HAL open science

Évaluation du parcours de soin des patients se présentant spontanément aux urgences selon la durée de leurs symptômes

Mathieu Domblides

To cite this version:

Mathieu Domblides. Évaluation du parcours de soin des patients se présentant spontanément aux urgences selon la durée de leurs symptômes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03133929

HAL Id: dumas-03133929

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03133929

Submitted on 7 Feb 2021

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 SCIENCES DE SANTÉ

04/02/2021 THÈSE n° 4

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

par

M. DOMBLIDES Mathieu

Né le 22 mars 1991 à Bordeaux

Évaluation du parcours de soin des patients se présentant spontanément aux urgences selon la durée de leurs symptômes

Directeur de thèse : Docteur Renaud JACQUEMIN

Membre du jury :

- Professeur COMBES Xavier (Président du jury)
- Professeur MONTARIOL Yves (Rapporteur de thèse)
- Professeur GALINSKI Michel (Membre du jury)
- Professeur CASTERA Philippe (Membre du jury)

Sommaire

Remerciements.....3
Abréviations.....5
1. Introduction.....6
2. Méthodes.....7
2.1 Protocole d'étude.....7
2.1.1 Design de l'étude.....7
2.1.2 Population concernée.....7
2.2 Données.....8
2.2.1 Méthode de recueil.....8
2.2.2 Méthode d'analyse.....9
2.2.3 Aspect éthique et réglementaire.....9
3. Résultats.....9
3.1 Échantillon de la population.....9
3.2 Analyse univariée.....11
3.3 Analyse multivariée.....17
4. Discussion.....19
4.1 Une majorité de patients viennent le premier jour des symptômes.....19
4.2 Les urgences parfois utilisées comme premier relais médical.....19
4.3 Des alternatives pour le recours aux urgences en ambulatoire.....20
4.3.1 Améliorer la permanence des soins.....20
4.3.2 Centraliser autour d'un numéro unique.....21
4.3.3 Viser une plus grande autonomie des patients.....22
4.4 Forces et faiblesses de l'étude.....23
5. Conclusion.....25
6. Bibliographie.....26
7. Annexe.....29
8. Serment d' Hippocrate.....31
9. Résumé.....32

Remerciements :

Merci au Professeur Xavier COMBES, Professeur de Médecine d'urgences, de nous avoir fait l'honneur et la gentillesse de bien vouloir présider cette thèse. Veuillez voir dans ces remerciements l'expression de mon plus grand respect.

Merci au Docteur Yves MONTARIOL, Maître de Conférences associé, de m'avoir accompagné tout le long de mes études, d'avoir accepter de lire une grande partie de mes travaux et d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse. Merci pour vos précieux conseils et pour votre soutien.

Merci au Professeur Michel GALINSKI, Professeur des universités associé et praticien hospitalier, d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en ma très sincère reconnaissance.

Merci au Docteur Philippe CASTERA, Professeur des universités associé et médecin généraliste, de m'avoir former à l'entretien motivationnel et d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci au Docteur Renaud JACQUEMIN, Chef de Clinique urgentiste, de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, d'avoir répondu à mes très nombreuses questions et de m'avoir conseillé tout au long de ma thèse.

Je remercie ma femme, Laura, qui m' a accompagnée et soutenue tout le long de ces études. Merci d'avoir cru en moi car je n'aurai jamais été aussi loin sans toi. Merci d'être là à chaque instant et de me soutenir dans les meilleurs comme dans les pires moments. Tu es la meilleure chose qui me soit arrivé dans ma vie.

Je remercie mes parents pour ce qu'ils ont fait pour moi, je n'aurai jamais réussi sans eux. Je remercie mon père pour toute l'aide et la protection qu'il m'a apportée malgré les difficultés. Je remercie ma mère pour les souvenirs inestimables qu'elle m'a offerts. Je sais que tu veilles sur nous de là où tu es.

Je remercie mon frère et ma sœur, Antoine et Charlotte, pour leurs soutiens de chaque instant et les merveilleux moments (et quelques disputes) que nous avons partagés et que nous partagerons encore.

Je remercie Sabine ainsi que ses enfants, Quentin et Morgane, pour tout ce qu'ils nous ont apporté et sans qui, j'en suis sûr, nous ne serions pas là aujourd'hui.

Je remercie ma grand-mère, Gisèle, ma marraine, Karine, ainsi que toute sa famille et mon cousin, William, de m'avoir soutenu et de m'avoir permis d'être qui je suis aujourd'hui.

Je remercie mes grand-pères, Robert et Jean-Yves, ma grand-mère, Odette, ma tante, Françoise, mon grand-oncle et ma grande-tante, Jean-Paul et Francine, pour m'avoir soutenu et continuer de me guider de là-haut.

Je remercie ma belle-famille, Joëlle, Sophie, Yann, Nadège, Franck ainsi que leurs enfants pour tous les bons moments passés ensemble ainsi que leur soutien.

Je remercie Charlotte, ma nounou, et toute sa famille pour m'avoir donner goût à ma trop envahissante passion qui me permet de m'évader quotidiennement.

Je remercie mes différents maîtres de stage, les Dr. Reffet, Garnery, toute l'équipe de médecine interne de Libourne, toute l'équipe des urgences de Pellegrin, les Dr. Magdeleine, Larrieu, Gros-Lafaige, Comet, Saura et Macaigne qui m'ont enseigné la médecine avec patience et gentillesse.

Je remercie mes amies, And-nan, Aurélien, Aurélie, Clément, Élisabeth, Emma, Emmanuel, Guillaume, Julie, Leslie, Loïc, Louis, Mathilde, Mathias, Maxime, Mêly, Palina, Patrick, Pépito, Stéphane, Théodore, Thibaud, William pour nos nombreux souvenirs ensemble.

Je remercie mes amis de Saint-Genès Antoine, Arnaud, Aurélie, Bastien, Claire, Fabien, les Jbs et Thomas pour tous ces souvenirs et notre très longue amitié.

Abréviations :

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d' État

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Arrêt de Travail

AVP : Accident de la Voie Publique

AVQ : Accident de la Vie Quotidienne

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPP : Comité de Protection des Personnes

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques

FEODRU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

IOA : Infirmière Organisatrice de l' Accueil

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OR : Odds Ratio

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

1. Introduction

Gregory L.Henry a écrit en 1995 dans l'American College of Emergency Physicians: "Tout le monde devrait apprendre à reconnaître une urgence et savoir quand et qui consulter".(1)

Les urgences accueillent un nombre croissant de patients d'année en année. En France en 2016, plus de 21 millions de personnes se sont présentées dans ces services, soit une augmentation de 15% en 4 ans.(2,3) Cette tendance est la même pour le département de la Gironde, avec 400 000 patients enregistrés en 2016, soit une hausse de 2%.(4) Face à ces chiffres qui ne cessent d'augmenter, la pertinence de toutes ces consultations peut se poser. En effet, plus de la moitié des patients rapportent que leurs problèmes ont démarré depuis moins d'une journée, alors qu'un tiers les a depuis plusieurs jours.(5) Dans le même temps, seulement un tiers a entrepris des démarches par rapport à leur état de santé dans les dernières 24 heures, 3 fois sur 4 auprès d'un médecin (traitant ou non).(5)

A Bordeaux, 64% des patients qui se présentent aux urgences de Pellegrin ont des symptômes depuis moins de 24 heures et 90% des patients ont un médecin traitant déclaré.(6) Cette étude, cependant, ne s'intéressait qu' aux urgences du Tripode. On peut donc se demander si ces chiffres sont identiques dans les autres Services d'Urgence (SU) de Gironde, car les populations environnantes sont très différentes. De plus, le parcours de soin des patients peut varier selon les caractéristiques de chacun, la chronologie des symptômes et les différents intervenants.

L'objectif de notre étude est de chercher s'il y a un lien entre une durée de plus ou moins de 24 heures des symptômes et le parcours de soins des patients se présentant spontanément aux urgences. De même, on peut s'interroger sur la place qu'occupe le médecin traitant en amont des SU.

2. Méthodes

2.1 Protocole d'étude

2.1.1 Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique ; menée par 9 internes via un questionnaire en simultané dans les SU de Gironde qui avaient acceptés de participer à l'étude. Les personnes ont ainsi été interrogées sur deux journées de 24 heures : du lundi 25 au mardi 26 juin 2018 et du samedi 30 juin au dimanche 1er juillet 2018.

