

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2012

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 8 novembre 2012 à Poitiers
par Mademoiselle Lisa BOUNIORT
née le 7 mars 1982.

**Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier
d'Angoulême pendant les heures d'ouverture
des cabinets de médecine générale :
déterminants, pertinence et orientation.**

COMPOSITION DU JURY

<u>Président</u> :	Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
<u>Membres</u> :	Monsieur le Professeur Marc PACCALIN Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ Monsieur le Docteur Jean-Yves LARDEUR
<u>Directeur de thèse</u> :	Monsieur le Docteur Laurent DELAIRE



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOCHA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologie
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUE TO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIO T Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nem atollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Pascal Roblot,

*vous nous faites l'honneur de présider cette thèse,
veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.*

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin,

*merci d'avoir accepté de juger ce travail,
veuillez trouver ici la marque de notre sincère reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Olivier Mimoz,

*nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury,
veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.*

A Monsieur le Docteur Jean-Yves Lardeur,

*vous avez accepté de juger ce travail,
veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.*

A Monsieur le Docteur Laurent Delaire,

vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse, merci pour votre disponibilité, votre motivation et votre optimisme ! Que ce soit pour ce travail ou pour ma formation médicale, j'ai beaucoup appris avec vous.

A Gilles,

how wonderful life is while you're in the world ♪♪

A mon père, ma mère et mon frère,

vous êtes toujours là pour moi et sachez bien que je vous aime.

A mes grands parents,

loin des yeux mais près du cœur.

A Amy et Géraldine,

veuillez, je vous prie, garder votre humour et votre grande sagesse !

A Stéphanie,

pour ton amitié et tes conseils avisés.

A toute l'équipe des urgences d'Angoulême,

apprendre avec vous restera l'un de mes meilleurs souvenirs d'internat.

Au conseil de l'ordre des médecins de Charente,

pour vos informations précieuses.

Sommaire

<u>ABREVIATIONS</u> :	9
<u>INTRODUCTION</u> :	10
<u>PRE-REQUIS</u> :	12
1. LA NOTION D'URGENCE :	12
1.1. Polysémie du terme :	12
1.2. Classifications de l'urgence :	13
2. LES SERVICES D'URGENCES :	14
2.1. Une structure qui se modernise et s'adapte :	14
2.1.1. Trois niveaux avant son organisation actuelle :	14
2.1.2. Missions de la structure des urgences :	15
2.1.3. Le plan hôpital et la tarification à l'activité :	15
2.2. L'accueil aux urgences :	16
2.2.1. Les échelles de tri :	16
2.2.2. L'accueil du patient :	17
2.3. Formation des médecins urgentistes :	18
3. LA DEMANDE DE SOINS :	18
3.1. Augmentation de la fréquentation :	18
3.2. L'utilisateur des urgences :	19
3.3. Stabilité du nombre d'hospitalisations :	20
4. LE DEPARTEMENT DE LA CHARENTE :	22
4.1. La population :	22
4.2. Les médecins libéraux :	24
4.3. Les autres structures de soins :	26
5. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME :	28
5.1. L'hôpital :	28
5.2. La structure des urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême :	28
5.2.1. L'activité du service :	28
5.2.2. Les moyens humains :	29
5.2.2.1. Les équipes :	29
5.2.2.2. Le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) :	30
5.2.3. Organisation du service, infrastructure :	31
5.2.4. Autres activités :	34
<u>OBJECTIFS DE L'ETUDE</u> :	35

<u>MATERIELS ET METHODE</u> :	36
<u>RESULTATS</u> :	38
1. ACTIVITE DU SERVICE AUX HEURES D’OUVERTURE DES CABINETS DE VILLE :	38
2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :	39
2.1. Données socioéconomiques des consultants :	39
2.2. Protection sociale :	44
2.3. Déclaration d’un médecin traitant :	45
2.4. Quand consultent-ils ?	46
2.5. Début de la symptomatologie :	48
2.6. Démarches avant de consulter aux urgences :	50
2.7. Motifs de consultation :	51
2.7.1. Motifs traumatologiques :	53
2.7.2. Motifs somatiques :	55
2.7.3. Délais de consultation en fonction du motif :	57
2.8. Motifs de non recours au médecin généraliste :	58
2.8.1. Les patients qui ont essayé de contacter un médecin généraliste :	59
2.8.2. Les patients qui n’ont pas essayé de joindre un médecin généraliste :	61
2.8.3. Motivations des patients :	62
2.9. Classification de la douleur :	65
2.10. Fréquentation du service des urgences :	66
2.11. Nombre de patients présents dans les urgences :	67
3. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :	68
3.1. Patients admis :	68
3.1.1. Sénior / interne :	68
3.1.2. Actes diagnostiques et thérapeutiques :	68
3.1.3. Devenir des patients admis :	71
3.1.4. Durée de présence dans le service :	74
3.1.5. CCMU :	76
3.2. Patients réorientés :	77
3.2.1. Accueil :	77
3.2.2. Propositions aux patients :	77
3.2.3. Devenir des patients réorientés :	79
4. TABLEAU RECAPITULATIF DE CONTINGENCE :	81

<u>DISCUSSION</u> :	82
1. CHOIX DES DONNEES ET LIMITES DE L'ETUDE :	82
2. DETERMINANTS DES VENUES SPONTANEEES AUX URGENCES :	83
2.1. Profil des usagers :	83
2.2. Attentes des patients venant aux urgences :	85
2.3. Le non recours au médecin généraliste :	86
3. PERTINENCE DE LA VENUE ET DE L'ORIENTATION :	89
3.1. La prise en charge des patients admis :	89
3.2. Les patients réorientés :	92
3.3. Peut-on mettre en évidence des critères pour déterminer l'orientation ?	93
4. LES PATIENTS AUTO-REFERES PARTICIPENT-ILS A LA SATURATION ? :	96
4.1. Le phénomène d'engorgement :	96
4.2. Les causes de la saturation :	96
4.3. Les patients auto-référés : faux problème ?	99
5. COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS ? :	102
5.1. En amont des urgences :	102
5.2. Dispositifs mis en place aux urgences :	103
5.2.1. La médicalisation du tri :	103
5.2.2. Consultations de médecins généralistes aux urgences :	107
5.2.3. Formations complémentaires et organisations :	107
5.2.4. Système de paiement	108
5.3. En aval des urgences :	109
<u>CONCLUSIONS</u> :	111
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> :	113
<u>ANNEXES</u> :	117
Annexe n°I : feuille de réorientation	117
Annexe n°II : fiche de recueil des données	119
Annexe n°III : protocole de réorientation appliqué dans le service :	121
<u>RESUME</u> :	126
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u> :	127

ABREVIATIONS :

AEG : Altération de l'Etat Général

CCB : Certificats de Coups et Blessures

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNH : Certificats de Non Hospitalisation

DESC : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMU : Dossier Médical Urgences

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

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECG : Electrocardiogramme

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IOA : Infirmier Organisateur de l'accueil

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences Midi Pyrénées

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDS : Permanence Des Soins

RDV : Rendez-vous

RSA : Revenu Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Services d'Accueil et de traitement des Urgences

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unités d'Hospitalisation de Courte Durée

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

INTRODUCTION :

Il existe plusieurs définitions de l'urgence :

- pour le Larousse^[1] : *n.f.* : caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre *aucun retard* ; nécessité d'*agir vite* ; situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés *très rapidement*.

- d'un point de vue médical^[2], on peut distinguer deux niveaux d'urgence : l'urgence réelle correspondant à des urgences vitales (mettant en jeu le pronostic vital) ou vraies (nécessitant des soins rapides), et l'urgence ressentie (patient pouvant légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave).

Par ces deux exemples, nous constatons la difficulté de définir ce qui est urgent ou ce qui ne l'est pas.

L'utilisateur qui ne possède pas, à priori, de formation médicale (mais qui s'informe de plus en plus), exprime des difficultés à différencier l'urgence ressentie de l'urgence clinique vraie. Cette différence ne peut être établie que par un professionnel de santé, et à posteriori. Le patient se fie à sa propre représentation de l'urgence. A cette situation d'urgence « ressentie », il cherche une réponse rapide. Les médecins urgentistes sont régulièrement confrontés à ces patients consultant spontanément, sans orientation médicale préalable. Ces médecins, spécialisés dans l'urgence, ont souvent l'impression de réaliser des consultations non programmées, relevant de la médecine générale, plutôt que de l'urgence vraie pour laquelle ils ont été formés.

Il est classique de critiquer ces patients, de leur faire porter une bonne part de responsabilité dans le dysfonctionnement des services d'urgences, et d'évoquer un comportement incivique ou onéreux pour les finances publiques.

Nous pouvons nous demander si les motifs de venues de ces patients sont réellement bénins. Ont-ils un profil particulier ? Pourquoi n'ont-ils pas eu recours à leur médecin généraliste ? Sont-ils responsables de l'engorgement des urgences ?

L'objectif de notre étude est de savoir comment considérer objectivement et gérer ce flux de patients auto-référés.

Nous nous sommes donc intéressés à ces usagers qui décident seuls de se présenter aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême, aux heures d'ouverture des cabinets des médecins généralistes.

Dans une première partie nous ferons un état des lieux sur les services d'urgences dans la littérature, avant de présenter l'organisation de l'activité des urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême. Dans une deuxième partie nous décrirons la population qui se présente spontanément aux urgences d'Angoulême, leurs motivations et leur prise en charge. Dans une dernière partie nous analyserons ces résultats et discuterons de la problématique de l'engorgement des urgences.

PRE-REQUIS :

1. LA NOTION D'URGENCE :

1.1. Polysémie du terme :

L'urgence n'a pas qu'une seule définition officielle.

- L'annexe de la circulaire 195 ^[3] différencie plusieurs niveaux et évoque plutôt la notion de besoins de soins exprimés en urgence:

- le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds,
- le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir,
- le besoin de consultation exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin.

- Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), on entend par "urgence", *toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement* ^[4].

- Dans les ouvrages médicaux, la notion d'urgence n'est pas clairement définie. Les chapitres traitent d'une pathologie spécifique et énumèrent les signes de gravité qui requièrent alors une prise en charge urgente.

- Une thèse ^[5] réalisée en 2001, s'intéresse aux représentations de l'urgence chez les patients consultant aux urgences. En exposant quelques cas cliniques à ces patients, elle met en évidence que leur démarche ne correspond pas à la gravité de la situation d'un point de vue médical ; les médecins définissent l'urgence d'une manière biomédicale (vitale), et les patients par la rapidité d'intervention estimée nécessaire (59% des patients jugent qu'une douleur thoracique nécessite une prise en charge rapide voire immédiate, 85% pensent que le rhume du nourrisson est une urgence).

Du fait de la polysémie du terme « urgence » on comprend bien que définir le « non urgent » s'avère être aussi compliqué. Pour l'usager, l'urgence est subjective, il tient compte de son éducation, de sa sensibilité personnelle, de sa tolérance à la douleur et de l'angoisse générée.

Si on peut distinguer schématiquement les urgences vitales des cas nécessitant un simple conseil ou une consultation programmée, il est plus difficile de différencier l'urgence ressentie et l'urgence clinique vraie dès le premier abord ^[6]. Le rôle du médecin prend ici toute sa place : établir cette différence.

1.2. Classifications de l'urgence :

L'urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques :

- La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, mais reste fondée sur un jugement médical subjectif ^[7,8].
 - CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
 - CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
 - CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
 - CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate.
 - CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La CCMU modifiée y ajoute deux items :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

- La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (GEMSA) distingue six types de passages ^[9]. Elle reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie :

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.
- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.
- GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

2. LES SERVICES D'URGENCES :

2.1. Une structure qui se modernise et s'adapte :

Les services d'urgences ont subi de nombreuses mutations au cours de ces dernières années. Ils sont soumis à une réglementation et à une organisation qui évoluent au même rythme que les changements de notre société. L'amélioration des techniques médicales et les exigences plus grandes du public, rendent nécessaire une constante remise en question, afin de permettre une prise en charge adaptée des patients.

2.1.1. Trois niveaux avant son organisation actuelle :

Les services d'urgences étaient classés en fonction de leur technicité, selon trois niveaux ^[10] : les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) qui pouvaient traiter tous les types d'urgences, les Unités de Proximité d'Accueil d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATOU) pour les cas moins lourds, les pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) pour les urgences spécifiques (cardiologique, neurologique...).

En 2006, ce cadre réglementaire a été modifié ^[11], avec la suppression des notions d'UPATOU et de SAU. Tous les services autorisés par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) s'appellent désormais « structure des urgences » (on ne distingue plus que la structure des urgences adultes et la structure des urgences pédiatriques), et les médecins doivent avoir la spécialité de médecine d'urgence.

2.1.2. Missions de la structure des urgences :

La mission de la structure des urgences, a été fixée par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995 ^[10] : elle se doit d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

Elle a été précisée par la circulaire du 16 avril 2003 ^[3] qui met en avant la notion de priorisation : ces services doivent prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. Elle différencie le besoin de consultation exprimé en urgence, qui peut relever de la compétence des médecins libéraux.

En plus de cette mission d'accueil, le service des urgences se doit de ^[12] :

- réguler et coordonner la prise en charge des patients pour les orienter vers les structures, filières et réseaux de soins adaptés,
- participer aux missions de prévention, de veille et d'alerte sanitaire (individuelles ou collectives),
- organiser la formation des professionnels de l'urgence,
- assurer l'évaluation de ses pratiques en s'inscrivant dans une démarche de qualité,
- promouvoir et développer la recherche en médecine d'urgence.

