint-Nicolas de Blaye,
- CH Robert Boulin à Libourne,
- Clinique mutualiste de Pessac,
- CH Arcachon,
- CH Pasteur à Langon.

Les chefs de services d'urgences respectifs avaient au préalable donné leur accord au déroulement de l'étude, avec la validation de l'Observatoire Régional des Urgences d'Aquitaine. L'ensemble du personnel soignant était averti de la présence d'un interne effectuant un travail de recueil dans le service.

Le sujet choisi s'inscrit dans une étude plus large recherchant les facteurs influençant l'existence d'un contact médical avant l'admission dans les différents services d'urgences de Bordeaux Métropole: MEDical contact before Emergency Room (MEDIACTER). L'étude est menée par 10 internes, faisant l'objet de 10 thèses. « Bordeaux Métropole » correspond à l'ensemble des services d'urgences des centres hospitaliers sus-cités.

2.2 Population

2.2.1 Critères d'inclusion

Il s'agit de tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgences, quel que soit leur sexe et la pathologie.

2.2.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion sont les patients de moins de 18 ans, ceux qui refusent de participer à l'étude. Ne sont pas inclus les patients dont l'interrogatoire était impossible:

barrière de la langue, intoxication alcoolique ou stupéfiant aiguë, inconscient, confus. Enfin les patients présentant une pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiat n'étaient pas inclus afin de ne pas perturber la prise en charge.

2.2.3 Critères d'exclusion

Une fois le patient inclus dans l'étude, le seul critère d'exclusion était l'impossibilité de finir de remplir le questionnaire.

2.3 Matériel de l'étude

Le questionnaire (ANNEXE 1) a été rédigé par l'ensemble des investigateurs ayant participé à la réalisation de l'étude. Il a été créé à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisées (10), (11). L'idée directrice était d'avoir une vision globale du patient : ses antécédents, ses motivations, son parcours de soin, ainsi que son devenir.

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

Il comporte des données nécessaires au calcul d'un score de précarité sociale validé selon une étude de Pascal and al. (12). Il nous informe sur le mode de venue aux urgences.

Il précise s'il y a eu un contact médical préalable notamment avec le médecin traitant ainsi que les raisons pour lesquelles le patient est venu aux urgences. Il comporte des données médicales du patient : antécédents, bénéficiaires d'une affection de longue durée (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 (hospitalisation, UHCD, retour à domicile).

Les différents actes de soins comme la réalisation d'une biologie ; d'une radiographie ; d'une autre imagerie ; d'une demande d'un avis spécialisé ou d'une pose d'une voie veineuse périphérique (VVP) sont réunis sous le terme générique « examens complémentaires ».

Nous avons défini le contact médical préalable à la venue aux urgences par une visite ou un appel, chez le médecin traitant, chez un médecin de garde, chez un spécialiste ou un appel au SAMU-centre 15.

2.4 Protocole de l'étude

Le questionnaire a donc été établi en amont par les investigateurs de l'étude MEDIACTER. Les investigateurs se sont ensuite postés au même moment dans les différents services d'urgences afin de recueillir les données sur deux plages de 24h (dont une en semaine et une le week-end). Les services avaient tous donné leur accord pour que l'on puisse effectuer le

recueil de données dans de bonnes conditions sans perturber le parcours de soins du patient. Les infirmières organisatrices d'accueil (IOA) étaient préalablement informées ainsi que les aides-soignants et les agents administratifs et établissaient le premier contact avec le patient. Après évaluation par l'IOA, l'éligibilité de chaque patient admis a été évaluée.

Lorsque c'était le cas, leur consentement oral a été recueilli. Le questionnaire standardisé était ensuite complété tout au long du séjour du patient aux urgences.

Les différents logiciels des urgences ont servi également à recueillir les données concernant les prescriptions d'examen complémentaires et enfin l'orientation finale des patients.

2.5 Analyse de données

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

Les variables qualitatives étaient représentées en effectifs et pourcentages puis comparées au moyen d'un test de Fisher. 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 significatives à $p < 0.05$. A chaque étape, une interaction a été recherchée.

2.6 Aspect éthique

Le promoteur et les investigateurs 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, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

L'étude a été qualifiée hors loi Jardé par la direction de la recherche clinique du CHU de Bordeaux.

L'ensemble des informations recueillies l'ont été dans un but d'optimisation de la prise en charge du patient. Les données ont été anonymisées conformément à l'éthique médicale.

3 RESULTATS

3.1 Effectifs

Sur l'ensemble du recueil, 1165 patients ont été inclus. On dénombre 301 patients inclus au CHU (site de Pellegrin et Saint André) et 864 patients dans les Centres Hospitaliers de périphérie (Arcachon, Blaye, Bordeaux Nord, Langon, Libourne, La Mutualiste, Robert Picqué).