2.1.2 Population concernée

Nous avons étudié les personnes se présentant spontanément aux services d'urgence de Gironde ayant accepté de participer à l'étude. Il s'agit ainsi des hôpitaux :

- CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) Pellegrin;
- CHU Saint-André;
- Hôpital d'Instruction des Armées Robert-Picqué;
- Clinique Mutualiste de Pessac;
- Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine;
- Pôle de Santé de La Teste;
- Centre Hospitalier (CH) Haute-Gironde de Blaye;
- CH Pasteur de Langon;
- CH Robert Boulin de Libourne;

Ont ainsi été inclus tous les patients de plus de 15 ans et 3 mois qui répondaient au questionnaire proposé. Nous n'avons pas inclus les patients refusant de participer à l'étude, mais aussi ceux dont l'interrogatoire était impossible (barrière de la langue, intoxication empêchant un interrogatoire fiable ou pronostic vital engagé).

2.2 Données

2.2.1 Méthode de recueil

Nous avons utilisé un hétéro-questionnaire que nous remplissions avec les patients admis aux urgences ; après qu'ils aient vu l'Infirmière Organisatrice de l' Accueil (IOA) et qu'ils aient donné leur accord pour participer à l'étude. Le recueil a été réalisé par les internes suivants : Aurélien Vindiolet, Paulin Besserve, Louis Casanova, David Templier, Marion Lartigau, Peyo Lafontaine, Ingrid Horuckowa, Pierre Escande et moi-même.

Ce questionnaire a été réalisé à partir d'études précédentes nationales.(5) Les différentes données recueillies étaient (Annexe 1):

- Les caractéristiques générales du patient (numéro d'arrivée aux urgences, âge, l'hôpital, la date et l'heure d'arrivée) ;
- Les conditions socio-économiques des patients :
  - Mutuelle, Couverture Mutuelle Universelle (CMU), CMU complémentaire ou Aide médicale d'État (AME);
  - Perception d'une allocation particulière ;
  - Recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois.
- Leurs antécédents ainsi que le présence d'une Affection Longue Durée (ALD) ;
- L'ordonnance des traitements habituels si l'âge de la personne est supérieur à 75 ans ;
- La façon dont ils sont arrivés aux urgences ;
- Le recours antérieur aux urgences et le nombre de fois ;
- Leur parcours de soin avant de venir :
  - Durée des symptômes qui l'amène à venir aux urgences ;
  - Contact médical ou non concernant ce problème de santé ;
  - La personne qui a conseillé le patient à venir aux urgences ;
  - Tentative ou non de joindre son médecin traitant ainsi que sa réponse s'il était joignable ou la raison de ne pas l'avoir eu.
- Les raisons de leur venue aux urgences, ce qu'ils en attendent;
- Leurs antécédents.

Ensuite, nous avons récupéré, via les logiciels de chaque SU, leurs constantes d'entrée puis nous avons suivi leur évolution au sein du service afin d'avoir :

- Les examens complémentaires réalisés ;

- Le diagnostic retenu ;
- Le devenir du patient (retour à domicile, hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), en service ou autre).

2.2.2 Méthode d'analyse

L'ensemble des données ont été compilées et analysées par les Dr. Jacqemin et Gil-Jardine avec le logiciel R (packages gglpot2, foresplot, pROC).(7, 8, 9, 10). Toutes les variables ont d'abord été étudiées en analyse univariée. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de fréquences, puis comparées grâce au test exact de Fisher. Les variables quantitatives étaient représentées sous forme de médianes avec leur étendue interquartile, et leurs distributions comparées à l'aide du test U de Mann-Whitney.

L'analyse multivariée a été menée au moyen d'une régression logistique multivariée. Les variables retenues par l'analyse univariée avec un seuil de significativité conservateur de p = 0,20 ont été incluses dans le modèle initial. Les variables à inclure dans le modèle final ont été sélectionnées par une procédure manuelle pas-à-pas descendante. A chaque étape, nous avons éliminé la variable la moins significativement associée en contrôlant l'absence d'interaction (variation des bêtas > 25 %), avec un seuil de significativité de p = 0,05.

2.2.3 Aspect éthique et réglementaire

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 CPP et a fait l' objet d'une information à l' Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

3. Résultats

3.1 Échantillon de la population

Nous avons réalisé un hétéro-questionnaire auprès des patients qui se présentaient spontanément aux urgences de Gironde sur deux journées de 24 heures, en semaine et en week-end, et hors période de vacances scolaires (du 25 au 26 juin et du 30 juin au 1er juillet). Nous avons ainsi suivi ces patients tout le long de leur passage aux urgences afin de recueillir les éléments cités plus haut. Le tableau 1 ci-dessous montre la répartition des 1165 patients inclus :

Tableau 1. Liste et effectif des sites de recueil de données

Hôpital	Effectif recruté
C.H.U. Pellegrin	196
C.H.U. Saint-André	105
C.H. Libourne	186
C.H. Langon	100
C.H. Blaye	75
Pôle de santé de La Teste	136
Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué	129
Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine	140
Clinique Mutualiste de Pessac	98
Total	1165

Parmi les 1165 personnes incluses dans l'étude, nous avons pu les séparer selon leurs symptômes en deux groupes, comme indiqué dans la figure 1 : un premier de 706 patients pour des symptômes de moins de 24 heures, et un groupe de 459 pour des symptômes de plus de 24 heures.

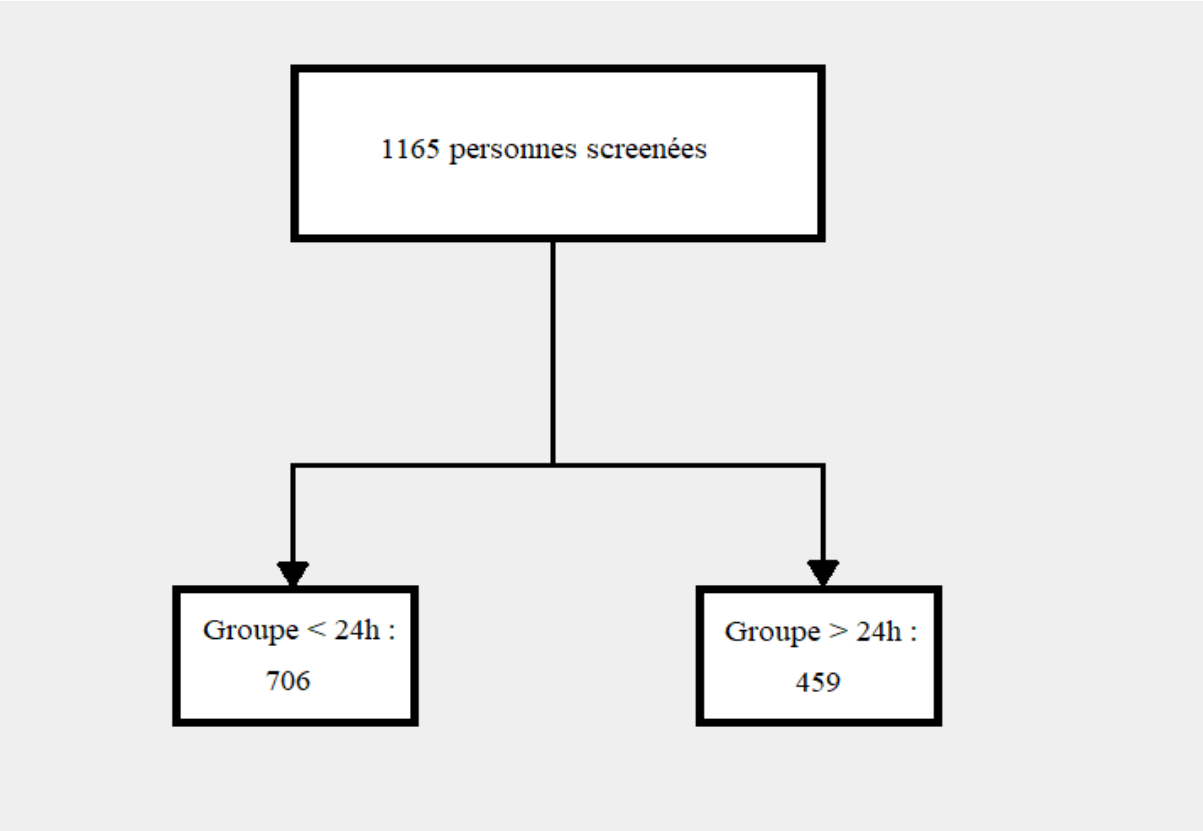

Fig1. Diagramme de répartition des patients selon la durée de leurs symptômes.