2.1.3. Le plan hôpital et la tarification à l'activité :

La réforme hospitalière du plan hôpital 2007, a mis en place la tarification à l'activité, la T2A, afin de financer les établissements. La T2A est un élément central de la nouvelle organisation hospitalière, ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. En plus du Forfait Annuel Urgence (FAU) (tarif fixé nationalement et unique quelle que soit la prise en charge) ^[13,14], les services d'urgences sont financés par la facturation d'un tarif au passage, dénommé Accueil et Traitement des Urgences (ATU), et par une facturation complémentaire des actes médico-techniques répertoriés dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), actes biologiques et radiologiques ^[6]. Le tarif forfaitaire par pathologie (GHS) est appliqué lorsque les patients sont hospitalisés à la suite de leur passage dans le service d'urgence.

Le rapport d'étude sur l'incidence de la T2A souligne que ce système appliqué aux urgences peut ne pas favoriser le désengorgement ni la limitation des dépenses ^[13]; plus le service fait d'actes, plus il est rémunéré.

2.2. L'accueil aux urgences :

L'accueil constitue la première étape de la prise en charge du patient. L'augmentation de la fréquentation des urgences a amené les services à réorganiser leur accueil afin de repérer les patients nécessitant une prise en charge rapide, de ceux pouvant « attendre ». Le but du tri n'est pas de porter un diagnostic, mais de définir la filière de prise en charge sur des données rapidement accessibles ^[15].

2.2.1. Les échelles de tri :

Le tri des patients à leur arrivée dans le service des urgences, permet d'identifier et d'évaluer les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité et de déterminer la meilleure façon d'y répondre. Il facilite la gestion des flux et optimise les délais d'attente.

- Les départements des urgences dans le monde ont établi des échelles de tri. Actuellement aucun modèle standard n'a été retenu à l'échelle internationale. Citons quelques exemples :

- l'échelle de triage Australienne : Australian Triage Scale (ATS), mise en place en 1993. Cette échelle est basée sur cinq niveaux de gravité définissant le temps optimal d'intervention pour chaque catégorie (le symptôme le plus important définit la catégorie). Une analyse récente ^[16] confirme l'efficacité de l'utilisation de l'ATS dans la prise en charge des catégories 1 et 2 (les plus graves), mais des données dans l'échelle manquent pour définir la sévérité et la complexité des patients, ainsi que le caractère approprié du recours aux urgences.

- l'Echelle de Triage et de Gravité Canadienne (ETG) : s'appuie sur cinq niveaux définissant aussi la rapidité de prise en charge ^[17]. Cette échelle est basée sur les signes cliniques et les symptômes. Elle tient également compte des signes vitaux et de la douleur. L'ETG a été adaptée à la pédiatrie.

- l'échelle de tri de Genève : ce mode de classification, mis en place en 1997, s'inspire du modèle Canadien. Cette échelle comprend quatre catégories exprimées en degrés d'urgence, basées sur les symptômes principaux. Une étude a mis en évidence le manque de reproductibilité et la sous évaluation de la gravité de cette échelle, et propose d'y ajouter les paramètres objectifs vitaux ^[18].

-l'Emergency Severity Index (ESI) : les départements d'urgences aux Etats-Unis utilisaient plus couramment des échelles à trois niveaux. En 2010, l'American College of Emergency Physicians (ACEP) et l'association des infirmiers urgentistes (ENA) ont validé l'utilisation de l'échelle à cinq niveaux^[19]. Le tri s'effectue en fonction d'un algorithme qui inclut le degré d'urgence et les besoins techniques qui seront nécessaires^[20,21]. Cette échelle a été jugée adaptée pour prédire le risque d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans^[22].

-l'échelle de tri Anglaise : the Manchester Triage Scale (MTS) qui s'appuie sur cinq niveaux associés à des couleurs en fonction de la gravité. Elle utilise des critères clés pour aider au tri, en fonction des pathologies^[21].

- En France, la Classification Infirmière des Malades d'Urgence (CIMU) comporte cinq niveaux de priorité. La version de 2006 tient compte de la complexité et de la sévérité du patient, des circonstances, du motif de venue, des antécédents et des signes cliniques^[23].

2.2.2. L'accueil du patient :

- Le rôle d'accueil est confié en France aux infirmiers. Dans les années 80, ce rôle est basé sur le volontariat, et la notion d'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) est introduite pour la première fois dans la circulaire du 14 mai 1991 qui définit son rôle comme primordial dans l'accueil des patients^[24]. La première étude réalisée sur la mise en place d'une IAO en France en 1996 montrait déjà une amélioration du temps de prise en charge des patients instables et la satisfaction de 96% des patients lors de leur passage aux urgences^[25].

La mission générale de l'IAO est définie dans le référentiel de la SFMU^[24] :

- accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès leur arrivée,
- définir les besoins de santé et les priorités de soins, évaluer le caractère d'urgence par le tri,
- décider du lieu le plus adapté aux besoins (salle d'urgences vitales, box de soins, salle d'attente...), en lien avec le médecin référent,
- informer, communiquer et coordonner les informations.

- L'IAO devient Infirmier(e) Organisateur de l'Accueil (IOA) (le rôle d'orientation est dévolu au médecin), et suit une formation particulière qui n'existe pas dans d'autres services. L'IOA doit avoir les connaissances, les compétences cliniques et techniques nécessaires à la prise en charge rapide des patients atteints de pathologies pouvant s'aggraver (douleur thoracique, crise convulsive, intoxication...) ^[26].

Actuellement son rôle s'est complexifié, puisque l'IOA doit aussi repérer les patients non graves qui peuvent attendre.

2.3. Formation des médecins urgentistes :

En avril 1988 est mise en place la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) puis en 1998 la Capacité de Médecine d'Urgence (CMU), qui s'adressaient essentiellement aux médecins généralistes. Depuis 2006, les médecins d'une structure d'urgences doivent être titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en médecine d'urgence ou être des praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence ^[11]. Ce DESC est accessible à toutes les spécialités médicales qui peuvent valider la maquette. Il est validé en deux ans par un mémoire, un examen oral et un écrit. Cette nouvelle formation permet aux médecins d'approfondir leurs connaissances techniques et pratiques, et d'acquérir des compétences organisationnelles. Le référentiel de la SFMU ^[27] rappelle les compétences nécessaires à un médecin urgentiste (compétences cliniques, déclaratives, techniques).

3. LA DEMANDE DE SOINS :

«L'augmentation de la fréquentation traduit de nouveaux comportements des usagers qui cherchent un service et la sécurité de consultations non programmées pour des soins qui ne relèvent pas toujours un caractère d'urgence » ^[3].

3.1. Augmentation de la fréquentation :

- Les études nationales :

L'activité des structures d'urgences a connu une croissance soutenue et régulière qui s'est accentuée à la fin des années 90, en corrélation avec l'augmentation des consultations non programmées mais non urgentes. De 1990 à 1998 le nombre de passages aux urgences a augmenté de 43% ^[28] (de 7,2 millions d'usagers à 11 millions). En 2004 l'étude de la DREES notait une stabilisation de ces passages dans le secteur public, avec 14 millions de recours sur l'année ^[29].

Entre 2004 et 2005 l'évaluation du « plan urgences 2004-2008 » ^[9] rapporte de nouveau une augmentation des passages. En 2007, les 646 structures des urgences (publiques et privées) ont pris en charge 16,4 millions de passages, soit + 6% de 2006 à 2007 ^[30].

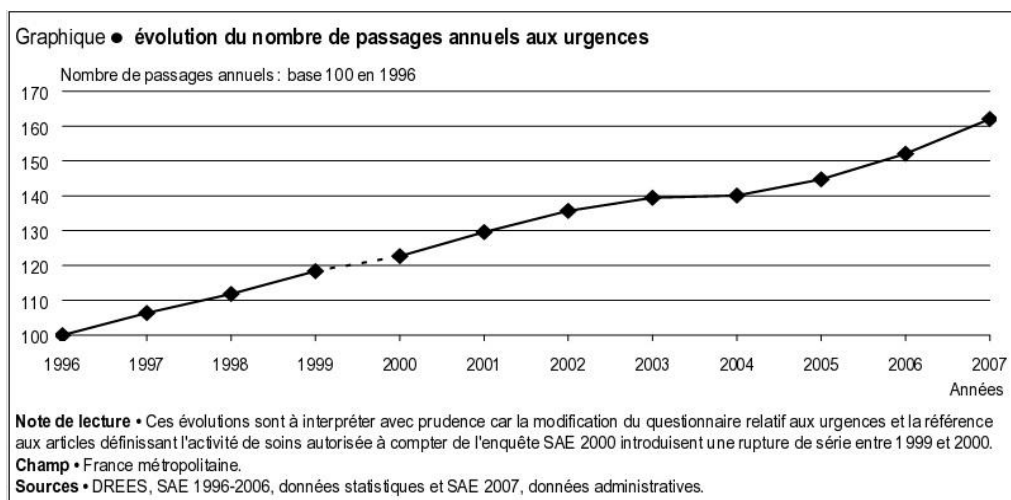


Figure 1 : évolution du nombre de passage aux urgences ^[30]

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2008, par le biais du réseau d'Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences (OSCOUR) (dont fait partie l'hôpital d'Angoulême), montre également que les passages restent en augmentation en 2007 ^[31].

- Une étude plus récente en Midi Pyrénées, réalisée par l'Observatoire Régional des Urgences Midi Pyrénées (ORUMIP) en 2010 rapporte une baisse de l'activité (pour la première fois depuis 10 ans) de leurs services d'urgences publiques, et note en parallèle une augmentation de l'activité du secteur privé dans deux départements. En 2011 l'activité a de nouveau augmenté de +4,3% par rapport à 2010 ^[32].

3.2. L'utilisateur des urgences :

- L'utilisateur est plutôt jeune (moins de 40 ans) ^[2,32-35], avec une légère prédominance masculine, et a un emploi (ouvriers surreprésentés). Il a un médecin traitant dans 75% des cas ^[2,33,34] qu'il n'a pas essayé de contacter ^[6,33-36], et a une certaine familiarité avec les services d'urgences. L'absence d'un médecin traitant, le caractère urgent ou grave, ou l'avance de frais ne sont pas les raisons prioritaires avancées par les patients ^[34]. Le patient consulte de façon équivalente en semaine (aux heures d'ouverture des cabinets) ou le week-end, pour des motifs d'accidents domestiques, et essentiellement pour des problèmes mineurs (CCMU1 ou CCMU2) ^[32,34,35]. Il vient par ses propres moyens dans 70% des cas. Les patients consultant aux urgences bénéficient pour les trois quarts d'entre eux, d'actes thérapeutiques ou diagnostiques ^[35].

- En 2003 la DREES a établi six profils d'usagers consultant aux urgences : 58% de ces patients ont eu spontanément recours aux urgences (cette étude inclut les patients se présentant y compris sur la période de la permanence des soins) ^[34] :

- les usagers qui n'ont pas donné leur avis (19 % des patients) : amenés par le SAMU ou les pompiers, essentiellement les personnes âgées.
- les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %).
- les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après un échec des solutions précédentes (traitement en cours sans amélioration, souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital rapidement, (15 % des patients). L'hôpital est accessible à tous via les urgences.
- les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin est absent, (14% des patients).
- les usagers attirés par l'offre du service d'urgence, la spécialisation hospitalière ou le plateau technique (25 % des patients).
- les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4% des patients).

3.3. Stabilité du nombre d'hospitalisations :

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences reste stable de 1990 à 1998 ^[28] et de 2001 à 2007 ^[9], et correspond à un patient sur cinq (20%) ^[6,29,35].

Les patients hospitalisés sont le plus souvent adressés par un médecin et les personnes âgées de plus de 70 ans sont hospitalisées dans au moins 50% des cas ^[35].

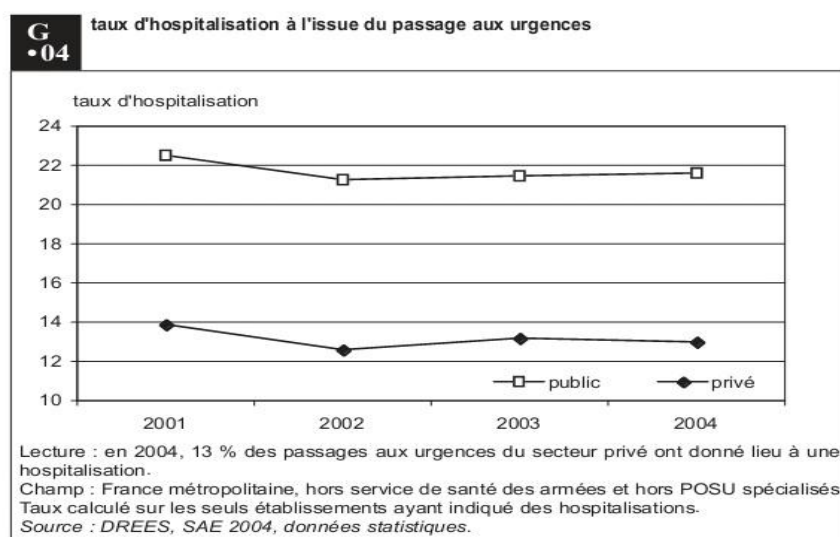


Figure 2 : hospitalisations au décours du passage aux urgences ^[29]

Cette dissociation entre l'augmentation du nombre de passages et la stabilité des hospitalisations, traduit une fréquentation plus importante des patients CCMU 1 et CCMU 2 ^[33,35] qui pourraient être gérés par le médecin généraliste, ou qui ne nécessitent pas une prise en charge aux urgences ^[36].