3.2 Caractéristiques de la population

Sur les 1165 patients inclus dans l'étude, 636 soit 54,6% ont eu un contact médical préalable avant la consultation au service d'accueil des urgences. Et ils étaient 529 soit 45,4% à ne pas avoir eu de contact médical préalable. Cette répartition était comparable de manière proportionnelle entre le CHU et les CH périphériques.

La médiane d'âge de la population était de 48 ans (étendue inter-quartile EIQ = 31-69).

Le taux de patients ayant des critères de précarité n'était pas différent dans les deux groupes.

Les patients de plus de 75 ans avaient plus souvent eu un contact médical préalable (Tableau 1), tout comme les patients bénéficiant d'une ALD.

Le mode de transport était différent dans les deux groupes : les transports en ambulances privées et le SMUR étaient plus fréquents chez les patients ayant eu un contact médical préalable (17,7 % contre 4,1%). A contrario, on ne constate pas de franche différence concernant le transport par les pompiers.

La majorité des patients consultait par ses propres moyens, sans avoir recours à un transport sanitaire (SMUR, ambulance ou pompiers). Ils étaient également une majorité à consulter accompagnés d'un tiers.

Le recours aux urgences lors d'un épisode aigu antérieur était associé à un contact médical préalable avant la consultation aux urgences. En effet, dans le groupe du contact médical préalable, ils étaient 81,6% à avoir déjà consulter au moins une fois aux urgences, contre 75,5% dans le groupe de patients consultant spontanément ($p = 0,02$).

Lorsque le motif de consultation était en lien avec un problème de traumatologie, une majorité de patients (65,3%, $n=268$) préféraient consulter directement aux urgences sans contact médical préalable ($p < 0,001$).

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques de la population en fonction du contact médical préalable

Variables	Population générale n=1165 (%)	Contact médical préalable n = 636 (54,6%)	Pas de contact médical n = 529 (45,4%)	p
Lieux :				
- CHU	301(25,8)	154(24,2)	147 (27,7)	0,04
- CH périphériques	864 (74,2)	482 (75, 8)	382 (72,3)	NS
Age (années) – med (IRQ)	48 (31-69)	53 (29-62)	43 (29-62)	< 0,05
Patients précaires	325 (27,9)	173 (27,2)	152 (28,7)	NS
Population gériatrique (>75 ans)	218 (18,7)	151 (23,7)	67 (12,6)	< 0,001
Mode de transport :				
Présentation spontanée dont :				
- <i>Accompagné d'un tiers</i>	505 (43,3)	268 (42,2)	237 (44,8)	< 0,001
- <i>Seul</i>	260 (22,4)	116 (18,2)	144 (27,2)	
<i>Transports dont :</i>				
- <i>SMUR</i>	11 (0,9)	11 (1,7)	0	< 0,001
- <i>Ambulance privée</i>	124 (10,7)	102 (16,1)	22 (4,2)	
- <i>Pompiers</i>	265 (22,7)	139 (21,8)	126 (23,8)	
Recours aux urgences antérieurement :				0,02
- Non	247 (21,2)	117 (18,4)	130 (24,5)	
- Une fois	213 (18,1)	114 (17,9)	99 (18,7)	
- Plus d'une fois	705 (60,5)	405 (63,7)	300 (56,8)	
ALD	382 (32,7)	257 (40,4)	125 (23,6)	< 0,001
Problème traumatologique	410 (35)	142 (22,7)	268 (50,6)	< 0,001

3.3 Les facteurs associés au contact médical préalable

On distingue une différence significative entre les 2 groupes concernant la durée des symptômes amenant à consulter : une majorité (79,7%) des patients consultant spontanément aux urgences avaient des symptômes aigus (moins de 24h), contrairement aux patients du groupe ayant eu un contact médical préalable, qui présentaient majoritairement des symptômes de plus de 24 heures (55,1%).

Le fait de venir aux urgences sur conseil de l'entourage est un facteur associé à un non contact médical préalable. Tout comme le fait d'être conseillé par un paramédical (65,9% consultent spontanément) ou les pompiers (78,3% consultent spontanément).

Le souhait de bénéficier d'examen complémentaires était la motivation principale des patients consultant aux urgences.

Concernant les motivations amenant à consulter aux urgences, les trois items les plus significativement représentés dans le groupe « contact médical préalable » étaient le désir de consulter un spécialiste, l'échec thérapeutique de première ligne et le souhait d'être hospitalisé.

Les patient consultant pour un motif d'accident du travail, étaient une majorité à consulter spontanément (78,9%, n=30), tout comme les patients victimes d'agression (84,2% de consultation spontanée, n=32).

La proximité des soins n'est pas un facteur associé à un contact médical préalable plus fréquent avant la venue aux urgences.