3.2 Analyse univariée :

Une première analyse univariée a été réalisée à partir des résultats de ces questionnaires. Ils sont résumés dans le tableau 2. Sur l'effectif total :

- Près de la moitié des patients se sont présentés aux urgences après les 24 premières heures de leurs symptômes ;
- Près de deux tiers des personnes n' ont pas consulté avant de venir, et parmi ceux-là, la majorité présente des symptômes depuis plus de 24 heures ;
- Un quart seulement des patients a consulté son médecin traitant avant de se déplacer aux urgences et était symptomatique depuis plus d'une journée ;
- Il y a autant de consultations en semaine qu' en week-end ;
- A l'inverse, deux tiers des patients se présentent en journée (8h-20) ;
- Un tiers des personnes interrogées sont venues en ayant pris cette décision seul ;
- Seulement un quart vient sur conseil de son médecin et 13% via le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ;
- Un faible nombre de patients se sont auto-médicamentés avec de se déplacer (12%) ou n'allaient pas mieux malgré une première consultation (10%).

Tableau 2. Comparaison des effectifs selon la durée des symptômes.

Variables	Échantillon	< 24h	> 24 h	*p*
Effectifs totaux (%)	1165	706 **(60)**	459 **(40)**	
Durée symptômes				*< 10^{-4}*
< 24 heures	706			
[24h ; 1 semaine]	297			
[1 semaine ; 1 mois]	109			
> 1 mois	53			
Âge	48 **(31 ; 69)**	48 **(32 ; 70)**	48 **(31 ; 68)**	*NS*
ALD, n (%)	382 **(33)**	218 **(31)**	164 **(35)**	*<0,20*
Précarité, n (%)	325 **(28)**	191 **(27)**	134 **(29)**	*NS*
Site, n (%)				*< 10^{-2}*
Arcachon	136 **(12)**	92 **(13)**	44 **(9)**	
Blaye	75 **(6)**	44 **(6)**	31 **(7)**	
Bordeaux Nord	140 **(12)**	73 **(10)**	67 **(14)**	
Langon	100 **(9)**	73 **(10)**	27 **(6)**	
Libourne	186 **(16)**	122 **(17)**	64 **(14)**	
Mutualiste Pessac	98 **(8)**	54 **(8)**	44 **(10)**	
Pellegrin	196 **(17)**	106 **(15)**	90 **(20)**	
Robert Picqué	129 **(11)**	65 **(9)**	64 **(14)**	
Saint-André	105 **(9)**	77 **(12)**	28 **(6)**	
Jour, n (%)				*< 10^{-4}*
Semaine	568 **(49)**	294 **(41)**	274 **(60)**	
Week-end	597 **(51)**	412 **(59)**	185 **(40)**	
Heure, n (%)				*< 10^{-4}*
Jour	738 **(63)**	409 **(58)**	329 **(71)**	
Nuit	427 **(37)**	297 **(42)**	130 **(29)**	
Transport, n (%)				*< 10^{-4}*
Spontanée	765 **(66)**	408 **(57)**	357 **(77)**	
Ambulance privée	124 **(11)**	78 **(11)**	46 **(10)**	
Pompiers	265 **(22)**	210 **(30)**	55 **(12)**	
SMUR	11 **(1)**	10 **(1)**	1 **(0)**	
Recours urgences, n (%)				*NS*
Non	247 **(21)**	161 **(23)**	86 **(19)**	
1 fois	213 **(18)**	127 **(18)**	86 **(19)**	
> 1 fois	705 **(61)**	418 **(59)**	247 **(62)**	
Consultation antérieure pour ce problème, n (%)				
Aucune	716 **(61)**	156 **(80)**	560 **(33)**	*< 10^{-4}*
Médecin traitant	284 **(24)**	68 **(10)**	216 **(46)**	*< 10^{-4}*
Médecin remplaçant	31 **(3)**	9 **(1)**	22 **(4)**	*< 10^{-2}*
Médecin de garde	29 **(2)**	17 **(2)**	12 **(2)**	*NS*
SOS médecin	49 **(4)**	24 **(3)**	25 **(5)**	*<0,20*
Médecin spécialiste	40 **(3)**	14 **(2)**	26 **(5)**	*< 0,05*
Médecin urgentiste	40 **(3)**	14 **(2)**	26 **(5)**	*< 0,05*
Conseillé(e) de venir par, n (%)				
Entourage	164 **(14)**	99 **(14)**	65 **(14)**	*NS*
Employeur	15 **(1)**	10 **(1)**	5 **(1)**	*NS*
Médecin	266 **(23)**	99 **(14)**	167 **(36)**	*< 10^{-4}*
Le service des urgences	14 **(1)**	10 **(1)**	4 **(1)**	*NS*
Paramédical	47 **(4)**	29 **(4)**	18 **(5)**	*NS*
Pompiers	98 **(8)**	81 **(11)**	17 **(3)**	*< 10^{-4}*

Tableau 2. Comparaison des effectifs selon la durée des symptômes.

Variables	Échantillon	< 24h	> 24 h	*p*
SAMU	154 **(13)**	121 **(17)**	33 **(8)**	*< 10^{-4}*
Autre professionnel de santé	18 **(2)**	12 **(2)**	6 **(1)**	*NS*
Police	14 **(1)**	13 **(2)**	1 **(0)**	*< 0,05*
Seul	384 **(33)**	240 **(34)**	144 **(31)**	*NS*
Contact médecin traitant	307 **(26)**	115 **(16)**	192 **(42)**	*< 10^{-4}*
Pourquoi être venu aux urgences, n (%) (choix multiples)				
Bénéficier examens complémentaires	587 **(50)**	354 **(50)**	233 **(51)**	*NS*
Bénéficier d'une consultation spécialisée	188 **(16)**	87 **(12)**	101 **(22)**	*< 10^{-4}*
Je pensais que c'était grave	319 **(27)**	217 **(31)**	102 **(22)**	*< 10^{-2}*
Je souhaitais une hospitalisation	69 **(6)**	35 **(5)**	34 **(7)**	*<0,20*
Je vais pas mieux après consultation	109 **(10)**	22 **(3)**	87 **(19)**	*< 10^{-4}*
Je me suis soigné seul sans résultat	135 **(12)**	67 **(10)**	68 **(15)**	*< 10^{-2}*
J'ai besoin que le problème soit réglé	529 **(45)**	296 **(42)**	233 **(51)**	*< 10^{-2}*
Je n'avais pas à avancer les soins	16 **(2)**	7 **(1)**	9 **(2)**	*<0,20*
Je suis attendu dans un service	7 **(1)**	3 **(0,4)**	4 **(0,9)**	*NS*
Je suis reconvoqué	6 **(1)**	2 **(0,3)**	4 **(0,9)**	*NS*
J'ai été victime d'un AT	38 **(3)**	32 **(4)**	6 **(1)**	*< 10^{-2}*
J'ai été victime d'un AVP	50 **(4)**	46 **(6)**	4 **(0,9)**	*< 10^{-4}*
J'ai été victime d'un AVQ	82 **(7)**	62 **(9)**	20 **(4)**	*< 10^{-2}*
J'ai été victime d'une agression	38 **(3)**	36 **(5)**	2 **(0,3)**	*< 10^{-4}*
J'ai été victime d'un accident sportif, scolaire	12 **(1)**	7 **(1)**	5 **(1)**	*NS*
L'hôpital est le service de soin le plus proche	89 **(8)**	55 **(8)**	34 **(7)**	*NS*
CHARLSON	1 **(1 ; 4)**	1 **(1 ; 4)**	1 **(1 ; 3)**	*NS*
Comorbidité, n (%)				
Infarctus du myocarde	62 **(5)**	42 **(6)**	20 **(4)**	*NS*
Insuffisance cardiaque congestive	75 **(6)**	42 **(6)**	33 **(7)**	*NS*
Maladie vasculaire périphérique	47 **(4)**	24 **(3)**	23 **(5)**	*<0,20*
Accident vasculaire cérébral	38 **(3)**	24 **(3)**	14 **(3)**	*NS*
Démence	36 **(3)**	25 **(3)**	11 **(2)**	*NS*
Maladie ulcéreuse	17 **(2)**	8 **(1)**	9 **(2)**	*NS*
Hépatopathie légère	8 **(1)**	4 **(0,5)**	4 **(0,9)**	*NS*
Hépatopathie modérée à sévère	9 **(1)**	5 **(0,7)**	4 **(0,9)**	*NS*
Maladie pulmonaire chronique	49 **(4)**	28 **(4)**	21 **(5)**	*NS*
Connectivite	17 **(2)**	9 **(1)**	8 **(2)**	*NS*
Diabète	92 **(8)**	48 **(7)**	44 **(10)**	*<0,20*
Hémiplégie	3 **(1)**	2 **(0,3)**	1 **(0,2)**	*NS*
Insuffisance rénale modérée à sévère	31 **(3)**	22 **(3)**	9 **(2)**	*NS*
Diabète avec AOC	17 **(2)**	7 **(1)**	10 **(2)**	*<0,20*
Leucémie	7 **(1)**	5 **(0,7)**	2 **(0,4)**	*NS*
Lymphome	1 **(1)**	1 **(0,1)**	0 **(0)**	*NS*
Tumeur	97 **(8)**	53 **(7)**	44 **(10)**	*NS*
Métastases	10 **(1)**	4 **(0,6)**	6 **(1)**	*NS*
SIDA	1 **(1)**	1 **(0,1)**	0 **(0)**	*NS*