3.4. Les urgences à l'étranger :

L'augmentation de la fréquentation des urgences est un problème d'ordre mondial :

- aux Etats-Unis, en 10 ans, le nombre de passages aux urgences est passé de 90 millions/an à 113 millions/an ^[37]. Les urgences restent le premier recours pour les patients sans assurance maladie ou lorsque les médecins généralistes ne sont pas disponibles le soir et le week-end. Les services d'urgences aux Etats-Unis sont soumis à la recommandation EMTALA (the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), qui fait partie de la loi COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), et qui oblige ces services à recevoir et prendre en charge tout patient se présentant aux urgences, mêmes s'il ne peut pas régler ^[38].
- au Canada, la fréquentation a augmenté de 23% de 1992 à 2002 ^[39]. En 2004 les services d'urgences ont pris en charge 14 millions de passages. D'après l'étude canadienne les patients considérés comme non urgents représentent 50% des consultations. Onze pourcent des patients sont hospitalisés à la suite de leur passage, 80% repartent chez eux ^[40]. A noter qu'une IOA effectue le tri depuis les années 70 au Canada ^[41].
- en Australie ^[42], l'augmentation de la fréquentation est de +37% de 2000 à 2010. On assiste à une pénurie des lits d'hospitalisation, au vieillissement de la population et à une baisse de l'activité des médecins généralistes, ce qui conduit à l'engorgement des services.
- les patients Italiens consultent pour la fiabilité et la rapidité de ces services, ainsi que pour des difficultés d'accès aux médecins généralistes ou de l'insatisfaction vis-à-vis de l'offre de soins primaires ^[43]. Les non urgents représentent d'après cette étude 19,6% des consultations aux urgences.

Nous verrons dans le chapitre DISCUSSION comment les services d'urgences à l'étranger essaient d'améliorer leur activité.

Ce nouveau mode de consommation médicale fait que les structures des urgences assurent de nouvelles fonctions : elles permettent l'accès aux soins hospitaliers, répondent à des demandes de patients faisant eux même leur « pré diagnostic », et se substituent partiellement à la médecine de ville. On assiste à une stabilité des urgences vraies mais à une augmentation des gens « pressés ».

4. LE DEPARTEMENT DE LA CHARENTE :

4.1. La population :

- La population est composée de 352 110 habitants (dont 43 112 habitants à Angoulême), soit 20% de la population de Poitou-Charentes et 2,8% de la population métropolitaine ; il y a plus de femmes (181 693) que d'hommes (170 417)^[44].

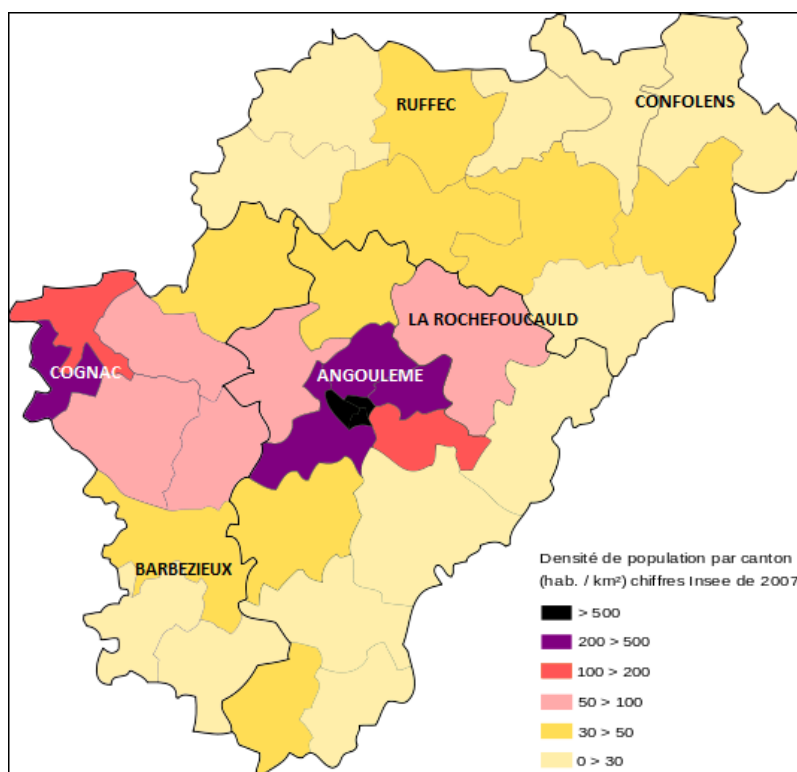


Figure 3 : densité de la population de Charente en 2007^[45]

On compte en 2010 en Charente, 41 207 personnes de plus de 75 ans (11,7%). En 2030, les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront 35 % de la population de Poitou-Charentes, contre 25 % en 2005^[46].

population en Charente 2010	nombre	pourcentage
moins de 20 ans	76 825	21,8%
de 20 à 39 ans	75 679	21,5%
de 40 à 59 ans	100 896	28,7%
de 60 à 74 ans	57 503	16,3%
de 75 ans ou plus	41 207	11,7%

Tableau 1 : population de Charente en 2010^[44]

- Activités : en 2010, on trouve 5,6% d'agriculteurs, 25,7% dans le secondaire et 68,7% dans le secteur tertiaire ^[47]. Le tableau n°2 présente les secteurs en 2009 :

profession en Charente 2009	nombre	pourcentage
Agriculteurs exploitants	5 899	2,0%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	10 444	3,6%
Cadres, professions intellectuelles supérieures	14 421	5,0%
Professions intermédiaires	33 043	11,3%
Employés	46 396	15,7%
Ouvriers	46 898	15,9%
Retraités	95 112	32,7%
Autres sans activité professionnelle	41 776	13,9%

Tableau 2 : profession des Charentais en 2009 ^[48]

Le taux de chômage en Charente est de 10,3% début 2012, et est plus marqué qu'au niveau national (9,6%) et qu'en en Poitou-Charentes (9,3%) ^[49]. Le taux de chômage le plus important est observé dans la zone d'emploi d'Angoulême ^[46].

- Social : - en Poitou-Charentes, en 2010, on note une hausse sensible des situations de précarité. Le nombre d'allocataires du Revenu de Solidarité Active (RSA) et de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est en nette augmentation. En Charente 11 418 personnes (3,3%) sont bénéficiaires du RSA soit 6% des adultes entre 25 et 64 ans ^[50].

En 2007, la part des ménages fiscaux non imposés en Poitou-Charentes est supérieure à celle de la France métropolitaine (49 % contre 45 %). Au niveau départemental, c'est la Charente qui a la part de ménages fiscaux non imposés la plus importante (50 %) ^[46] :

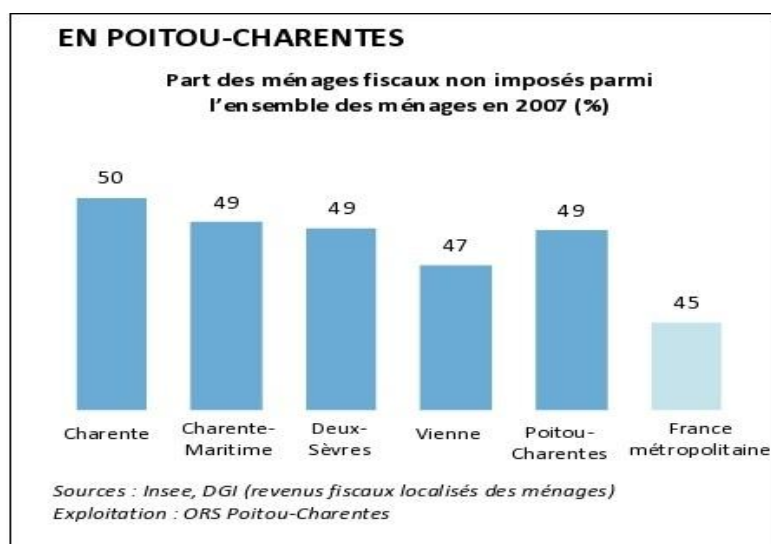


Figure 4 : ménages fiscaux non imposé en Charente ^[46]

- la population de Charente est couverte à 6,1% par la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2010 ^[50] (5,2% en Poitou-Charentes et 6,4% de la population française). Pour la CMUc les pourcentages sont comparables :

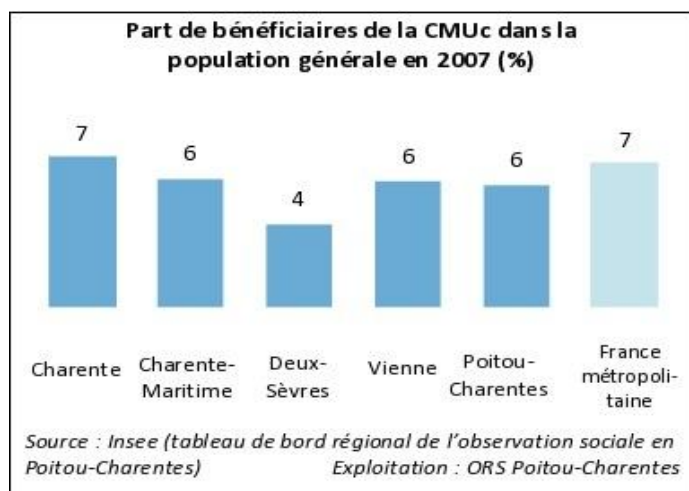


Figure 5 : bénéficiaires de la CMU complémentaire en Charente ^[46]

- Résidents étrangers : en 2006 les résidents Britanniques sont les plus nombreux (à peu près 1,5% de la population de Charente), suivis par les Portugais (1531) puis les Marocains et les Algériens (684 et 602) ^[51]. La population immigrée en Poitou-Charentes correspond à 2,4% de la population.

4.2. Les médecins libéraux :

- Le département compte 308 médecins généralistes en activité au 01.04.2012 ^[52]. Sur la seule année 2011, 27 ont cessé leur activité (essentiellement pour des départs à la retraite ou pour entreprendre une activité salariée). A noter que trois médecins d'autres spécialités (un cardiologue, un neurologue et un ophtalmologue) ont également cessé leur exercice. En 2011, seuls trois médecins généralistes se sont installés en cabinet libéral.

La densité médicale moyenne en Charente pour les médecins généralistes est de 127 médecins pour 100 000 habitants ^[53] (147 pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes), pour une moyenne de 139 pour 100 000 habitants au niveau national. En avril 2012, il existe cinq zones déficitaires en Charente ; cinq médecins généralistes, sur les 16 présents dans ces zones, ont 60 ans et plus ^[52]. En Poitou-Charentes, selon les projections de la DREES, la densité pour les médecins généralistes s'améliorera plutôt à l'horizon 2030, dans une hypothèse de diminution des migrations et du vieillissement de la population (la région compterait 35 000 habitants de moins en 2030 par rapport à 2005) ^[46,54], après un minimum atteint en 2020 sous conditions

que le numerus clausus reste élevé (8000 places prévues à la rentrée 2012), que la répartition des postes soit favorisée dans les régions actuellement sous dotées, et que les postes de médecins généralistes ouverts restent de 55% ^[54].

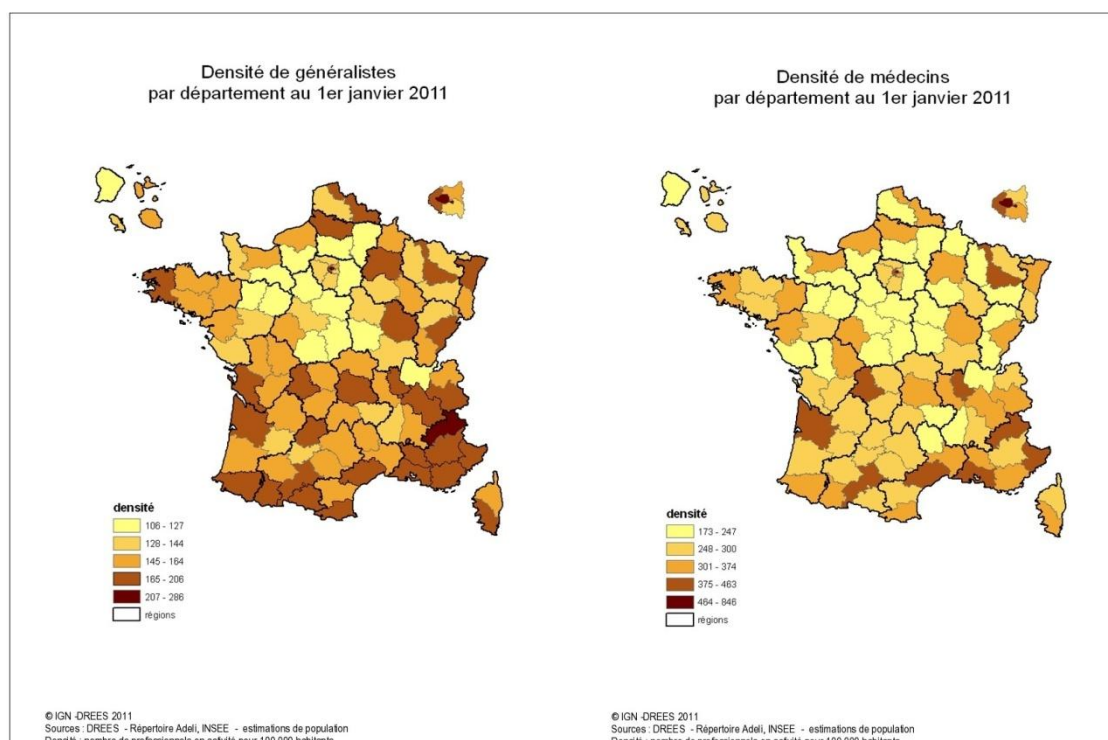


Figure 6 : densité médicale et des médecins généralistes en 2011 ^[55]

Comme pour le reste de la France, la profession se féminise, avec une inversion du rapport pour les moins de 35 ans. Près de 27% (n=82, hommes et femmes confondus) ont entre 56 et 60 ans. Les plus de 60 ans représentent 24% (n=74), et sont susceptibles d'arrêter leur activité dans un avenir proche ^[52].