Tableau 2 : Facteurs associés à la consultation aux urgences

Variabes	Population générale n=1165 (%)	Contact médical préalable n = 636 (54,6%)	Pas de contact médical n = 529 (45,4%)	p
Durée des symptômes :				< 0,001
- <24h	707 (60,6)	285 (44,9)	422 (79,7)	
- >24h	296 (25,4)	210 (33)	86 (16,3)	
- >1 semaine	109 (9,4)	95 (14,9)	14 (2,6)	
- >1 mois	53 (4,6)	46 (7,2)	7 (1,4)	
Conseillé de venir aux urgences par :				
- Entourage	164 (14)	51 (8)	113 (21,3)	< 0,001
- Employeur	15 (1,2)	3 (0,5)	12 (2,3)	NS
- Pompiers	97 (8,3)	21 (3,4)	76 (14,4)	< 0,001
- Personnel Paramédical	47 (4)	16 (2,5)	31 (5,9)	< 0,05
- Autre pro de santé	18 (1,5)	4 (0,7)	14 (2,6)	NS
- Police	14 (1,2)	3 (0,4)	11 (2,1)	< 0,05
- Médecin	266 (22)	266 (41,8)	0	< 0,001
- Service urgences	14 (1,2)	10 (1,6)	4 (0,8)	NS
- Seul	384 (32,9)	116 (18,2)	268 (50,6)	< 0,001
- SAMU (15)	146 (12,5)	146 (22,9)	0	< 0,001
Motivations : (choix multiples)				
- Examens complémentaires	587 (50,3)	342 (53,7)	245 (46,3)	< 0,05
- Consultation spécialisée	188 (16,1)	134 (21)	54 (10,2)	< 0,001
- Pense que c'est grave	319 (27,3)	171 (26,8)	148 (27,9)	NS
- Souhaite une hospitalisation	69 (5,9)	53 (8,3)	16 (3)	< 0,001
- Pas d'amélioration malgré un tt	109 (9,3)	102 (16)	7 (1,3)	< 0,001
- Echec automédication	135 (11,5)	65 (10,2)	70 (13,2)	NS
- Pas d'avance des frais	16 (1,3)	5 (0,7)	11 (2)	NS
- Convocation	13 (1,1)	10 (1,5)	5 (0,5)	NS
- Accident de travail	38 (3,2)	8 (1,2)	30 (5,6)	< 0,001
- Accident voie publique	50 (4,2)	11 (1,7)	39 (7,3)	< 0,001
- Accident vie quotidienne	82 (7)	29 (4,5)	53 (10)	< 0,001
- Accident scolaire/sportif	12 (1)	3 (0,4)	9 (1,7)	< 0,05
- Agression	38 (3,2)	6 (0,9)	32 (6)	< 0,001
- Proximité des soins	89 (7,6)	42 (6,6)	47 (8,8)	NS

3.4 Le contact médical préalable avant l'admission

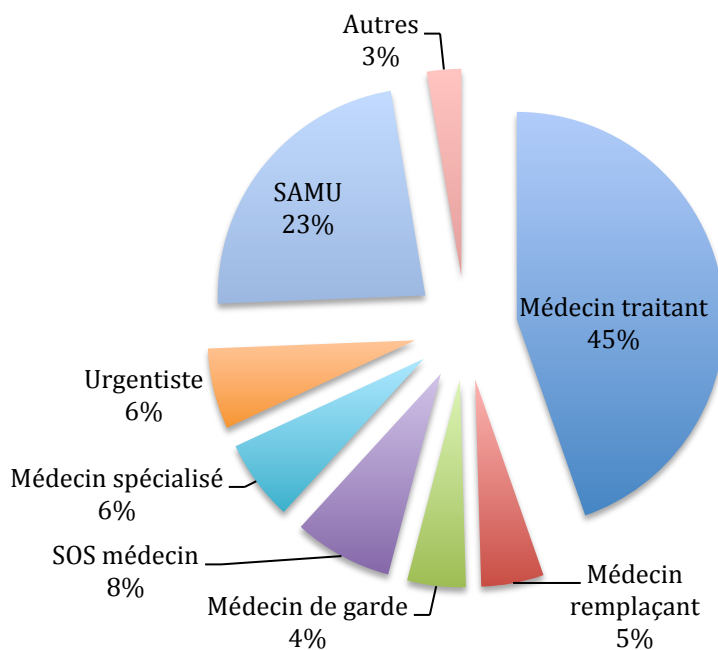


Figure 1 : Les différents types de contact médical préalable

Lorsque les patients avaient appelés leur médecin traitant, ils étaient orientés vers un service d'urgences dans 66,8% des cas (Figure 2). De plus, 31,6% de ces patients déclaraient avoir eu recours aux urgences faute de disponibilité de leur médecin traitant (n = 97).

A contrario, lorsque il n'y a pas eu de tentative de joindre le médecin traitant, ils étaient 60% à préférer venir directement aux urgences (Figure 3).