Tableau 2. Comparaison des effectifs selon la durée des symptômes.

Variables	Échantillon	< 24h	> 24 h	*p*
Constantes vitales				
Température, °C	37 **(36,7 ; 37,3)**	37 **(36,6 ; 37,3)**	37 **(36,6 ; 37,3)**	*< 0,05*
Fréquence cardiaque, bpm	80 **(71 ; 91)**	79 **(70 ; 90)**	80,5 **(71,7 ; 92,2)**	*NS*
Pression artérielle systolique, mmHg	129 **(118 ; 144)**	128 **(118 ; 144)**	129 **(118 ; 144)**	*NS*
Pression artérielle diastolique, mmHg	76 **(67 ; 86)**	76 **(67 ; 85)**	77 **(68 ; 86)**	*NS*
Fréquence respiratoire, c/min	16 **(14 ; 18)**	16 **(14 ; 18)**	16 **(14 ; 18)**	*NS*
SpO2, %	98 **(96 ; 99)**	98 **(96 ; 99)**	98 **(96 ; 99)**	*<0,20*
Acte réalisé, n (%)				
Biologie	562 **(48)**	310 **(44)**	252 **(55)**	$< 10^{-2}$
Radiographie	361 **(31)**	240 **(34)**	121 **(26)**	$< 10^{-2}$
Autre imagerie	208 **(18)**	100 **(14)**	108 **(23)**	$< 10^{-4}$
Avis spécialisé	204 **(18)**	116 **(16)**	88 **(19)**	*NS*
Voie veineuse périphérique	403 **(35)**	227 **(32)**	176 **(38)**	*< 0,05*
Diagnostique, n (%)				$< 10^{-4}$
Cardio-vasculaire	120 **(10)**	80 **(11)**	40 **(9)**	
Dermatologie	39 **(3)**	16 **(2)**	23 **(5)**	
Endocrinologie	4 **(1)**	4 **(0,5)**	0 **(0)**	
Gériatrie	25 **(2)**	15 **(2)**	10 **(2)**	
Gynécologie	22 **(2)**	9 **(1)**	13 **(3)**	
Hématologie	14 **(1)**	9 **(1)**	5 **(1)**	
Hépato-gastro-entérologie	111 **(9)**	42 **(6)**	69 **(15)**	
Infectiologie	76 **(7)**	34 **(5)**	42 **(9)**	
Médecine interne	10 **(1)**	7 **(1)**	3 **(0,6)**	
Néphrologie-urologie	68 **(6)**	42 **(6)**	26 **(5)**	
Neurologie	75 **(6)**	36 **(5)**	39 **(8)**	
ORL-ophtalmologie	81 **(7)**	47 **(7)**	34 **(7)**	
Pneumologie	43 **(4)**	21 **(3)**	22 **(4)**	
Psychiatrie	33 **(3)**	18 **(2)**	15 **(3)**	
Réanimation	5 **(1)**	5 **(0,7)**	0 **(0)**	
Rhumatologie	3 **(1)**	1 **(0,1)**	2 **(0,4)**	
Sortie contre/sans avis médical	26 **(2)**	12 **(2)**	14 **(3)**	
Traumatologie	410 **(34)**	308 **(44)**	102 **(22)**	
Devenir, n (%)				$< 10^{-2}$
Hospitalisation	171 **(15)**	84 **(12)**	87 **(19)**	
Retour à domicile	848 **(73)**	536 **(76)**	312 **(68)**	
UHCD	117 **(10)**	70 **(9)**	47 **(10)**	
Autre	29 **(2)**	16 **(2)**	13 **(3)**	

NS = non significatif ; % = pourcentage ; °C = degré celsius ; bpm = battements par minute ;
c/min = cycles par minute ; mmHg = millimètre de mercure ; AT : Accident de Travail ;
AVP : Accident de la Voie Publique ; AVQ : Accident de la Vie Quotidienne

Le tableau 3 décrit les raisons qu'ont évoquées les patients sur leur prise de contact, ou non, avec leur médecin traitant. On peut ainsi relever :

- Près des trois quarts des personnes n'ont pas cherché à le contacter
    - Parmi celles-ci, près des deux tiers préféraient se rendre directement aux urgences (avec des symptômes depuis moins de 24 heures pour la majorité).
- Un nombre non négligeable de patients n' a pas reçu de réponses malgré une volonté de passer par leur médecin traitant.

Tableau 3. Effectif et raisons de contact ou non avec le médecin traitant.

Variables	Échantillon	< 24h	> 24 h	*p*
OUI	307 **(26)**	115 **(16)**	192 **(42)**	
Venir aux urgences	205 **(67)**	69 **(60)**	136 **(71)**	*<0,20*
Ne pouvait pas vous recevoir'	38 **(12)**	15 **(14)**	23 **(12)**	*NS*
Il était injoignable	37 **(12)**	20 **(17)**	17 **(9)**	*< 0,05*
Il est en vacances et non remplacé	5 **(2)**	3 **(3)**	2 **(1)**	*NS*
Je ne souhaitait pas voir le remplaçant	1 **(1)**	1 **(1)**	0 **(0)**	*<0,20*
J'avais un rdv dans la journée mais je ne pouvais pas attendre	17 **(6)**	6 **(5)**	11 **(7)**	*NS*
NON	858 **(74)**	591 **(84)**	267 **(58)**	
Je n'en ai pas	57 **(7)**	35 **(6)**	22 **(8)**	*NS*
La prochaine fois que les symptômes surviennent, consulter aux urgences	19 **(2)**	11 **(2)**	8 **(3)**	*NS*
Je préférais aller aux urgences	514 **(60)**	369 **(62)**	145 **(54)**	*0,02*
Je ne pouvais pas me déplacer	89 **(10)**	59 **(10)**	30 **(11)**	*NS*

NB : Certaines cases OUI et NON n'ont pas été renseignées en détail

Le tableau 4 montre les variables revenues statistiquement significatives avec leur rapport de côte en analyse univariée. Nous avons cependant retiré les variables où l' Odds Ratio (OR) ne pouvait être calculé, c'est-à-dire pour les variables non dichotomiques, avec plusieurs modalités. Certains paramètres ressortent plus particulièrement comme l'absence de consultation antérieure ou la recherche de contact avec le médecin traitant.