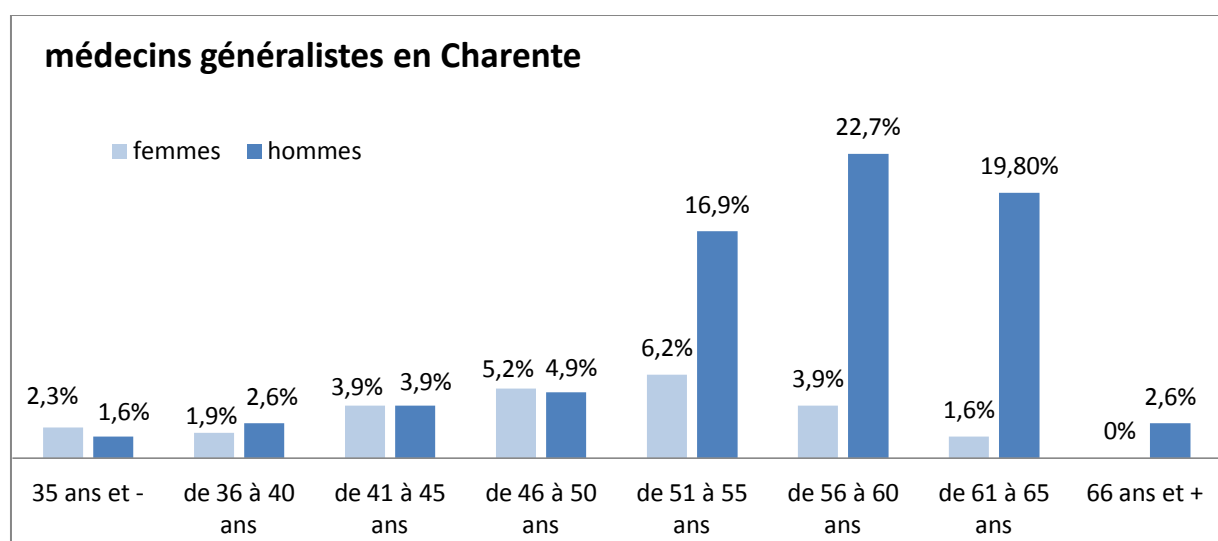


Figure 7 : médecins généralistes en Charente par âge et par sexe ^[52]

Les jeunes médecins de Poitou-Charentes décident à 71,7% d'exercer leur spécialité en tant que médecin salarié ^[53]. Les départements les plus attractifs restent la Vienne et la Charente-Maritime :

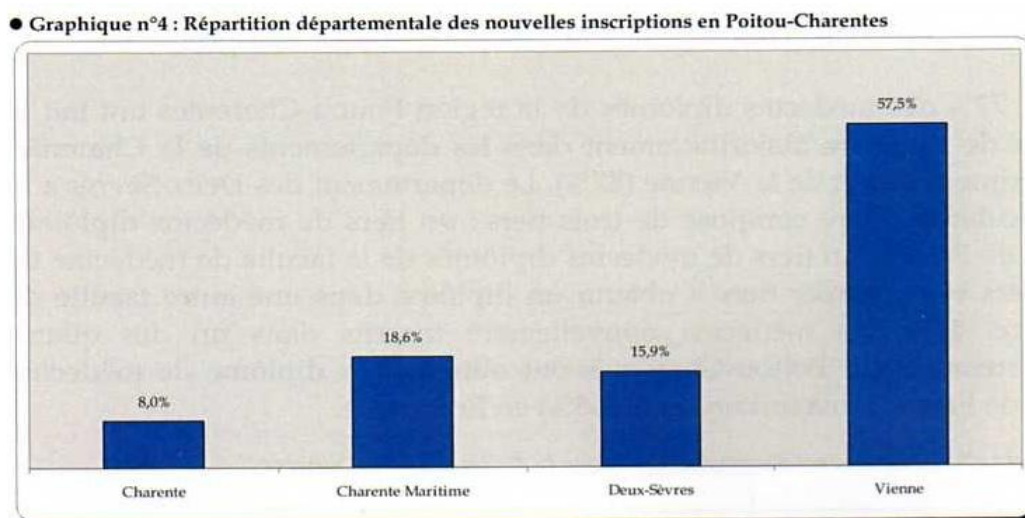


Figure 8 : répartition des inscriptions en Poitou-Charentes ^[53]

- En Charente, le système de la Permanence De Soins (PDS) est également mis en place, sur la base du volontariat. Il existe 15 secteurs ^[52]. En 2012, il n'y a pas de système de garde type SOS médecin en Charente.

4.3. Les autres structures de soins :

a. les structures privées :

- la clinique Saint-Joseph, en centre ville, qui réalise essentiellement de la chirurgie avec des chirurgiens vasculaires, généraux, orthopédiques. Il n'y a pas de service d'urgences, mais ces médecins reçoivent ponctuellement des consultations non programmées en plus de leur activité.

- le Centre Clinique de Soyaux, à moins de cinq kilomètres du centre hospitalier d'Angoulême, a mis en place « un accueil des soins non programmés » depuis mars 2011, chirurgical surtout, ouvert jusqu'à 19h.

b. les structures périphériques :

- Il existe d'autres structures d'urgences en Charente.

Ces structures s'organisent en réseau avec les urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême :

- Hôpital de Barbezieux
- Hôpital de Confolens
- Hôpital de Ruffec
- Hôpital de Cognac
- Les hôpitaux locaux :
 - Hôpital local de Châteauneuf sur Charente
 - centre de rééducation de Roulet St Estèphe
 - Hôpital de La Rochefoucauld
- Les centres privés :
 - maison de convalescence de Jarnac
 - clinique de Cognac-Chateaubernard

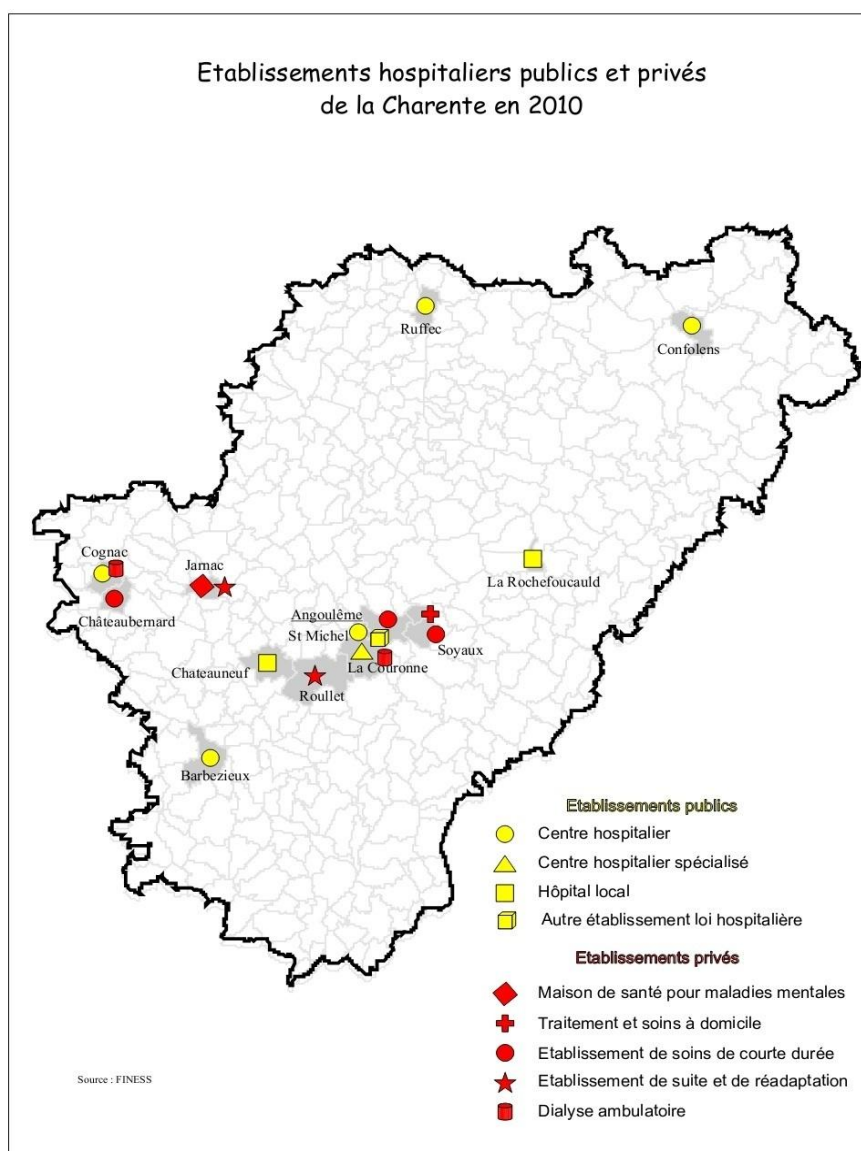


Figure 9 :établissement de soins en Charente en 2010 ^[56]

5. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME :

5.1. L'hôpital :

Le Centre Hospitalier d'Angoulême (GIRAC) dépend du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Le site est situé au sud d'Angoulême, à Saint-Michel précisément. Il possède une capacité de 602 lits avec une offre de soins complète. L'hôpital psychiatrique Camille Claudel n'est pas sur le même site, mais à proximité quasi-immédiate.

5.2. La structure des urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême :

Depuis 1999, l'équipe médicale des urgences s'efforce de proposer une organisation alternative au fonctionnement traditionnel des services d'urgences (pas de salle d'afflux massif, pas de salle d'attente pour les patients...), et une prise en charge adaptée permettant une utilisation et un « aiguillage » vers la filière de soins adéquate.

5.2.1. L'activité du service :

Le service des urgences adultes reçoit la traumatologie quel que soit l'âge du patient. Les pathologies médicales pédiatriques sont prises en charge par le service d'urgences pédiatriques. Le service reçoit également les urgences psychiatriques avant un transfert éventuel en centre spécialisé ; le centre hospitalier Camille Claudel ne prend pas en charge les pathologies somatiques aiguës entrant dans le cadre de l'urgence psychiatrique.

La structure des urgences d'Angoulême a vu son activité augmenter au cours de ces dernières années :

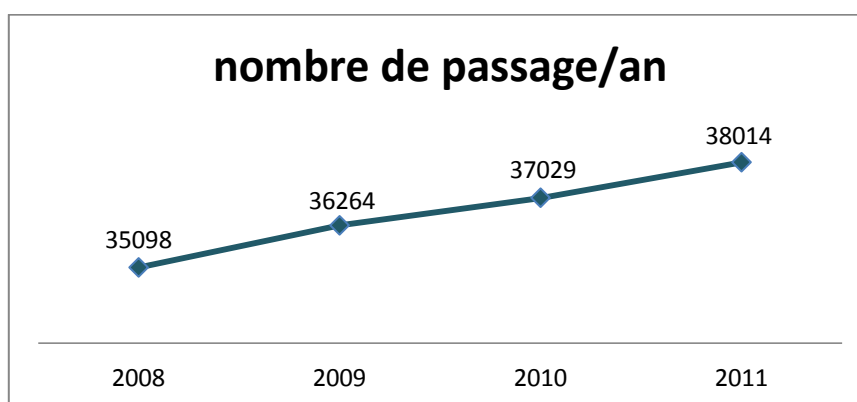


Figure 10 : évolution des passages aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême.

La moyenne des passages en 2011 est de 104 passages/jour contre 101/j en 2010, soit une augmentation de 2.7% en un an. Entre 2008 et 2011 l'augmentation a été de 8.3%.

5.2.2. Les moyens humains :

5.2.2.1. Les équipes :

- L'équipe médicale qui comprend :

- 12 Praticiens Hospitaliers à temps plein,
- dont trois assistants qui suivent la formation du DESC d'urgence,
- six internes de médecine générale.

Durant les gardes, un médecin et deux internes sont présents. Les horaires : de 18h30 à 8h30 en semaine, le samedi de 13h à 8h30 et le dimanche de 8h30 à 8h30.

La semaine, en journée de 8h30 à 18h30, sont présents :

- .un Médecin d'Accueil et d'Orientation (nous décrirons son rôle au chapitre 5.2.2.2.)
- .deux médecins et deux internes en secteur d'accueil des malades couchés,
- .un médecin et un interne en secteur traumatologie ambulatoire,
- .un médecin et un interne à l'UHCD.