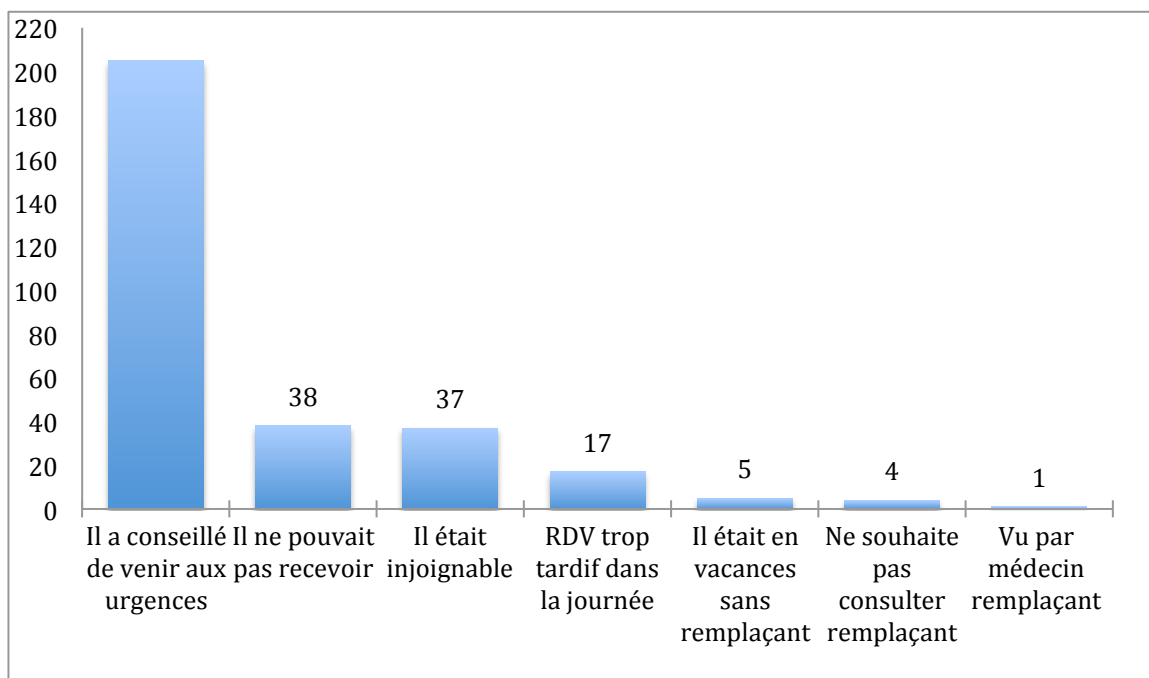


Figure 2 : Tentative de joindre le médecin traitant (n = 307)

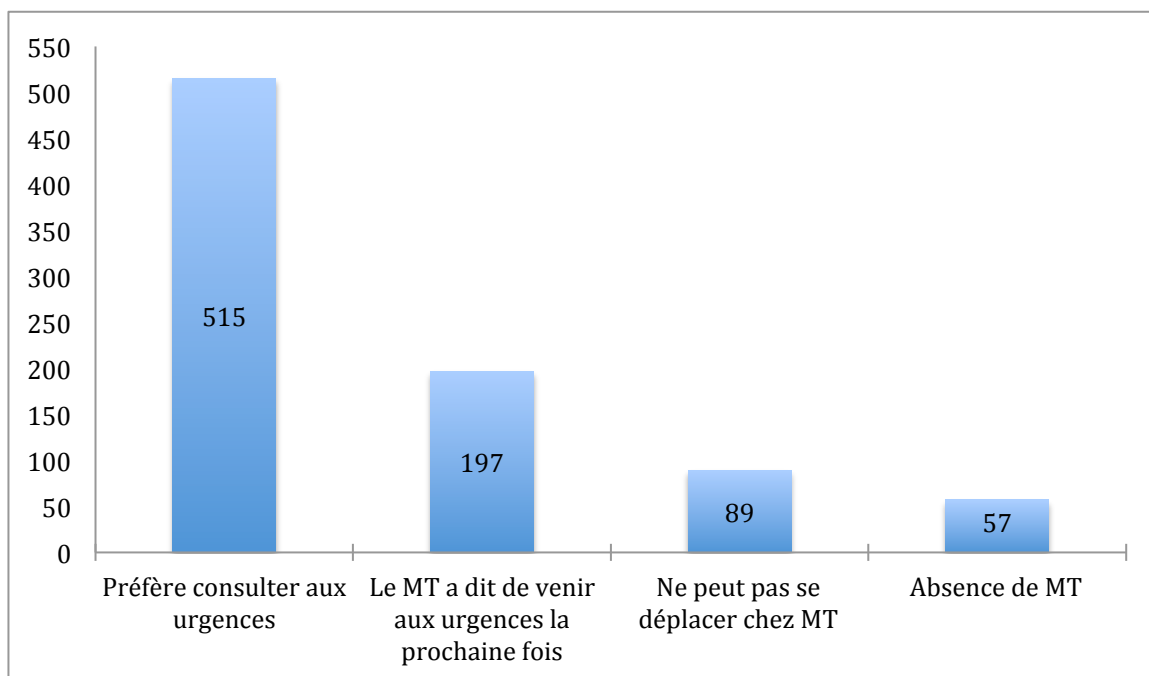


Figure 3 : Pas de tentative de joindre le médecin traitant (n = 858)

3.5 Le parcours de soins des patients

Sur nos 1165 patients, 794 (68%) ont bénéficié d'un examen complémentaire, d'un avis spécialisé ou d'une pose de VVP.