Tableau 4. Rapport de cote des variables retenues pour régression logistique multivariée (p < 0,20)

Variables	Échantillon	< 24h	> 24 h	RC	IC95
ALD, n (%)	382 **(33)**	218 **(31)**	164 **(35)**	1,2	[0,96 ; 1,60]
Jour, n (%)				0,5	[0,37 ; 0,61]
Semaine	568 **(49)**	294 **(41)**	274 **(60)**		
Week-end	597 **(51)**	412 **(59)**	185 **(40)**		
Heure, n (%)				0,5	[0,42 ; 0,70]
Jour	738 **(63)**	409 **(58)**	329 **(71)**		
Nuit	427 **(37)**	297 **(42)**	130 **(29)**		
Transport (%)				0,4	[0,29 ; 0,51]
Spontanée	765 **(66)**	408 **(57)**	357 **(77)**		
Ambulance privée	124 **(11)**	78 **(11)**	46 **(10)**		
Pompiers	265 **(22)**	210 **(30)**	55 **(12)**		
SMUR	11 **(1)**	10 **(1)**	1 **(0)**		
Consultation antérieure pour ce problème, n (%)					
Aucune	716 **(61)**	156 **(80)**	560 **(33)**	0,13	[0,10 ; 0,17]
Médecin traitant	284 **(24)**	68 **(10)**	216 **(46)**	8,32	[6,05 ; 11,5]
Médecin remplaçant	31 **(3)**	9 **(1)**	22 **(4)**	3,89	[1,70 ; 9,70]
Médecin spécialiste	40 **(3)**	14 **(2)**	26 **(5)**	2,96	[1,47 ; 6,21]
Médecin urgentiste	40 **(3)**	14 **(2)**	26 **(5)**	2,96	[1,47 ; 6,21]
SOS médecin	49 **(4)**	24 **(3)**	25 **(5)**	1,6	[0,88 ; 3,03]
Conseillé(e) de venir par, n (%)					
Médecin	266 **(23)**	99 **(14)**	167 **(36)**	3,5	[2,61 ; 4,71]
Pompiers	98 **(8)**	81 **(11)**	17 **(3)**	0,29	[0,16 ; 0,51]
SAMU	154 **(13)**	121 **(17)**	33 **(8)**	0,37	[0,24 ; 0,56]
Police	14 **(1)**	13 **(2)**	1 **(0)**	0,11	[0,002 ; 0,78]
Contact médecin traitant				3,7	[2,7 ; 4,9]
Oui mais il était injoignable	37 **(12)**	20 **(17)**	17 **(9)**	0,46	[0,21 ; 0,97]
Non je préférais aller aux urgences	514 **(60)**	369 **(62)**	145 **(54)**	0,71	[0,52 ; 0,96]
Pourquoi être venu aux urgences, n (%)					
Bénéficier d'une consultation spécialisée	188 **(16)**	87 **(12)**	101 **(22)**	2,01	[1,44 ; 2,78]
Je pensais que c'était grave	319 **(27)**	217 **(31)**	102 **(22)**	0,64	[0,48 ; 0,85]
Je souhaitais une hospitalisation	69 **(6)**	35 **(5)**	34 **(7)**	1,53	[0,91 ; 2,57]
Je ne vais pas mieux après consultation	109 **(10)**	22 **(3)**	87 **(19)**	7,25	[4,41 ; 12,38]
Je me suis soigné seul sans résultat	135 **(12)**	67 **(10)**	68 **(15)**	1,65	[1,13 ; 2,41]
J'ai besoin que le problème soit réglé	529 **(45)**	296 **(42)**	233 **(51)**	1,42	[1,11 ; 1,82]
Je n'avais pas à avancer les soins	16 **(2)**	7 **(1)**	9 **(2)**	1,99	[0,65 ; 6,35]
J'ai été victime d'un accident de travail	38 **(3)**	32 **(4)**	6 **(1)**	0,27	[0,09 ; 0,68]
J'ai été victime d'un AVP	50 **(4)**	46 **(6)**	4 **(1)**	0,12	[0,03 ; 0,34]
J'ai été victime d'un AVQ	82 **(7)**	62 **(9)**	20 **(4)**	0,47	[0,26 ; 0,80]
J'ai été victime d'une agression	38 **(3)**	36 **(5)**	2 **(0,3)**	0,08	[0,009 ; 0,31]
Comorbidité, n (%)					
Maladie vasculaire périphérique	47 **(4)**	24 **(3)**	23 **(5)**	1,49	[0,79 ; 2,81]
Diabète	92 **(8)**	48 **(7)**	44 **(10)**	1,45	[0,92 ; 2,27]
Diabète avec AOC	17 **(2)**	7 **(1)**	10 **(2)**	2,22	[0,75 ; 6,93]
Constantes vitales					
Température, °C	37 **(36,7 ; 37,3)**	37 **(36,6 ; 37,3)**	37 **(36,6 ; 37,3)**		
SpO2, %	98 **(96 ; 99)**	98 **(96 ; 99)**	98 **(96 ; 99)**		
Acte réalisé, n (%)					
Biologie	562 **(48)**	310 **(44)**	252 **(55)**	1,55	[1,21 ; 1,98]
Autre imagerie	208 **(18)**	100 **(14)**	108 **(23)**	1,86	[1,36 ; 2,55]
Voie veineuse périphérique	403 **(35)**	227 **(32)**	176 **(38)**	1,31	[1,01 ; 1,68]

% = pourcentage ; °C = degré celsius ; AVP : Accident de la Voie Publique ;
AVQ : Accident de la Vie Quotidienne

3.3. Analyse multivariée

Cette analyse a montré que le parcours de soins varie en fonction de la durée des symptômes (tableau 5 et figures 2 et 3). Les facteurs qui sont indépendamment en faveur d'une consultation dans les 24 premières heures sont :

- Les consultations le week-end ou de nuit ;
- La venue aux urgences en transport spontané (seul ou avec un tiers) ;
- Un adressage par le SAMU.

A l'inverse, les facteurs indépendamment associés à une venue après la première journée des symptômes sont :

- La consultation antérieure du médecin traitant ou remplaçant,d'un spécialiste, d'un urgentiste ;
- La recherche de prise de contact avec son médecin traitant ;
- L'absence d'amélioration malgré une consultation antérieure en ville ;
- La venue après automédication.

Tableau 5. Analyse multivariée

Variables	RC	IC_{95}
Jour		
Semaine	1	
Week-end	0,51	[0,36 ; 0,70]
Heure		
Jour	1	
Nuit	0,64	[0,45 ; 0,90]
Transport spontané	0,26	[0,17 ; 0,38]
Consultation antérieure pour ce problème :		
Médecin traitant	10,8	[6,71 ; 18,90]
Médecin remplaçant	7,49	[2,60 ; 22,00]
SOS médecin	3.11	[1,51 ; 6,42]
Médecin spécialiste	3,26	[1,40 ; 7,80]
Médecin urgentiste	3,05	[1,33 ; 7,17]
Conseillé de venir par le SAMU	0,55	[0,31 ; 0,93]
Contact pris avec le médecin traitant	2,06	[1.21 ; 3.52]
Le médecin traitant à conseillé de venir aux urgences	0,29	[0,14 ; 0,57]
Je ne vais pas mieux après consultation	3,25	[1,78 ; 6,15]
Je me suis soigné seul sans résultat	2,07	[1.28 ; 3.34]
AVP	0,17	[0,02 ; 0,65]
Sp02	0,93	[0,87 ; 0,97]
Radio	0,56	[0,38 ; 0,83]

RC = Rapport de côte ; IC_{95} = intervalle de confiance

On peut également remarquer sur les forest-plot que certains facteurs sont plus marqués que d'autres. Pour ce qui est des facteurs associés à des symptômes récents, ressortent plus particulièrement la venue aux urgences le week-end, la nuit, sur conseil de son médecin traitant, ou encore la venue par ses propres moyens. Dans les facteurs associés à des symptômes de plus d'une journée, certains ont un intervalle de confiance très grand comme la consultation antérieure du médecin traitant ou du remplaçant. A l'inverse, le contact du médecin traitant avant de venir aux urgences ou bien l'automédication ont un intervalle de confiance beaucoup plus étroit et sont donc très intéressants à analyser.