Le samedi en journée : un médecin de garde, deux internes de garde, et deux médecins en secteur d'accueil des malades couchés de 8h30 à 18h30. Le dimanche en journée : un médecin de garde, deux internes de garde, un médecin en secteur d'accueil des malades couchés de 8h30 à 18h30.

Tous les matins, y compris les week-ends et jours fériés, un « staff médical » reprend tous les dossiers de la journée précédente. Les radiographies sont relues par les médecins, et les prises en charges discutées afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, quitte à reconvoquer ces derniers. Tous les mardis, une réunion de service fait le point sur les dysfonctionnements et problèmes d'organisation du service.

Le SAMU/SMUR a une organisation indépendante mais agit en complémentarité avec les médecins des urgences.

- L'équipe paramédicale est composée de :

- 45 infirmiers (40.1 Equivalents Temps Plein : ETP),
- 23 aides-soignants (21.5 ETP),
- deux brancardiers (deux ETP),
- un agent en contrat d'aide à l'embauche (0.5 ETP),
- un agent administratif d'accueil (un ETP de nuit),
- deux cadres infirmiers,
- trois secrétaires médicales.

Rôles particuliers :

- l'IOA : qui est formé(e) à l'accueil et à l'orientation est présent(e) au guichet à l'entrée, répond au téléphone pour les renseignements généraux et les transmissions médicales, de 8h à 22h. Il ou elle est informé(e) des entrées attendues, dirige le patient en salle ou le réoriente, et renseigne les familles.

- les infirmiers de SMUR : deux IDE en journée qui accompagnent les sorties SMUR. Lorsqu'il n'y a pas d'intervention, l'infirmier SMUR vient aider l'IOA et les autres soignants dans le secteur d'accueil des malades couchés.

5.2.2.2. Le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) :

Le service des urgences d'Angoulême a mis en place depuis 1999 une politique de réorientation pour essayer de gérer le flux croissant de patients se présentant spontanément aux urgences. Depuis un an il s'agit d'un poste à part entière, de 8h30 à 18h30 en semaine. Le MAO ne réalise pas, en général, d'examen clinique complet. Il est joignable sur un téléphone portable par une ligne directe, par tous les intervenants, y compris les médecins généralistes.

Le rôle du MAO :

- **évaluer** les patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences et leurs besoins, pour les **réintégrer** dans la filière de soins adéquate. Le médecin est joignable à tout moment par l'IOA dont il est le référent. Il évalue la situation clinique, soit par téléphone avec l'IOA, soit en se déplaçant. Les patients relevant de la médecine générale, ou ne justifiant pas le recours au plateau technique des urgences, sont dirigés vers le médecin généraliste ou vers leur domicile après avoir reçu un conseil. Une étude récente réalisée sur 6 mois aux urgences d'Angoulême met en évidence que l'orientation de ces patients se fait essentiellement vers le médecin généraliste ^[57]. Cette activité de réorientation en 2011 représente 3,2 % de l'activité du service, y compris aux heures de permanence des soins.

Ces patients ne font pas d'entrée administrative mais leur passage est répertorié sur une feuille dite de réorientation contenant des informations administratives et le nom du médecin traitant (**ANNEXE n°I**).

- **être disponible :**

- pour les médecins généralistes qui souhaitent faire hospitaliser leurs patients : trouver des solutions face à un diagnostic évoqué nécessitant un plateau technique et des examens complémentaires rapides, répondre à une incertitude diagnostique ou hospitaliser rapidement un patient en décompensation de sa pathologie chronique.

- pour les hôpitaux périphériques : organiser les examens complémentaires et prendre en charge les patients trop lourds.

- **organiser** la salle en fonction du flux des patients présents et attendus, et superviser tous les secteurs de soins.

- s'occuper des Certificats de Non Hospitalisation (CNH) et des Certificats de Coups et Blessures (CCB).

5.2.3. Organisation du service, infrastructure :

Le service est fléché, visible et accessible depuis l'entrée principale de l'hôpital par un circuit dédié. Son entrée est distincte de celles des services médicaux de l'hôpital.

a. informatisation :

Depuis 2000, le service des urgences est articulé autour du Dossier Médical Urgences (DMU) qui permet de connaître l'état de la salle en temps réel, les examens en cours, le temps de présence des patients, leurs antécédents. Les différents intervenants hospitaliers ont une vision de tous les actes.

b. les secteurs :

- La zone d'accueil comprend :

- un guichet unique d'accueil et d'orientation avec l'IOA, présent(e) de 8h à 22h. Ce poste est occupé le reste du temps par le deuxième infirmier SMUR (les deuxièmes sorties SMUR sur cette tranche horaire étant rares).

- un bureau administratif ouvert de 8h à 20h, avec un agent administratif qui réalise les entrées après l'accord de l'IOA.

- une salle d'attente pour les accompagnants. Aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême, il n'y a pas de salle d'attente pour les patients. Dès que l'orientation est établie par l'IOA, le patient est directement installé en secteur ou réorienté.

- une salle appelée « petit salon », permet au médecin de s'entretenir avec les accompagnants des patients, en particulier pour l'annonce de diagnostics difficiles voire de décès. Le MAO y rencontre également les patients pour lesquels l'IOA propose une réorientation.
- une salle d'examen pour les patients amenés par la police, en vue de la réalisation de CNH.
- une salle annexe du secrétariat pour la délivrance de CCB en journée.
- un sas d'arrivée pour les véhicules privés ou publics.

• Le secteur de traumatologie ambulatoire :

Ce secteur accueille les patients se présentant pour un motif traumatologique entre 8h et minuit, susceptibles de ne pas être hospitalisés (le reste de la nuit, ces patients sont pris en charge dans le secteur d'accueil des malades couchés).

- deux zones d'attente : une adulte, une pédiatrique,
- un accueil avec un(e) infirmier(e). Un médecin y est présent ainsi qu'un interne,
- une salle de plâtre,
- une salle d'examen,
- une salle de « suture » avec deux brancards,
- une salle d'examen pédiatrique.

Chaque salle contient un ordinateur relié au DMU. Ce secteur de traumatologique est accolé à l'unité de radiologie standard facilement accessible.

• Le secteur d'accueil des malades couchés où les patients sont installés sur des brancards :

- le secteur 1 qui comprend quatre box (sept brancards),
- le secteur 2 comprend quatre box (huit brancards) et la salle de déchocage (trois brancards). La salle de radiologie standard est directement accessible par le déchocage.

Dans chaque secteur il y a un médecin présent équipé d'un téléphone portable attitré, un interne, un(e) infirmier(e), un(e) aide soignant(e). Tous les box sont équipés d'un ordinateur relié au DMU ; on en trouve deux au déchocage.

S'y trouvent également :

- une salle de « dégravillonnage » qui permet de faire les toilettes lorsque l'hygiène fait défaut.
- une salle de soins centrale où se situent les téléphones et deux ordinateurs.. Elle bénéficie d'une vue directe sur le déchocage.

En traumatologie ambulatoire comme en secteur d'accueil des malades couchés, un tableau précise le médecin d'avis pour chaque spécialité, pour la journée et la nuit.

- Les locaux du SAMU et de la régulation se trouvent sous le bâtiment des urgences.
- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), accolée au secteur d'accueil des malades couchés, qui est composée de :
 - huit chambres avec dix lits,
 - deux chambres carcérales.

Sont présents : un médecin (le sénior de garde en journée), un interne, un IDE, un(e) Aide Soignant(e).

c. l'aval des urgences :

L'hospitalisation d'un patient à partir des urgences, ou la demande d'examens complémentaires, passent obligatoirement par le dialogue entre le médecin urgentiste responsable et le médecin spécialiste d'avis. Le lieu de prise en charge d'un patient est ainsi en adéquation avec sa pathologie. En l'absence de place d'hospitalisation dans un service, une prise en charge ambulatoire reste possible, avec l'accord du spécialiste (pour une prise en charge conjointe), ou le patient est transféré en UHCD pour bénéficier de son traitement ou des examens complémentaires. L'« hébergement » du patient dans un service dont la pathologie ne relève pas, n'est pas pratiqué au sein du centre hospitalier d'Angoulême.

5.2.4. Autres activités :

Les médecins urgentistes, en plus de leur implication dans le service, assurent le fonctionnement de plusieurs activités complémentaires de l'urgence :

- la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui depuis 2002, permet aux patients en situation précaire de pouvoir être soignés, de rencontrer une Assistance sociale et de « régulariser » leur protection sociale. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 17h.
- l'Unité de Consultation de Soins Ambulatoire (UCSA) où un médecin urgentiste est présent tous les matins des jours ouvrables à la maison d'arrêt.
- la consultation de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), mise en place depuis juin 2010, avec un médecin addictologue, attaché au service des urgences.
- ils sont les médecins de l'Unité de Soins Continus (USC) en journée.
- ils réalisent des consultations de médecine du sport, à raison de plusieurs demi- journées dans la semaine.
- ils assurent des consultations médico-légales les jours ouvrables.

Sur le site des urgences, se trouvent également :

- l'Antenne Gériologique d'Evaluation mobile (AGE), composée de deux infirmières et d'un gériatre l'après midi. Cette antenne est une aide précieuse pour faciliter le retour à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions. Elle se déplace dans les services, cinq jours par semaine de 10h à 18h.
- l'Unité de Consultation Médico-Psychologique (UCMP). C'est une équipe mobile, qui est composée d'infirmier(e)s de psychiatrie présents sept jours sur sept, d'un psychologue et d'un psychiatre, qui assurent des vacations les jours ouvrables.
- une assistante sociale.

OBJECTIFS DE L'ETUDE :

L'objectif principal de notre étude est de juger de la pertinence des venues spontanées aux urgences et de déterminer une action vis-à-vis de cette population : réorienter d'emblée ce flux vers une filière de soins plus adaptée (le médecin traitant en particulier), ou l'admettre dans le service des urgences.

Pour cela nous avons étudié la population consultant spontanément aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême aux heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale.

Plusieurs questions se posent :

- pourquoi ces patients ne suivent-ils pas le parcours de soins établi ?
- quelles sont leurs motivations ? Le sentiment de gravité est-il à l'origine de la consultation ?
- ont-ils un profil socio-économique particulier ?
- existe-t-il un lien entre ces différentes variables socio-économiques et le recours aux urgences plutôt qu'à la médecine de ville ?
- les urgences hospitalières répondent-elles à des besoins non satisfaits en ville ?
- quel est le rôle d'un service d'urgences dans le système de soins pour ces patients ?
- la réorientation mise en place aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême et le MAO peuvent-ils contribuer à gérer ces consultations ?
- ces patients ont-ils malgré tout eu raison de se présenter aux urgences ?

Les objectifs secondaires de notre enquête sont :

- décrire l'activité des urgences d'Angoulême,
- réfléchir à une communication pour l'éducation de ces patients « non urgents »,
- proposer des solutions pour réintégrer le patient dans le circuit de soins assuré par les médecins de ville,
- essayer de mettre en évidence des critères de sélections pour une admission dans le service ou une réorientation.

MATERIELS ET METHODE :

- Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle quantitative, sur deux semaines, du 16/05/11 au 20/05/11, et du 19/09/11 au 23/09/11. Le recueil s'est fait aux heures d'ouverture des cabinets de médecine de ville, de 8h30 à 19h, du lundi au vendredi.

- Critères d'inclusion :

- avoir plus de 15 ans et six mois,
- consulter aux urgences de sa propre initiative sans avoir eu recours à une autre structure du réseau de soins (médecin traitant, IDE, pharmacie, centre 15... etc). Les patients dirigés vers les urgences pour CCB et accident de travail sont inclus, les médecins généralistes étant aptes à faire ces deux prises en charge.
- se présenter pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale de 8h30 à 19h, du lundi au vendredi.

- Critères d'exclusion :

- avoir moins de 15 ans et six mois,
- avoir consulté une autre structure de soins avant de recourir aux urgences (transportés par le SMUR, les pompiers ou par ambulance privée, patients adressés par le médecin généraliste avec ou sans courrier, patients orientés par le centre 15, CNH...),
- se présenter aux horaires de la permanence des soins.

Les patients se présentant spontanément pour des consultations somatiques pédiatriques ou gynécologiques ont également été exclus.

- Le recueil a été réalisé par un seul médecin investigateur, de façon observationnelle. Le médecin investigateur se situe au niveau du guichet de l'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angoulême, avec l'IOA, de façon à voir toutes les arrivées.

Les patients, après une présentation de l'étude et après leur accord, répondent à un questionnaire directif et semi directif, rempli par le médecin investigateur, avant toute prise en charge médicale.

Les patients réorientés ont été interrogés, dans une salle dédiée, avant de remettre la feuille de traçabilité à l'IOA.

- pour chaque patient nous avons recueilli : **(ANNEXE n°II)**

- .les données socio-économiques
- .l'horaire, le jour de consultation
- .le nombre de venues répertoriées
- .la douleur selon l'Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- .le nombre de patients enregistrés au même moment dans le service
- .le motif de consultation, le début de la symptomatologie
- .les motifs de non recours au médecin généraliste : nous avons tenu compte en priorité des arguments avancés par les patients et non pas le fait qu'ils aient ou non un médecin déclaré par exemple.

-pour les patients admis dans le service, sont collectées :

- .les données diagnostiques et thérapeutiques
- .la demande d'un avis à un autre médecin spécialiste
- .la durée de présence
- .la CCMU
- .le devenir.

-pour les patients réorientés :

- .la proposition de prise en charge
- .le devenir.