Les patients ayant eu un contact médical préalable sont plus consommateurs « d'examens complémentaires » (73,1% vs 62,2%).

Les patients consultants spontanément bénéficiaient plus souvent de radiographie (37,4% contre 25,6 % ; $p < 0,001$).

Les patients ayant eu un contact médical préalable étaient significativement plus souvent hospitalisés, que ce soit en hospitalisation traditionnelle (19,3% vs 9%); ou en UHCD (12,9% vs 6,6%). En effet, parmi les patients qui ont été hospitalisé ($n = 288$), 71,2% ($n = 205$) avaient eu un contact médical préalable.

A contrario, les patients consultant spontanément retournaient plus fréquemment au domicile à l'issue de la prise en charge aux urgences (81,6% vs 65,4% $p < 0,001$).

Tableau 3 : Le parcours de soins des patients ayant eu un contact médical préalable

Variables	Population générale n=1165 (%)	Contact médical préalable n = 636 (54,6%)	Pas de contact médical n = 529 (45,4%)	p
Examens complémentaires :	794 (68)	465 (73,1)	329 (62,2)	< 0,001
- Biologie	562 (48,2)	386 (60,6)	176 (33,2)	< 0,001
- Radiographie	361 (30,9)	163 (25,6)	198 (37,4)	< 0,001
- Autre Imagerie	208 (17,8)	138 (21,6)	70 (13,2)	< 0,001
- Avis spécialisé	204 (17,5)	133 (20,9)	71 (13,4)	< 0,001
- Pose de VVP	403 (34,6)	281 (44,1)	122 (23)	< 0,001
- Autre	301 (25,8)	169 (26,5)	132 (24,9)	NS
Devenir :				<0,001
- Hospitalisation	171 (14,6)	123(19,3)	48 (9,1)	
- UHCD	117 (10)	82 (12,9)	35 (6,6)	
- Retour à domicile	848 (72,7)	416 (65,4)	432(81,7)	
- Autre	29 (2,4)	15 (2,4)	14(2,6)	

3.6 Analyse multivariée

Les facteurs indépendamment associés à un contact médical préalable étaient les patients âgés de plus de 75 ans (OR 2,14 et IC 95% [1,55-2,98]), les symptômes supérieurs à 24h (OR 4,88 et IC95% [3,72-6,42]), le souhait de consulter un spécialiste (OR 2,34 et IC95% [1,65-3,36]), une consultation devant un échec de traitement en première ligne (OR 14,21 et IC95% [6,57-36,6]), les patients porteurs d'une ALD (OR 2,10 et IC95% [1,68-2,85]) et la réalisation d'une biologie (OR 3,09 et IC95% [2,41-3,96]).

A contrario, les facteurs indépendamment associés à une absence de contact médical préalable étaient les victimes d'accident de travail (OR 0,21 et IC95% [0,08-0,47]), la réalisation d'une radiographie (OR 0,57 et IC95% [0,44-0,74]) et les symptômes en rapport avec la traumatologie (OR 0,27 et IC95% [0,20-0,35]).

Tableau 4: Analyse multivariée des facteurs associés aux patients ayant eu un contact médical préalable

Variables	Odds Ratio	IC 95%
Se présenter dans un site « périphérique »	1,20	[0,91-1,58]
Population gériatrique (> 75 ans)	2,14	[1,55-2,98]
Durée des symptômes (> 24 h)	4,88	[3,72-6,42]
Souhait d'une consultation avec spécialiste	2,34	[1,65-3,36]
Consultation malgré traitement	14,21	[6,57-36,6]
Penser que c'est grave	0,94	[0,72-1,23]
Victime accident de travail	0,21	[0,08-0,47]
Pas d'avance de frais	0,37	[0,10-1,17]
Hôpital plus proche	0,72	[0,45-1,14]
Porteur ALD	2,19	[1,68-2,85]
Biologie	3,09	[2,41-3,96]
Radiologie	0,57	[0,44-0,74]
Traumatologie	0,27	[0,20-0,35]

4 DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'impact du contact médical préalable dans le parcours de soins du patient consultant aux urgences.

Notre étude a montré que les patients qui étaient adressés par un médecin avaient un taux d'hospitalisation plus important que les patients qui étaient venus consulter directement aux urgences (19,3% contre 9%). On notait également que les patients adressés étaient également plus consommateurs de soins (biologie, avis spécialisé et voie veineuse périphérique), excepté pour la radiographie (25,6% contre 37,4%).