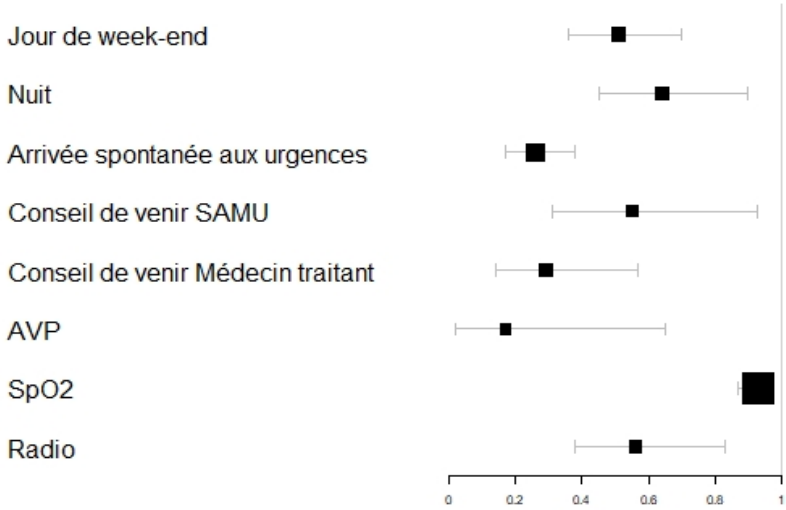

Fig2. Forest plot des facteurs associés à une venue dans les 24 premières heures des symptômes.

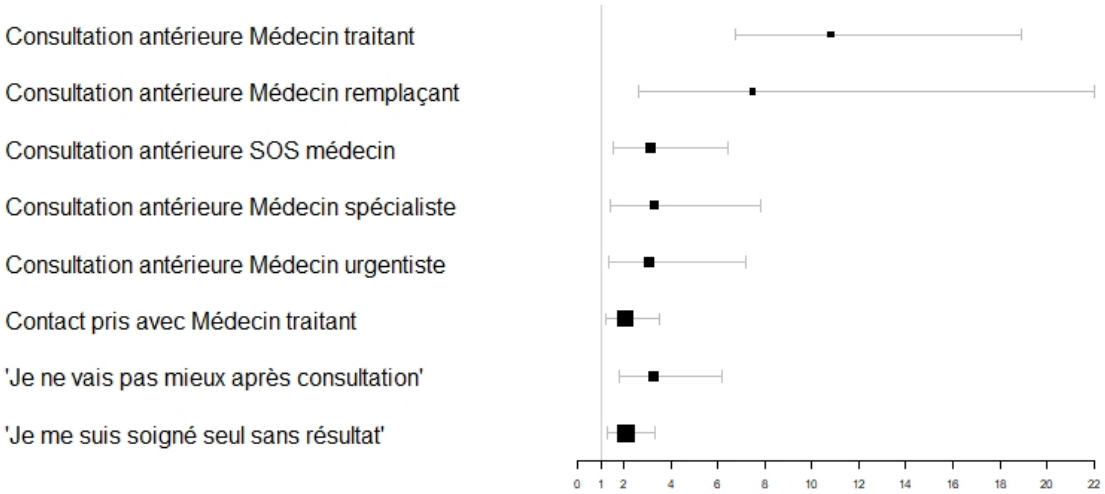

Fig3. Forest plot des facteurs associés à une venue après les 24 premières heures des symptômes.

4. Discussion

Nous avons inclus 1165 patients dans notre étude à partir d'un hétéro-questionnaire sur deux journées de 24 heures dans les urgences de Gironde. Cela nous a donné un aperçu des différentes caractéristiques des personnes y consultant spontanément. On remarque qu'il y a une certaine logique dans les résultats. En effet, la consultation d'un médecin ou bien la recherche de prise de contact avec ce dernier exposent à un rallongement de la durée d'attente avant la venue aux urgences. Il en va évidemment de même quand le patient attend les résultats de la prise en charge par un médecin ou les effets de son automédication. A l'inverse, la diminution importante de l'offre en médecine de ville la nuit et le week-end explique facilement les résultats plus en faveur de symptômes récents sur ces périodes-là. Cela s'applique également à un conseil donné par le SAMU, contacté en général dans un contexte d'urgence et de nécessité d'une réponse rapide, ou bien en cas de transport seul ou via un tiers aux urgences qui se fait généralement dans un sentiment d'urgence immédiate.

4.1. Une majorité de patients viennent le premier jour des symptômes

Près de ⅔ des patients de notre étude sont venus aux urgences dans les 24 premières heures de leurs symptômes. Aux urgences de Pellegrin en 2015, 64% des patients y sont allés dans ces 24 premières heures.(6) On peut ainsi penser qu'il n'y a pas eu beaucoup de changements à priori sur ce point là en Gironde. En France, l'étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques (DREES) de 2014 a établi que plus de 50% des patients se sont présentés le jour même de l'apparition de leurs symptômes mais plus de 30% des personnes interrogées étaient malades depuis plusieurs jours.(5) Il y a donc quand même une majorité de personnes qui se rend aux urgences pour des symptômes de moins d'une journée. Sachant que dans cette même étude, trois quarts des patients finissent par rentrer chez eux, on peut se demander si leur problème relevait réellement de l'urgence ou bien si celui-ci ne pouvait pas être pris en charge par leur médecin traitant.

4.2. Les urgences parfois utilisées comme premier relais médical

Dans notre étude, la consultation antérieure du médecin traitant (ou *a minima* d'un remplaçant, d'un spécialiste ou d'un urgentiste) était en faveur de symptômes

de plus de 24 heures. De même, seulement un quart des patients a déjà consulté leur médecin traitant pour le motif qui les amène aux urgences, avec une très grande majorité de symptômes anciens. Les autres médecins rencontrés sont très minoritaires, ce qui engendre que presque deux tiers des personnes interrogées n'ont jamais vu de médecin pour leur problème de santé avant de se déplacer, et ce avec des symptômes anciens pour la grande majorité. En 2003, l'étude DREES retrouvait des chiffres similaires avec 70% des usagers qui n'avaient pris aucun contact médical préalable, présentiel ou téléphonique. Cependant, cette donnée varie avec l'âge car, plus les populations sont âgées, et plus elles auront tendance à consulter leur médecin traitant en premier (80% avant 50 ans n'ont pas consulté contre 30% après 80 ans).(11) En 2014, ils n'étaient toujours qu'un tiers à avoir entrepris des démarches relatives à leur problème de santé avant de venir aux urgences, et 3 fois sur 4 auprès de leur médecin traitant ou d'un autre médecin.(5) Ces démarches peuvent être un appel téléphonique ou bien une consultation.

4.3. Des alternatives pour le recours aux urgences en ambulatoire

4.3.1. Améliorer la permanence des soins

La consultation antérieure du médecin traitant n'est possible que durant leurs horaires d'ouverture. Ainsi, nous avons montré que le fait d'être en week-end ou bien la nuit était en faveur d'une consultation précoce. Il y avait ainsi bien plus de patients en journée que la nuit mais on ne retrouvait pas d'écart important entre le nombre de personnes en week-end et en semaine. L'étude DREES de 2003 retrouvait des chiffres similaires aux nôtres.(11) Dans une étude sur les attitudes et comportements ressentis des usagers face à une urgence, plus de la moitié des patients se sont présentés dans les services d'urgences aux heures non ouvrables des cabinets de ville.(12) Il est donc tout à fait logique que, devant la baisse de l'offre libérale en soins, les personnes se dirigent vers les services ouverts 24h/24 et 7j/7. La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) vise cependant à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux (de 20h à 8h en semaine, le samedi à partir de midi et le dimanche de 8h à 20h). Cette permanence est assurée par les médecins généralistes régulateurs qui orientent les patients vers des médecins effecteurs pouvant être à leur cabinet, à SOS médecins, ou bien dans les maisons médicales de garde.(13) En Gironde, on dénombre en 2018 près de 9000 médecins dont presque la moitié sont des

généralistes.(14) De plus, dans une enquête du conseil national de l'ordre des médecins en 2019, la Gironde avait un taux de couverture de permanence des soins compris entre 75 et 100% de 20h à minuit, les week-ends et les jours fériés. (15) Cependant, sur l'amplitude horaire de minuit à 8h, ce taux est compris entre 25 et 50%. En termes de structure dédiée à la PDSA en 2018 notre département était par contre bien pourvu avec un taux compris entre 75 et 100%. De plus, environ la moitié des médecins participent à la permanence. On voit donc bien qu'il existe des solutions non hospitalières pour les patients en dehors des heures ouvrables de leur médecin traitant. Cependant, l'étude DREES de 2003 mettait en avant que seulement 20% des patients aux urgences étaient au courant, à l'époque, des possibilités de consultations en libéral en dehors des heures ouvrables.(11) Enfin, il existe une disparité entre les milieux urbains et ruraux puisque, en 2017, 27% des actes réalisés durant la permanence des soins le sont en dehors de toute régulation préalable.(15) Cela signifie qu'en rural certains patients ne passent pas par la régulation et vont directement voir leur médecin traitant à son cabinet, voire à son domicile. On peut noter qu'un projet sur le modèle des "walk in centers" anglo-saxons est en cours de réflexion avec des petits plateaux techniques (biologie, radiologie, matériel etc…) qui seraient associés aux MSP pour prendre en charge des patients stables, notamment en traumatologie.(2) Au final, une meilleure communication sur ce sujet (que ce soit de la part des médecins mais aussi des gouvernements) permettrait sans doute une meilleure connaissance de l'ensemble des dispositifs alternatifs de recours en cas d'urgence et donc une baisse d'affluence dans les services d'urgence.