Pour ces patients, le médecin investigateur a contacté par téléphone le cabinet du médecin traitant ou le cabinet médical conseillé, dans les dix jours suivant leur passage aux urgences. Les renseignements ont été recueillis après présentation de l'étude, auprès du médecin ou de sa secrétaire. Dans le cas où le patient ne s'est pas présenté au cabinet, le médecin investigateur a contacté directement le patient pour connaître son devenir.

- L'analyse des résultats s'est faite sur informatique grâce aux logiciels ACCESS® et EXCEL® par le médecin investigateur après anonymisation des dossiers.

Les données ont été analysées de façon descriptive dans un premier temps puis comparative. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du chi2 ou le test exact de Fischer en cas de petits effectifs. Les moyennes ont été comparées par des tests non paramétriques.

Le seuil de significativité est fixé à 0.05.

Ces analyses ont été faites par le logiciel GRAPHPAD PRISM® version 6.0.

RESULTATS

L'étude porte sur 216 patients, avec respectivement 114 dossiers la semaine du 16/05/2011 au 20/05/2011 et 102 dossiers du 19/09/2011 au 23/09/2011.

Lors de notre étude, tous les patients ont accepté de répondre à notre questionnaire.

1. ACTIVITE DU SERVICE AUX HEURES D'OUVERTURE DES CABINETS DE VILLE :

Durant la période de notre étude, 891 patients sont passés par l'accueil des urgences (tous modes de venues confondus), dont 216 qui sont venus spontanément.

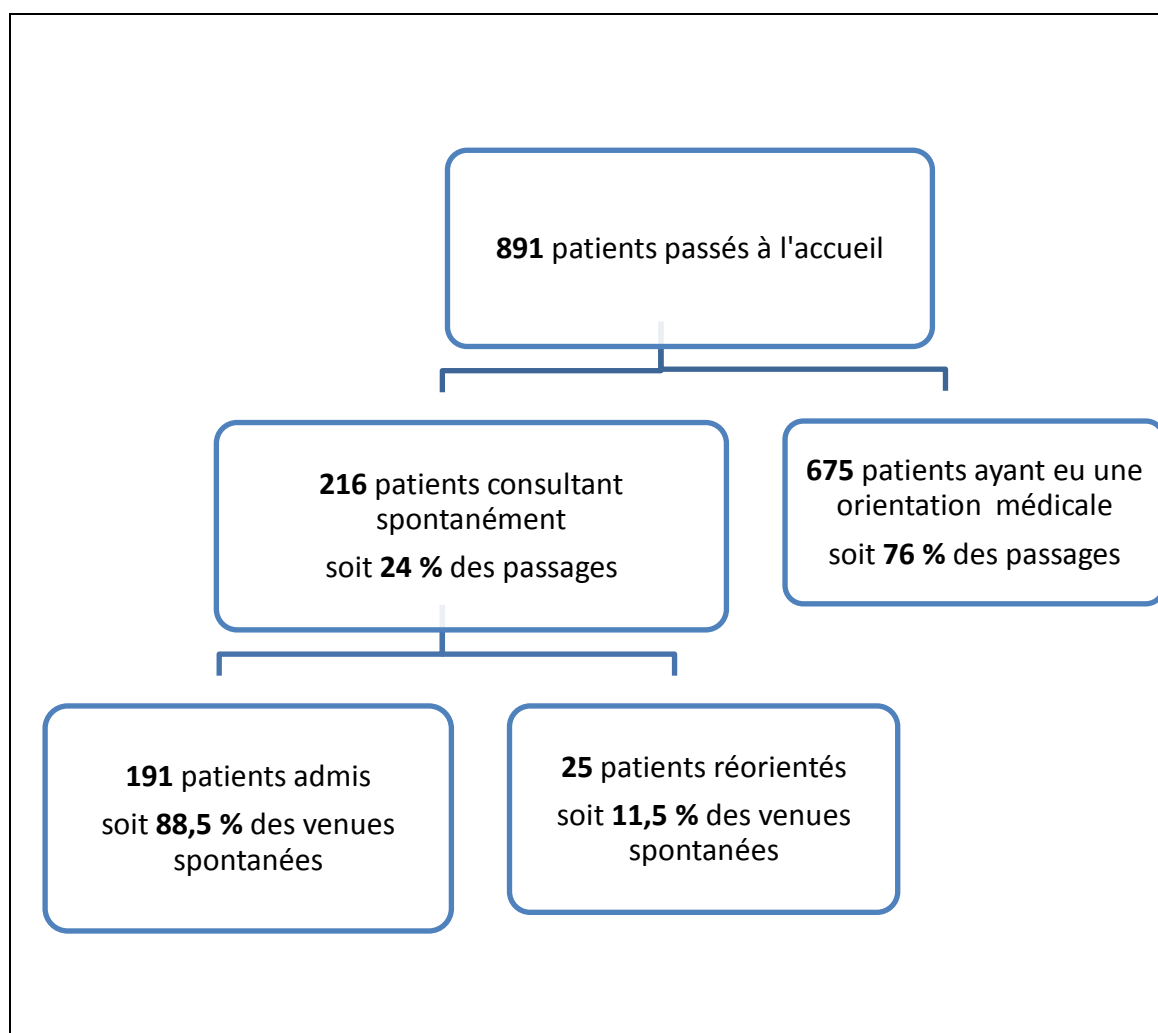


Figure 11 : passages de 8h30 à 19h, du lundi au vendredi

Les venues spontanées aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale représentent 24% des passages dans cette tranche horaire et 22% des admissions totales. La réorientation concerne 2,8% des patients se présentant aux urgences, tous modes de venues confondus.

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :

2.1. Données socioéconomiques des consultants :

a. identité

- - ce sont des hommes qui se présentent spontanément dans 60% des cas.

L'âge moyen de la population de notre étude est de 37 ans, la médiane est à 33 ans.

âge des consultants	population totale (n=216)	femmes : 40% (n=87)	hommes : 60% (n=129)
moyenne d'âge	37 ans	39 ans	36 ans
minimum	15 ans et 6 mois	15 ans et 11 mois	15 ans et 6 mois
maximum	90 ans	89	90

Tableau 3 : âge des consultants selon le sexe

Les plus de 70 ans représentent 7,4% (n = 16) de notre étude et 6% ont plus de 75 ans (n=13).

Les moins de 30 ans en revanche correspondent à près de la moitié des patients (n = 103).

Dans la catégorie des 61-70 ans les femmes sont plus nombreuses (3,7%) que les hommes (1,85%).

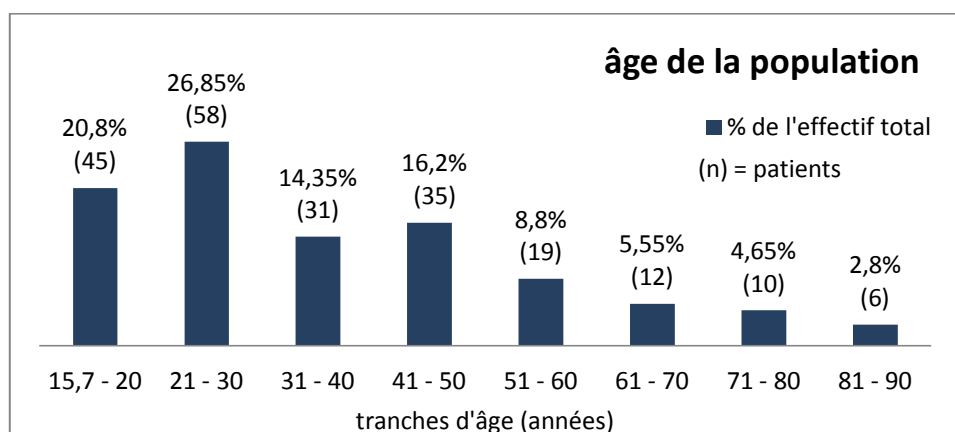


Figure 12 : tranches d'âge des consultants

- les femmes sont significativement plus souvent réorientées (p=0,0493) que les hommes :

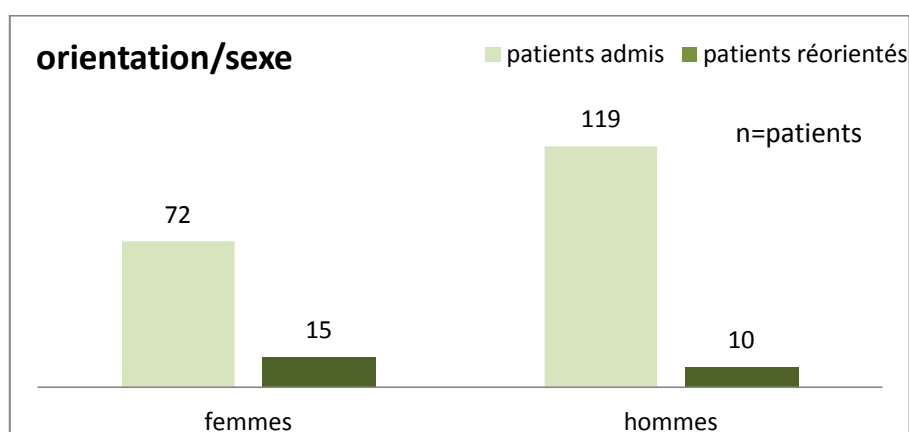


Figure 13 : orientation des patients en fonction du sexe

- - La moyenne d'âge des patients admis est plus élevée que celle des patients réorientés.

Age fonction de l'orientation	191 patients admis	25 patients réorientés
moyenne d'âge	37,75 ans	33 ans
minimum	15 ans et 6 mois	17 ans
maximum	90 ans	89 ans

Tableau 4 : âge en fonction de l'orientation

.la patiente de 17 ans, mineure, est accompagnée par sa mère.

Les femmes qui sont admises ont en moyenne 41 ans et les hommes 36 ans. Les femmes réorientées sont plus jeunes avec en moyenne 29 ans et les hommes 40 ans.

- Les patients entre 21 et 30 ans ont tendance à être plus réorientés sans que cela soit significatif ($p=0,3364$). Les patients de plus de 61 ans sont rarement réorientés.

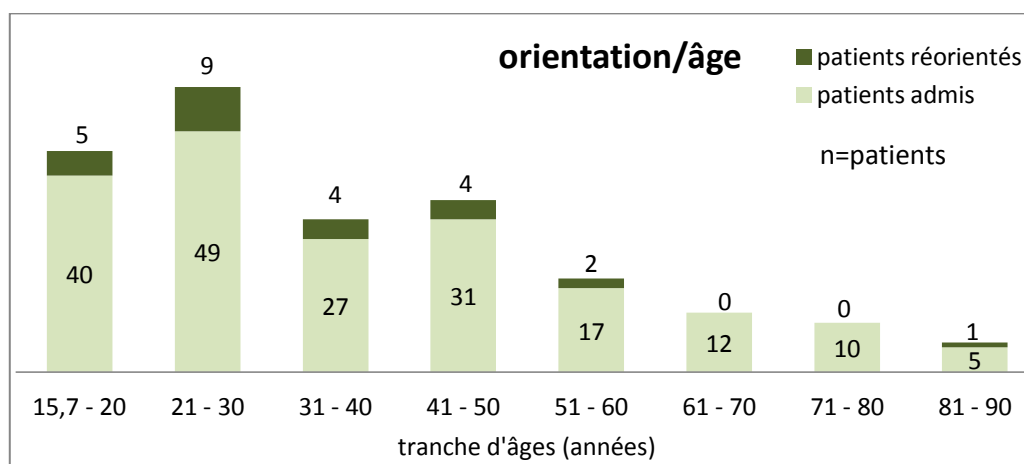


Figure 14 : orientation en fonction de l'âge

.le patient de 89 ans réorienté s'est présenté pour des douleurs de hanche suite à une chute survenue 1 semaine auparavant pour laquelle il n'a pas consulté son médecin traitant (avec lequel il semble être en conflit). Ce traumatisme semblait apparemment bénin puisque le patient marchait sans limitation d'amplitude et qu'il avait conduit plus de 30 km pour venir.

b. nationalité :

- La population consultant spontanément aux urgences est de nationalité Française dans 88,4% des cas (n=191).

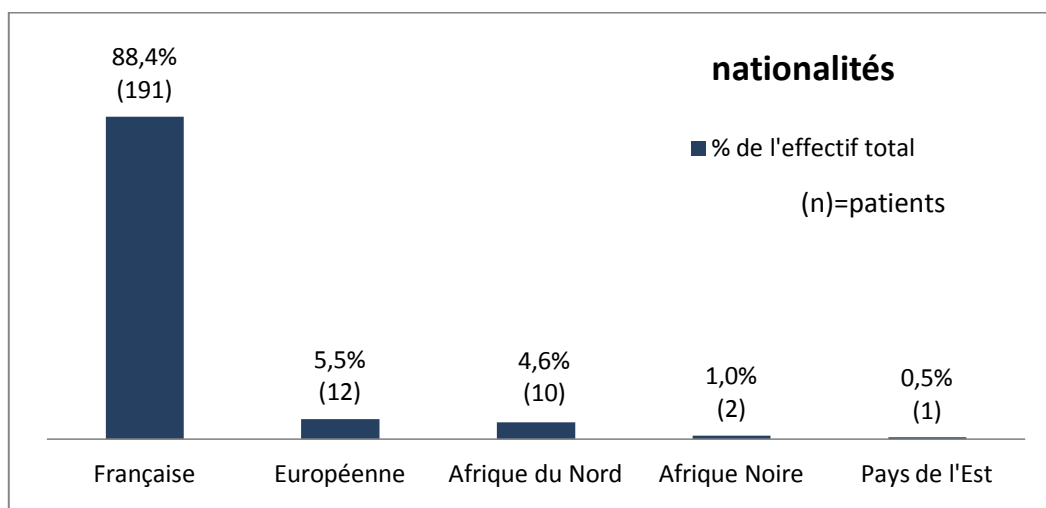


Figure 15 : nationalité des consultants

- nationalités des consultants détaillées :

nationalités en détail	nombre
Française	191
Algérienne	6
Anglaise	4
Marocaine	3
Portugaise	2
Allemande	2
Tunisienne	1
Sénégalaise	1
Roumaine	1
Italienne	1
Guinéenne	1
Espagnole	1
Danoise	1
Bosniaque	1

Tableau 5 : nationalités détaillées

c. lieu de résidence :

- Les 2/3 des patients de notre étude habitent à proximité, à moins de 20 km du centre hospitalier.