4.2 Forces et limites de l'étude

Notre étude était une étude prospective et multicentrique. C'était également la première étude de cette ampleur à s'intéresser au contact médical préalable au sein des services d'urgences de Gironde.

Parmi les données de la littérature, peu d'études explorent l'implication d'un contact médical préalable sur le parcours de soins des patients aux urgences.

On peut déplorer dans notre étude le choix arbitraire du recueil des données sur deux plages de 24 heures : un jour de semaine (lundi) et un jour de week-end (samedi). Ce qui n'était pas représentatif de l'ensemble de l'année et limite donc la puissance de l'étude. Le sex ratio n'a pas pu être renseigné.

Une autre limite de notre étude réside dans le fait qu'il n'y ait pas eu de phase test des questionnaires par manque de temps. Il n'y a pas eu non plus de formation ou d'entraînement pour les investigateurs affiliés aux différents sites d'inclusion. Ce qui aurait pu permettre de repérer certains défauts dans la méthodologie.

Concernant le questionnaire, sous forme de questions fermées, il permettait un meilleur taux de réponse et une meilleure compréhension des questions posées. A contrario, l'inconvénient de ce type de questionnaire était de guider le patient dans ses réponses et de limiter ses possibilités d'expression. Il y avait également un certain degré de subjectivité vu la nature déclarative des réponses et donc un facteur d'incertitude.

Certains patients devaient être accompagnés pour répondre au questionnaire, il est possible qu'ils aient été influencés, de quelques manières que ce soit notamment dans le choix des motivations de consultation. Ils ont pu penser que le questionnaire allait entraîner une modification de leur prise en charge.

Comme dans tout travail avec des données qualitatives, il existait un biais d'interaction, de courtoisie et d'induction. Il existait un biais de mémorisation obligatoire sur certaines questions.

Enfin, le questionnaire n'était pas anonyme. Le nom du patient apparaissait en haut de la première page, ce qui permettait la relecture des dossiers mais les données étaient anonymisées dans un second lors du recueil des données. Cette absence d'anonymat était signalée au patient et pouvait orienter ses réponses et donc être considéré comme un biais négatif d'influence.

4.3 Comparaison aux données de la littérature

Notre étude a montré que les patients ayant eu un contact médical préalable avaient des symptômes qui duraient depuis plus longtemps (plus de 24H) que ceux consultants spontanément (55,1% contre 19,5%).

Plusieurs études similaires menées au sein des services d'urgences de Nanterre (11), de Cambrai (13) et d'Orange (14) arrivaient aux mêmes conclusions : une grande majorité des patients consultant spontanément ont des symptômes aigus de moins de 24 heures ; et cela est d'autant plus marqué pour les patients jeunes, comme le souligne le rapport publié par la DRESS en mars 2006 (15).

Notre étude retrouvait également que les patients ayant eu un contact médical préalable bénéficiaient significativement de plus d'examens complémentaires que les patients non adressés.

Cette tendance se retrouve dans l'étude de Boudy Lapouge and al (16), publiée en 2013, qui décrivait que 90 % des patients adressés par un médecin généraliste avaient bénéficié d'examens complémentaires aux urgences d'Albi. L'étude marseillaise de Devallois and al (17), publiée en 2010, conforte également cette donnée, que ce soit pour la biologie, l'imagerie, ou la prise d'avis spécialisé.

Enfin, notre étude a montré que parmi les patients hospitalisés, une majorité (71,2%) avait eu un contact médical préalable. L'étude de Billault and al, publiée en 2003, décrit que l'envoi de patients aux urgences par leur médecin est justifié dans une majorité des cas : en effet, un ratio de 70% d'hospitalisation était retrouvé dans cette population (18).

L'étude menée par Layla Ricoch pour la DRESS en mars 2016 montrait que le fait d'avoir eu recours à un médecin avant de venir aux urgences augmentait le taux d'hospitalisations à l'issue du passage aux urgences (19).

Notre étude a donc montré que les patients adressés avaient des symptômes qui duraient depuis plus longtemps, étaient potentiellement en échec d'un traitement de première ligne, ils bénéficiaient également de plus d'examens complémentaires, et enfin ils étaient plus hospitalisés.

On peut soumettre l'hypothèse que ces patients adressés ont donc des pathologies plus « graves » que les patients qui consultent spontanément.

Il serait intéressant de tenir compte dès l'accueil par l'IOA de l'adressage des patients et de la gravité potentiellement supérieure aux patients qui se présentent spontanément.

Tout comme les patients amenés par les pompiers, qui sont évalués prioritairement, les patients adressés par un médecin pourraient être fléchés sur une filière différente des patients qui consultent spontanément et être évalués puis triés plus rapidement.

Cela pourrait avoir également comme effet secondaire de motiver les patients à aller consulter leur médecin traitant en première intention afin d'être adressés si leur pathologie nécessite une prise en charge aux urgences, et donc de rentrer dans cette filière dédiée. Cela permettrait également de filtrer une partie des consultations qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence.