4.3.2. Centraliser autour d'un numéro unique

Le SAMU est un service installé depuis plus de 30 ans et est donc bien ancré dans le quotidien des Français. Il propose d'avoir, après régulation par un permanencier, un avis téléphonique par un médecin urgentiste ou un médecin généraliste. Dans notre étude, 13% seulement des patients se sont rendus aux urgences après appel de ce service, très majoritairement avec des symptômes depuis moins d'une journée. En 2011, plus de 300.000 dossiers ont été traités au SAMU-centre 15 de Gironde. Près de 40% furent régulés par des médecins généralistes et 42% par ceux du SAMU. Le chiffre le plus intéressant est qu'un quart de ces appels ont conduit à des conseils médicaux.(20) On voit donc tout l'intérêt de

ce service qui permet aux personnes d'avoir une réponse rapide et sûre à leur problème de santé. Le problème est cependant que cette réponse reste centralisée par le 15 et n'est pas une réponse locale.

Seulement un quart de notre effectif a cherché à contacter son médecin traitant avant de se déplacer aux urgences. Différentes raisons ont été évoquées mais ne sont pas revenues significatives dans les calculs. Certaines actions ont été entreprises par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour fluidifier la PDSA et aider les patients à avoir une solution ambulatoire en dehors des horaires ouvrables de leur médecin traitant. C'est ainsi qu'est expérimenté, dans certaines régions, un numéro unique : le 116 117.(18) Celui-ci permet, en horaire de fermeture des cabinets, d'avoir un médecin régulateur pour un conseil, une orientation vers un médecin de garde en ville, l'organisation d'une visite à domicile. Cela limite ainsi le nombre de numéros à appeler pour un avis médical et centralise l'offre de soin en horaire de garde. Cependant, ce dispositif n'est limité pour l'instant qu' à certaines régions (Normandie, Grand Est entre autres), ce qui limite aussi son évaluation. Mais durant la crise du Coronavirus, la Normandie a élargi les capacités de ce numéro avec une permanence 7j/7 et 24h/24. Ainsi, l' ARS a réparti les appels pour ce virus selon si c'était une urgence vitale (appeler le 15), ou non (appeler le 116 117).(19) Il faudra cependant du temps avant que ce numéro ne s'implante réellement dans la vie de tous les jours des Français mais il constitue une bonne alternative au 15 pour les patients et pourrait être complémentaire des solutions proposées précédemment.

4.3.3. Viser une plus grande autonomie des patients

Concernant les raisons statistiquement significatives ayant poussé les personnes à venir aux urgences, l'automédication et l'absence d'amélioration malgré une première consultation sont en faveur de symptômes depuis plus de 24 heures. Il est intéressant de souligner qu'il y a une répartition égale dans la durée des symptômes chez les patients qui se sont traités seuls. En 2017, la DREES met en avant que, devant un problème de santé, 58% des Français vont chercher à consulter leur médecin. L'automédication est quant à elle le réflexe de près d'un Français sur cinq.(16) De plus, un tiers des patients venus aux urgences avait pris des médicaments en automédication dans les 7 jours précédant leur venue. Cependant, parmi les traitements pris, on pouvait en retrouver certains avec des effets indésirables non négligeables comme l'aspirine, des antitussifs ou bien du

Lopéramide. L'épidémie du Coronavirus en 2019 et 2020 a justement permis de mettre en avant la possible dangerosité des anti-inflammatoires non stéroïdiens, pourtant bien connue des médecins, qui restent toutefois disponibles sans ordonnance.(17) Il y a donc une éducation sur ce point là à faire auprès des patients sur l'intérêt mais aussi et surtout les risques liés à l' automédication.

On peut souligner que deux tiers des personnes interrogées se sont déplacés seuls ou avec l'aide d'un tiers aux urgences. C'est un résultat similaire à celui retrouvé par l'étude DREES.(5) Dans notre analyse multivariée, la venue spontanée aux urgences était, logiquement, en lien avec des symptômes depuis moins d'une journée. De plus, le transport par Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) est le second mode d'arrivée aux urgences, représentant un quart de l'effectif total. La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) a étudié les profils des patients selon leur mode de transport aux urgences. Ainsi, ils ont montré que, durant les horaires de permanence des soins, la venue spontanée ne concerne 41% des arrivées, derrière les VSAV ou la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).(21) Il y a donc encore du travail à faire concernant la régulation de ces personnes qui, pour la plupart, viennent sans avis préalable, ce qui rejoint ce qui a été dit précédemment.

Parmi les autres raisons significatives qui ont amené les gens à consulter dans notre étude, on peut relever le sentiment de gravité de la situation (27%), la nécessité de régler le problème rapidement (45%), tous avec une majorité de symptômes récents. Ces résultats ne sont cependant pas ressortis en analyse multivariée.

4.4. Forces et faiblesses de l'étude

Des études des parcours de soin des usagers des urgences avaient déjà été faites auparavant mais toujours sur des centres hospitaliers isolés. Ainsi, une des forces de notre étude est l’inclusion d’une très grande majorité des CH de la Gironde, ce qui n’avait jamais été fait auparavant. De plus, cela s’est fait simultanément dans toutes les urgences sur deux journées complètes, hors vacances scolaires, ce qui rend aisée la comparaison entre les différents services. Enfin, concernant le questionnaire, celui-ci a été réalisé à partir d’études antérieures de la population de patients se rendant aux urgences, notamment les études DREES de 2003 et 2014. (5,11)

Il existe cependant des limites à notre étude. L'utilisation d'un hétéro-questionnaire pouvait poser un problème car il y avait un interne par centre et donc une certaine hétérogénéité dans le recueil des données. De plus, certains internes étaient avec les IOA au moment du recueil des données, alors que d'autres étaient dans la salle d'attente ou bien dans les box. Ainsi, le patient n'était pas forcément enclin à répondre à nos questions de part ses symptômes (anxiété, douleur, etc...). De plus, il pouvait se sentir juger et donc modifier ses réponses, notamment en salle d'attente ou entouré d'autres patients. Nous n'avons également pas pu aller dans certains hôpitaux de Gironde, soit par manque de personnes, soit suite à un refus de l'établissement. On peut aussi noter que certains intervalles de confiance très grands, comme la consultation antérieure du médecin traitant ou du remplaçant, peuvent être expliqués par les faibles effectifs de ces derniers. Enfin, sur le plan social et notamment sur l'avance des frais, on peut penser que les résultats sont sous-estimés. En effet, les patients étaient très souvent peu à l'aise avec ce sujet et ce, même dans certains secteurs où on pouvait penser que cela serait un argument de venue aux urgences. Dans une prochaine étude, l'utilisation d'un score objectif, comme le score EPICES, pourrait être intéressante afin d'éviter cet écueil. (22)

5. Conclusion.

Plusieurs facteurs sont indépendamment associés à une venue en moins d'une journée aux urgences. C'est le cas notamment du fait d'être en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville. La PDSA joue ainsi un rôle prépondérant dans la prise en charge de patients en ambulatoire durant la nuit ou le week-end par exemple. La création de vrais centres de santé à l' anglo-saxonne pourrait être une bonne alternative à la venue aux urgences pour les patients dans le cadre par exemple de la petite traumatologie. Cependant, nombre de personnes ne savent pas qu'il existe des solutions de soins ambulatoires près de chez elles en dehors des heures ouvrables. Une meilleure politique de communication de la part des mairies et des préfectures, un peu comme pour les pharmacies de garde qui ont un numéro unique, permettrait à la population d'avoir connaissance de ces solutions. La généralisation d'un numéro comme le 116-117 pourrait aller dans ce sens.