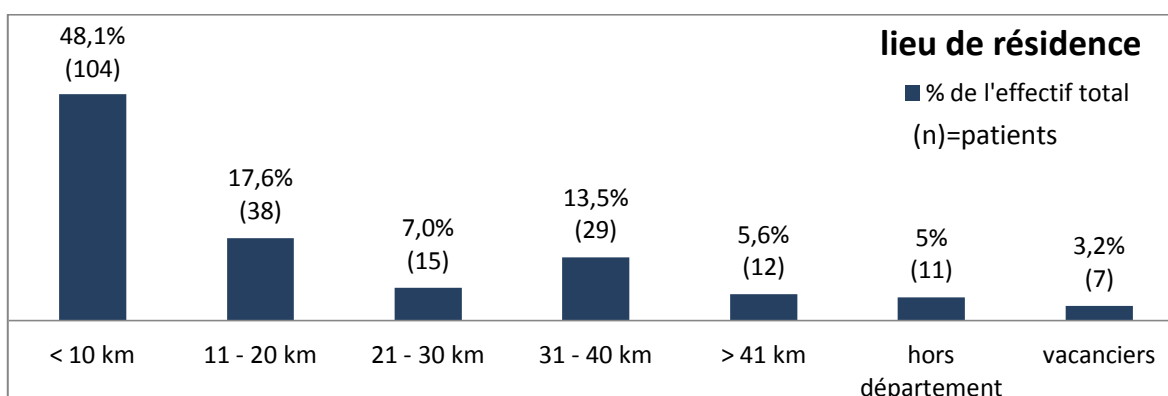


Figure 16 : lieu de résidence des consultants

- .11 patients ne résident pas en Charente : ils sont soit à l'internat/étudiants (3 patients), soit travaillent à proximité (6 patients). Deux patients sont en situation de précarité, en transit dans la région (dont un en situation irrégulière).
- .7 patients sont vacanciers dont 5 d'origine étrangère ne résidant pas en France.
- .il n'y a pas de patient résidant en maison de retraite.

- Sans être significatif, les patients résidant à moins de 20 km du centre hospitalier ont tendance à être plus souvent réorientés ($p=0,3690$), ainsi que les patients qui n'habitent pas dans le département ($p=0,1209$).

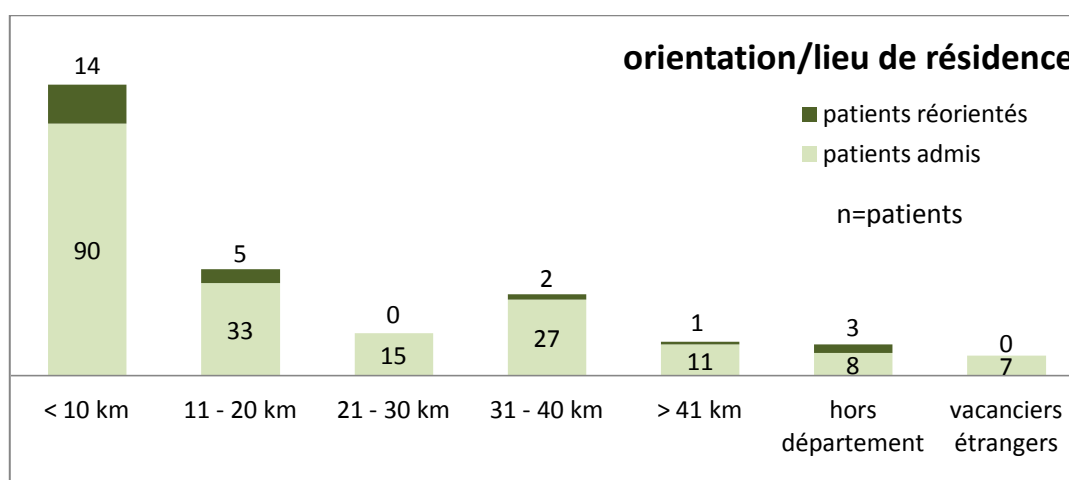


Figure 17 : orientation en fonction du lieu de résidence

- .3 patients réorientés ne résident pas en Charente, ils se trouvent dans la région pour raison professionnelle,
- .il n'y a pas de vacancier étranger réorienté dans notre étude.

d. profession des consultants :

Nous avons regroupé dans la catégorie sans profession, les patients au chômage, les patients sans activité, et les femmes au foyer.

Les classes les plus représentées dans notre étude sont : les sans profession, les ouvriers, et les employés. On note également 30 patients retraités. Les patients bénéficiaires du RSA représentent 5% de notre étude (n=11) dont 5 sont sans profession.

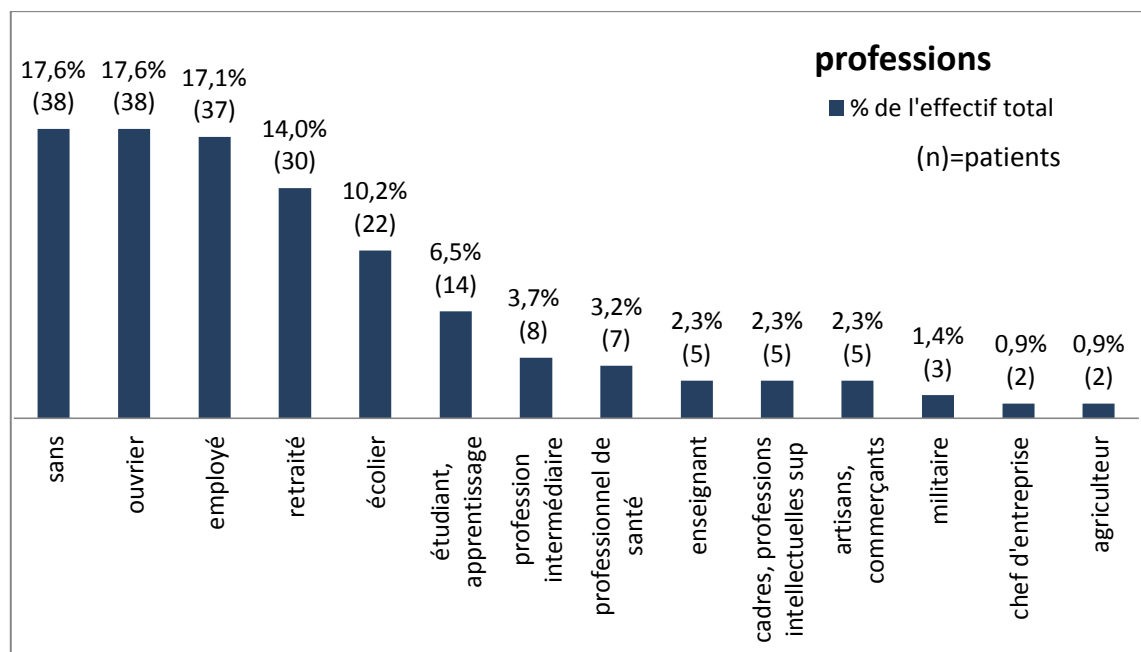


Figure 18 : profession des consultants

- Sans être significatif, on note une tendance à réorienter plus les étudiants ($p=0,0629$), les professionnels de santé ($p=0,1880$) et les employés ($p=0,3947$). Les patients retraités sont presque tous admis (sauf l'exception présentée au chapitre 2.1).

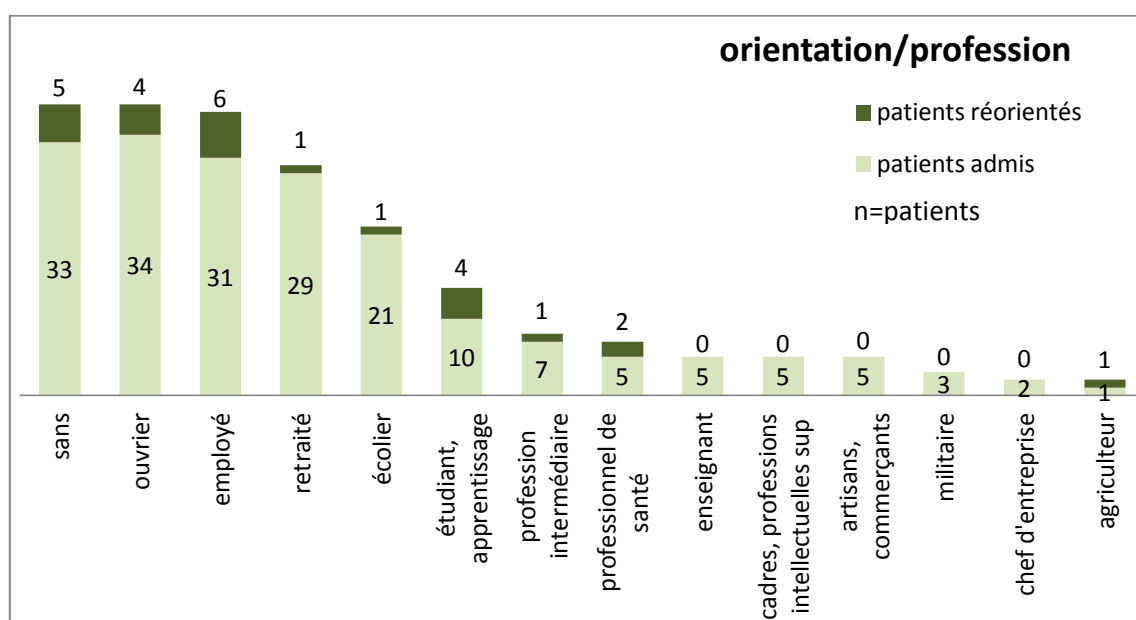


Figure 19 : orientation en fonction de la profession

2.2. Protection sociale :

- Dans notre étude, 158 patients bénéficient d'une mutuelle : il s'agit de 65 femmes et de 93 hommes ; 75% des femmes et 72% des hommes sont couverts par une mutuelle.

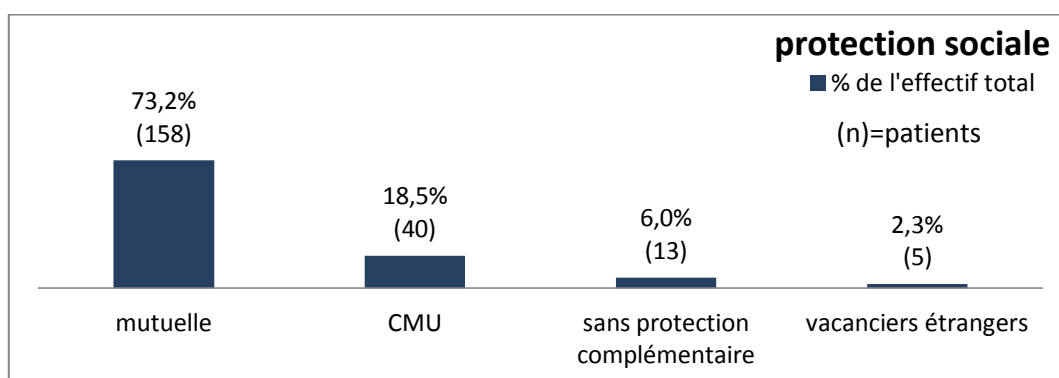


Figure 20 : protection sociale des consultants

- tous les patients de 81-90 ans (n=6) sont couverts par une mutuelle et 72% des patients de 21-30 ans le sont aussi.
- ils sont 13 patients à ne pas avoir de protection sociale complémentaire, il s'agit :
 - .d'un patient étranger en situation irrégulière et de 3 patients étrangers résidants en France,
 - .de 6 patients qui ont entre 21 et 30 ans,
 - .7 sont en activité.

profession des patients sans protection complémentaire	nombre
ouvrier	4
employé	3
sans	3
étudiant/apprentissage	2
retraité	1

Tableau 6 : profession des patients sans protection complémentaire

- Les patients consultants spontanément couverts par la CMU sont au nombre de 40, 18 femmes et 22 hommes, dont :
 - .30 sont d'origine Française.
 - .23 sont sans profession ; les écoliers bénéficient de la CMU de leurs parents.

profession	CMU
sans	23
écolier	6
employé	5
ouvrier	4
étudiant/apprentissage	1
profession intermédiaire	1

Tableau 7 : profession des patients couverts par la CMU

- Les patients bénéficiaires de la CMU sont significativement plus souvent réorientés ($p=0,0263$) dans notre étude.