De plus, dans notre étude, nous avons observé que la population de patients âgés de plus de 75 ans avait plus souvent recours à un premier avis médical en ambulatoire avant de consulter aux urgences (23,7 % contre 12,6%).

Cette constatation a également été faite dans une étude de la DRESS, publiée en mars 2017 (20) : elle retrouvait que les personnes âgées avaient entrepris davantage de démarches, avec un avis médical préalable, au cours des 24 heures précédant le recours aux urgences (58% versus 35%).

Selon l'étude Lartigau and al. (21) qui était basée sur le même recueil de données que notre étude, cette population plus âgée bénéficiait également de plus d'exams complémentaires (80% vs 64%) et était plus souvent hospitalisée (35% vs 10%) au décours de leur prise en charge.

Une filière dédiée aux patients âgés adressés par leur médecin pourrait optimiser la prise en charge de ces patients aux urgences. Cette filière pourrait faire intervenir, par exemple, une équipe mobile d'orientation gériatrique, comme c'est déjà le cas dans plusieurs services d'urgences (22).

Depuis quelques années, il existe au CHRU de Nancy une unité de gériatrie d'entrées directes (UGED) qui accueille les patients âgés adressés par leur médecin, sans passer par le service des urgences (23). Cette unité améliore la prise en charge, fluidifie le parcours de soins et désengorge les urgences. La création de ce type d'unité sur Bordeaux serait intéressante afin de limiter le passage aux urgences de cette population particulièrement fragile.

Enfin, nous avons constaté dans notre étude que les patients consultant pour un motif de traumatologie n'avaient pas eu de contact médical préalable dans la majorité des cas.

La traumatologie est un motif de recours aux urgences très fréquent, cela concerne plus d'un patient sur trois (36%) (24) et il est généralement auto-référent.

Il existe probablement une méconnaissance des alternatives aux urgences. En effet les patients pensent que l'imagerie diagnostique est indispensable et urgente et que cela relève

donc d'une consultation aux urgences alors que ce genre de consultations peut également être traité en médecine de ville. Il est probable que ce type de motifs participent aux recours « inappropriés » aux urgences comme décrit dans l'étude de Roy and al (25).

Dans le but d'une amélioration du fonctionnement des urgences, il serait intéressant dans une étude ultérieure d'étudier en détail les comportements et les motivations des patients qui sollicitent les urgences comme seul et unique recours de soins. Cela nous permettrait également d'optimiser l'articulation entre médecine de ville et hôpital, comme cela a été fait dans au sein de l'APHP (26).

5 CONCLUSION

Depuis plusieurs années les services d'urgences doivent faire face à une augmentation croissante de la demande de soins.

La population dans un service d'urgences peut être classée en deux groupes : les patients qui se présentent spontanément et ceux qui sont adressés par leur médecin et/ou qui ont eu un contact médical préalable.

Cette étude décrit l'impact d'un contact médical préalable sur le parcours de soins des patients aux urgences de Bordeaux Métropole.

Elle a mis en évidence que les patients ayant eu un contact médical préalable sont des patients qui sont plus consommateurs de soins avec plus d'examens complémentaires et qui sont plus souvent hospitalisés que les patients se présentant spontanément.

Il est donc indispensable de pouvoir instaurer des outils afin d'améliorer la prise en charge et d'optimiser le flux de ces patients aux urgences.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019 févr [cité 18 déc 2019] p. 212-3. (Rapport public annuel 2019). Report No.: Tome 2. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
2. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé [Internet]. mars 2011 [cité 10 déc 2019];(N° 163). Disponible sur: rucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N (2011) Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé, no 163
3. Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
4. G Potel and al. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions [Internet]. SFMU; 2005 mai [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf
5. Gérard Larcher. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. 2008. Report No.: 569.
6. CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale [Internet]. DRESS; 2003 janv [cité 18 déc 2019]. Report No.: 212. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
7. CARRASCO V. L'activité des services d'urgences en 2004: une stabilisation du nombre de passages [Internet]. DRESS; 2006 [cité 18 déc 2019]. Report No.: 524. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-activite-des-services-d-urgences-en-2004-une-stabilisation-du-nombrede-passages,4561.html>
8. RICROCH L, VUAGNAT A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins [Internet]. DRESS; 2015 Aout [cité 19 déc 2019]. Report No.: 929. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>
9. GENTILE S and al. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences [Internet]. mai 2007 [cité 18 déc 2019];20(1):138. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0993985707003391>
10. BOUDARD O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours [Internet] [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2015 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/9b11/c4b3784993373109771353ab070dc6cc1fb2.pdf>