L'engorgement des urgences et des hôpitaux est donc un problème de santé publique qui n'a jamais autant été d'actualité que cette année. Il devient donc urgent de prendre des décisions pour proposer de réelles alternatives ambulatoires à tous ces patients et ceci passera avant tout par les médecins généralistes en première ligne.

6. Bibliographie

1. Gregory L. Henry. Est-ce une urgence ? [Internet]. American College of Emergency Physicians; 1995 [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/public/01

2. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019 févr [cité 7 oct 2019] . Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

3. Ministère de la santé. La médecine d'urgences [Internet]. 2018 [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf

4. Observatoire Régional des Urgences Nouvelle Aquitaine. Activité des services d'urgence 2016 [Internet]. 2016 [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.oruna.fr/system/files/public/CHIFFRES%20CLES%20SU %202016.pdf

5. Boisguérin B, Valdelièvre H. DREES. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. 2014 Juillet [cité 5 mai 2020]. Report No.: 889. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf

6. 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] [Médecine d'urgence]. Bordeaux; 2015. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01235042/document

7. R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. www.R-project.org

8. H. Wickham. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York, 2016

9. Max Gordon and Thomas Lumley (2020). forestplot: Advanced Forest Plot Using 'grid' Graphics. R package version 1.10

10. Xavier Robin, Natacha Turck, Alexandre Hainard, Natalia Tiberti, Frédérique Lisacek, Jean-Charles Sanchez and Markus Müller (2011). pROC: an open-source package for R and S+ to analyze and compare ROC curves. BMC Bioinformatics, 12, p. 77

11. Baubeau D, Carrasco V. DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Internet]. 2003 janv [cité 5 mai 2020]. Report No.: 215. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf

12. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand A., Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(2004/1):63 à 74.

13. ARS Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2019 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA_CDC_Maj_06_05_2019.pdf

14. Conseil départemental de la Gironde de l'Ordre des médecins. Bilan d'activité 2018 [Internet]. 2018 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://conseil33.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-261/34305/pu-cons-bilan-bilan-d-activite-2018.pdf

15. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2019 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/txkhe1/cnom_rapport_pdsa_2019.pdf

16. Castell L, Dennevault C. DREES. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? [Internet]. 2017 oct [cité 5 mai 2020]. Report No.: 1035. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf

17. Anne-Claire N. Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique: Anti-inflammatoires non-stéroïdiens et infection COVID-19 [Internet]. 14/04/2020 [cité 16 mai 2020]. Disponible sur: https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/anti-inflammatoires-non-steroidiens-et-infection-covid-19

18. Ministère des solidarités: Marisol Touraine lance dans trois régions le 116 117 : un numéro pour joindre un médecin de garde aux heures de fermeture des cabinets médicaux [Internet]. 2017 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-lance-dans-trois-regions-le-116-117-un-numero-pour-joindre-un

19. ARS Normandie: Coronavirus Covid-19 : numéros médicaux utiles [Internet]. 2020 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-numeros-medicaux-utiles

20. SAMU 33 – SMUR de Bordeaux, historique. [Internet]. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: https://samu33smurbordeaux.wordpress.com/historique/

21. Linassier P, Thiebaud D, Faugeras G, Maire B. FEDORU: Profil des patients selon le transport utilisé pour arriver aux urgences [Internet]. 2016 nov [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/11/13-RPU-et-modes-darriv%C3%A9e-aux-urgences-11-2016.pdf

22. ARS Nouvelle Aquitaine. Le score EPICES L'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé fi nancés par l'Assurance Maladie [Internet]. 2019 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf

7. Annexe :

Numéro : **Site :**
Âge : **(si ≥ 75 ans, joindre le traitement)** **Date :**
CP : **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 1er 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
○ Un médecin spécialiste ○ Un médecin de garde ○ Un urgentiste ○ Je n'ai pas consulté

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	Si non
○ Il vous a conseillé de venir aux urgences	○ Je n'en ai pas
○ Il ne pouvait vous recevoir	○ Il vous avait dit "la prochaine fois, consultez aux urgences"
○ Il est injoignable	○ Vous préférez aller aux urgences
○ Il est en vacances et n'est pas remplacé	○ Vous ne pouviez pas vous déplacer chez le médecin
○ Vous ne souhaitiez pas consulter le remplaçant	
○ Vous aviez un rendez-vous dans la journée mais ne pouviez attendre	

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

○ Pour bénéficier d'un examen complémentaire (radio, biologie…)	○ Vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent
○ Pour bénéficier d'une consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue…)	○ Vous êtes attendu dans un autre service
○ Vous pensiez que c'était grave	○ Vous êtes reconvoqué
○ Vous souhaitiez une hospitalisation	○ Vous avez été victime d'un accident de travail
○ Vous avez consulté, mais ça ne va pas mieux malgré le traitement	○ Vous avez été victime d'un accident de la voie publique
○ Vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat	○ Vous avez été victime d'un accident de la vie quotidienne
○ Vous avez besoin que ce problème soit réglé	○ 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) :

◯ Infarctus du myocarde	◯ Maladie ulcéreuse	◯ Leucémie
◯ Insuffisance cardiaque congestive	◯ Hépatopathie légère	◯ Lymphome
◯ Maladie vasculaire périphérique	◯ Diabète	◯ Hépatopathie modérée à sévère
◯ AVC	◯ Hémiplégie	◯ Métastases
◯ Démence	◯ IR modérée à sévère	◯ SIDA
◯ Maladie pulmonaire chronique	◯ Diabète avec AOC	
◯ Connectivite	◯ Tumeur	

Constantes vitales

T° :	FC :	PA :	FR :	SpO_2 :

Acte réalisé :

◯ Biologie	◯ Radiographie	◯ Autre imagerie
◯ Avis spécialisé	◯ VVP	◯ 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

8. Serment d'Hippocrate :

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

9. Résume :

Identité : Domblides Mathieu

Date de soutenance : 04/02/2021

Titre en français : Évaluation du parcours de soins des patients se présentant spontanément aux urgences selon leurs symptômes

Objectif : Nous avons comparé la consommation de soin entre les patients se présentant aux urgences de Gironde selon la durée de leurs symptômes. Nous avons ainsi évaluer si le contexte de survenue des symptômes, la consultation antérieure d'un médecin ou la recherche de contact du médecin traitant varient en fonction de la durée des symptômes. L'objectif principal de notre étude était de chercher s'il y avait un lien entre une durée de symptômes supérieure ou inférieure à 24 heures et le parcours de soins des patients. L'objectif secondaire était d'étudier la place du médecin traitant en amont des services d'urgence

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale et multicentrique, réalisée en simultanée dans neuf urgences en Gironde sur deux journées. Le recueil s'est fait via un hétéro-questionnaire proposé à chaque patient de plus de 15 ans et 3 mois afin de cerner leurs profils, de leur admission à leur devenir

Résultats : Sur les 1165 patients inclus, 40% présentaient des symptômes depuis plus de 24 heures. 61% n'ont pas consulté avant de se déplacer aux urgences et 24% ont consulté leur médecin traitant. Il y avait autant de patients en semaine qu'en week-end mais 63% se sont déplacés en journée. En analyse multivariée, la consultation le week-end et la nuit, la venue seul ou avec un tiers aux urgences et l'adressage par le SAMU sont des facteurs associés à une consultation dans les 24 premières heures. A l'inverse, la consultation antérieure d'un médecin, la recherche de contact du médecin traitant, l'absence d'amélioration malgré une consultation antérieure ou bien l'automédication sont en faveur de symptômes de plus d'une journée

Discussion/Conclusion : Il existe des différences dans le parcours de soin des patients se présentant aux urgences selon la durée de leurs symptômes. La permanence des soins ambulatoire joue un grand rôle dans cela puisqu'elle permet de diminuer l'afflux de patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville. Une meilleure communication ainsi qu'un développement de centres ambulatoires de prises en charge plus globales pourraient être des solutions envisageables.