11. MEUNIER L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale [Thèse de médecine]. Paris; 2009.
12. FOUCHARD A and al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. Revue d'épidémiologie et de santé publique [Internet]. Aout 2014 [cité 18 déc 2019];62(4):237-47. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762014003472>
13. LERAT-GOLASOWSK M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai [Internet] [Thèse de médecine]. Lille; 2015 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
14. BOULENGER E. Parcours de soins non programmés : état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin ; exemple de l'agglomération d'Orange [Internet] [Thèse de médecine]. Marseille; 2017 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/5008/49518e0e3808d9054e111b58cb4a1f8b082e.pdf>
15. GOUYON M, LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale Premiers résultats [Internet]. DRESS; 2006 mars [cité 19 janv 2020]. (Etudes et Résultats). Report No.: 471. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
16. BOUDY LAPOUGE M. Les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences du centre hospitalier d'Albi : Description et analyse des motifs de recours [Internet] [Thèse de médecine]. Toulouse; 2013 [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/46/1/2013TOU31003.pdf>
17. DEVALLOIS-AMEZIANE D. L'influence du médecin généraliste dans la prise en charge des patients aux urgences [Thèse de médecine]. Marseille; 2010.
18. BILLAULT C and al. Valeur informative de la lettre d'admission d'un patient au sau. Etude prospective avec analyse de 228 courriers au cours d'une semaine type reconstituée. Congrès Urgences; 2003.
19. RICOCH L, YILMAZ E. Parcours de soins des patients des urgences hospitalières. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. mars 2016 [cité 27 janv 2020];64:S19. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762016000638>
20. BOISGUERIN B, MAURO L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier [Internet]. DRESS; 2017 mars [cité 22 janv 2020]. Report No.: 1007. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
21. LARTIGAU M. Facteurs associés à la consommation de soins aux urgences des patients âgés de plus de 75 ans [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2019.
22. Le Résaut Nord Alpin des Urgences (RENAU). Accueil de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences par l'IOA [Internet]. 2018 janv [cité 23 janv 2020].

Disponible sur: <https://www.renau.org/media/2018/01/478-a3-poster-chute-bleuv4.pdf>

23. PERRET-GUILLAUME C. L'UGED évite aux patients âgés la case « urgences ». *MEDECINS*. févr 2020;65:12-3.
24. DRESS. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières [Internet]. 2015 juin [cité 9 févr 2020]. Report No.: 63. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
25. ROY S, MARTINEZ L, PATERON D. Les consultations aux urgences pour des motifs relevant de la médecine ambulatoire. Enquête auprès de médecins généralistes et urgentistes. SFMU; 2012.
26. NAOURI D, RANCHON G, VUAGNAT A, SCHMIDT J, YORDAMOV Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Quality & Safety* [Internet]. 30 oct 2019 [cité 27 févr 2020];bmjqs-2019-009396. Disponible sur: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2019-009396>

Annexe 1 : Questionnaire

Numéro :

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

CP :

Site :

Date :

Heure :

Bénéficiez-vous de la CMU, CMU complémentaire ou AME ? Oui Non

Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ? Oui Non

Recevez-vous une de ces allocations : le RSA, l'AAH, l'ASF, l'ASS, l'ATA, l'AV, le MV ou l'ASV?* Oui Non

Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1^{er} emploi ? Oui Non

Comment êtes-vous venu ?

SMUR Ambulance privée Pompiers Seul Accompagné d'un tiers

Avez-vous déjà eu recours aux urgences ? Non 1 fois > 1 fois

Depuis combien de temps le problème a-t-il commencé ? < 24H > 24H > 1 semaine > 1 mois

Avant cette consultation, aviez-vous déjà vu un médecin pour ce problème ?

Mon médecin traitant Un médecin remplaçant SOS médecin Je n'ai pas consulté
 Un médecin spécialiste Un médecin de garde Un urgentiste

Qui vous a conseillé de voir un médecin aux urgences ?

Un médecin Le service des urgences Un paramédical (IDE, Kiné...) Autre professionnel de santé
 Le SAMU (15) La police (17) Votre entourage Je l'ai décidé seul
 Le 112 Les pompiers (18) Votre employeur

Avez-vous tenté de joindre votre médecin traitant ?

Oui Non

Si oui

Il vous a conseillé de venir aux urgences
 Il ne pouvait vous recevoir
 Il est injoignable
 Il est en vacances et n'est pas remplacé
 Vous ne souhaitiez pas consulter le remplaçant
 Vous aviez un rendez-vous dans la journée mais ne pouviez attendre

Si non

Je n'en ai pas
 Il vous avait dit "la prochaine fois, consultez aux urgences"
 Vous préférez aller aux urgences
 Vous ne pouviez pas vous déplacer chez le médecin

Au final, pourquoi êtes-vous venu aux urgences ? (choix multiples)

Pour bénéficier d'un examen complémentaire (radio, biologie...)
 Pour bénéficier d'une consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)
 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 avez besoin que ce problème soit réglé
 Vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent
 Vous êtes attendu dans un autre service
 Vous êtes reconvoqué
 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

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"/> Connectivite | <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

- Retour à domicile UHCD Hospitalisation 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.