La figure n°21 présente l'orientation par type de protection sociale :

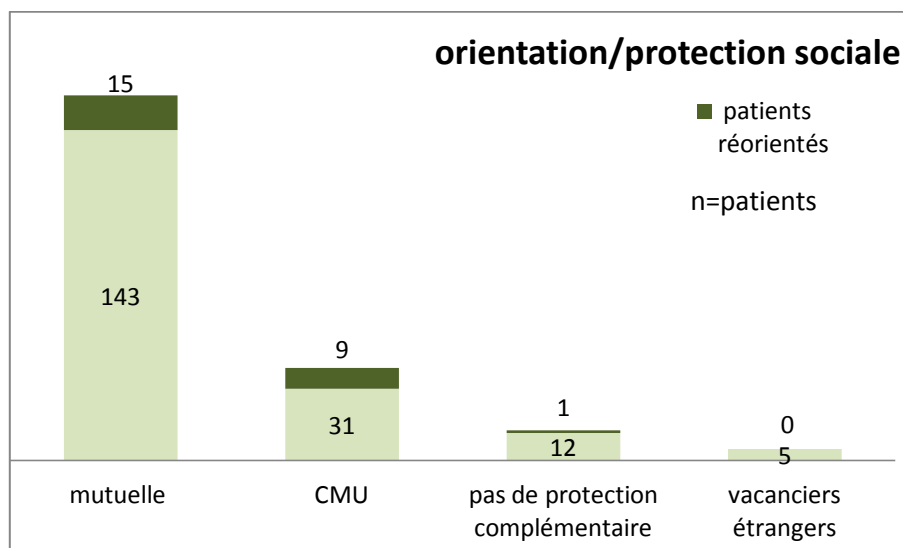


Figure 21 : orientation en fonction de la protection sociale

2.3. Déclaration d'un médecin traitant :

- - Les patients ont déclaré dans 90% des cas un médecin traitant ($n=195$) :
 .il s'agit de 81 femmes et 114 hommes.
 .tous les patients de moins de 20 ans et de plus de 81 ans ont déclaré un médecin traitant.

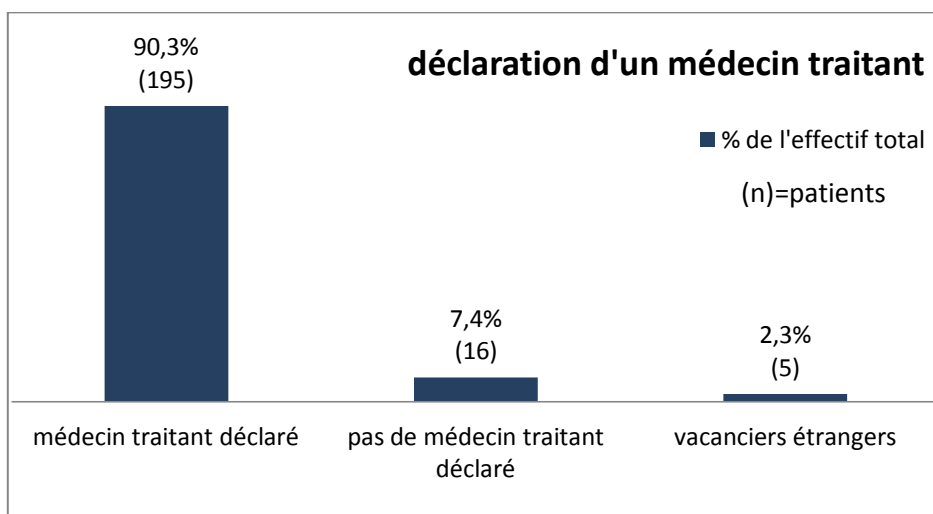


Figure 22 : déclaration d'un médecin traitant par les consultants

- sur les 195 patients ayant déclaré un médecin traitant, 11 l'ont fait dans un autre département.

- parmi les 16 patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant :
 - .9 patients bénéficient de la CMU (56% des bénéficiaires),
 - .la moitié de ces patients est sans profession,
 - .5 de ces patients sont étrangers résidant en France, dont 1 en situation irrégulière.

- Il n'y a pas de différence significative entre les patients qui ont déclaré un médecin traitant et les autres patients en ce qui concerne leur orientation.

La figure n° 23 présente l'orientation des patients en fonction de la déclaration d'un médecin traitant :

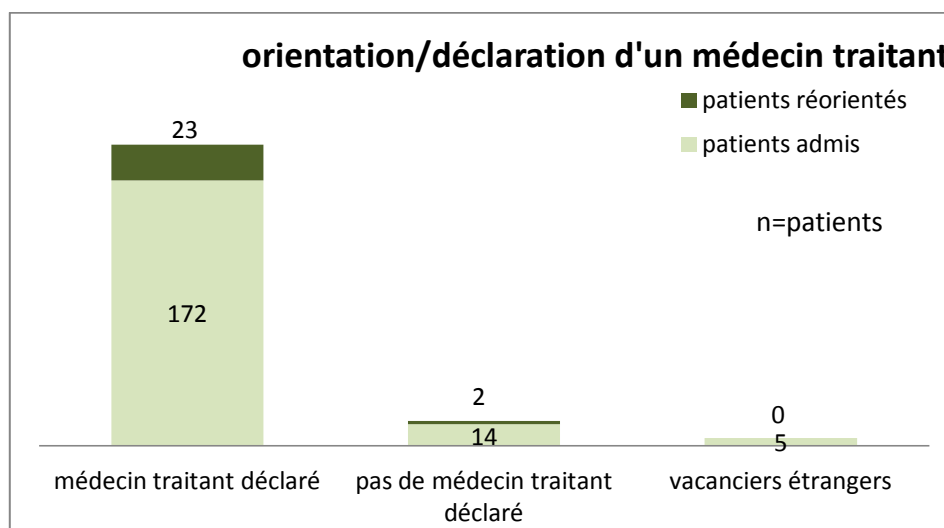


Figure 23 : orientation en fonction de la déclaration d'un médecin traitant

2.4 Quand consultent-ils ?

a. Jours de la semaine :

- Dans notre étude, les patients consultent le jeudi pour 24,5% d'entre eux et le lundi 24,1%.

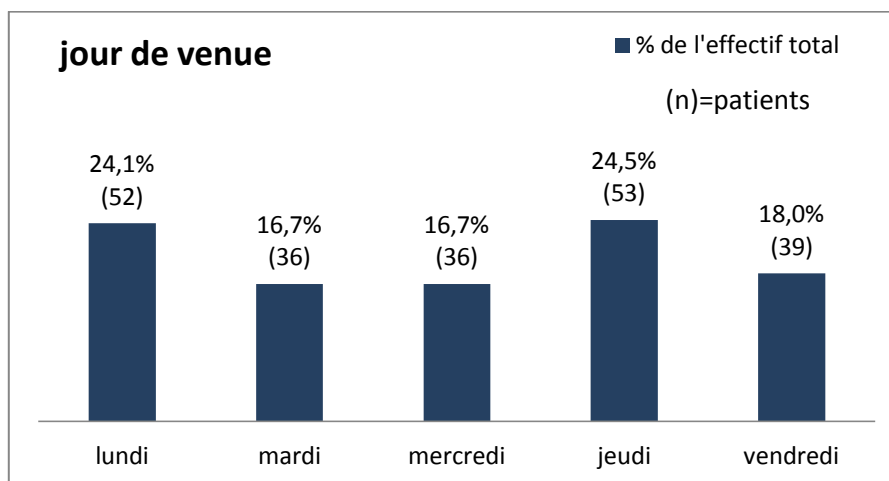


Figure 24 : jours de venues des consultants

- Les patients sont significativement plus souvent réorientés le mardi ($p=0,0426$) et ont tendance à moins l'être le vendredi ($p=0,0549$).

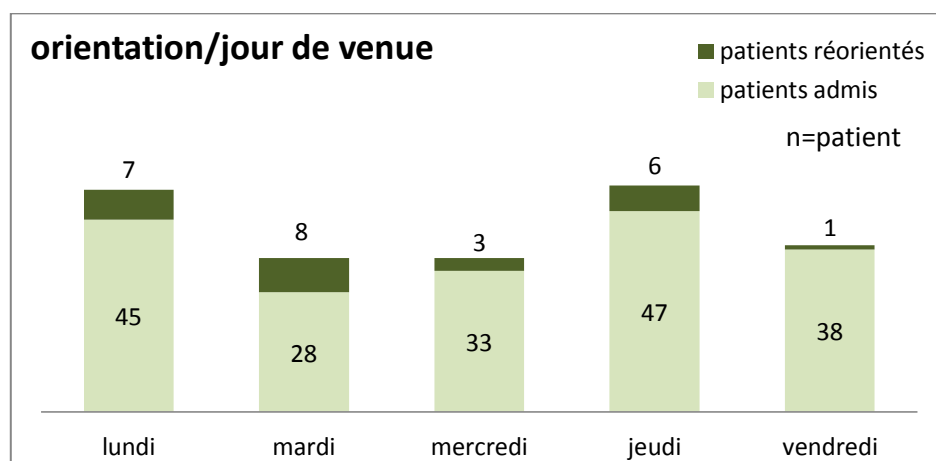


Figure 25 : orientation en fonction du jour de venue

b. Tranches horaires :

- - les consultations se font entre 9h et 10h pour 13,4% des patients, 12% entre 12h et 13h et 11,6% entre 18h et 19h.

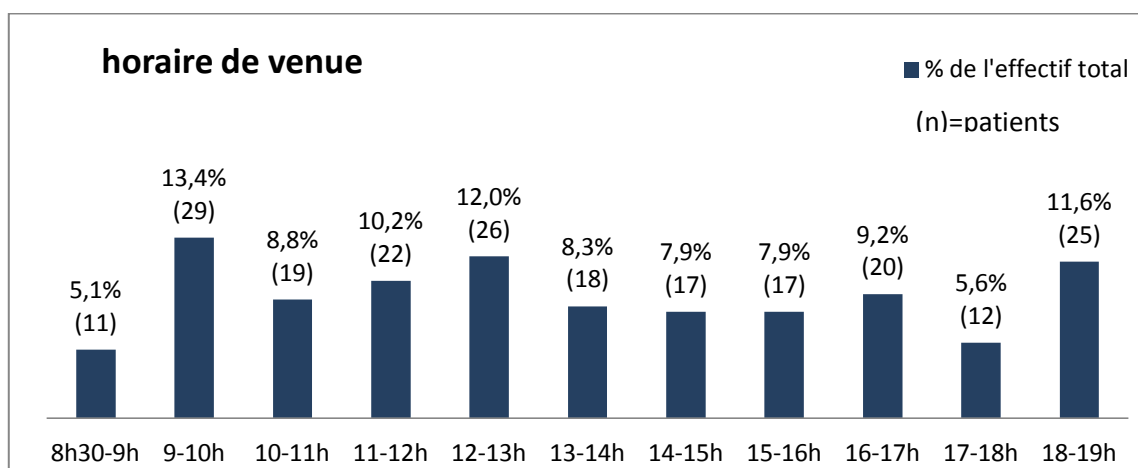


Figure 26 : horaires de venue des consultants

- - les entrées se font entre 9h-10h et 18-19h dans 25,2% des cas (12,6% chacun). Tous les patients se présentant entre 8h30 et 9h sont admis.

Les patients sont significativement plus souvent réorientés entre 13h et 14h ($p=0,0414$) ; on trouve une tendance à réorienter dans les tranches 9-10h ($p=0,3461$) et 11-12h ($p=0,1285$). Les patients se présentant entre 18h et 19h ont tendance à être moins réorientés ($p=0,3227$).

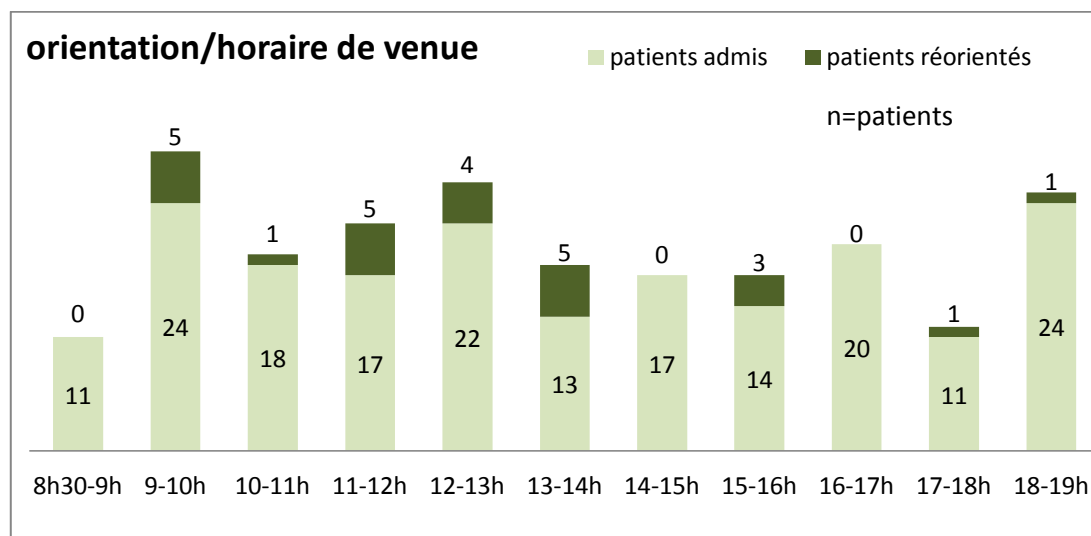


Figure 27 : orientation en fonction de l'heure de venue

2.5. Début de la symptomatologie :

- pour 119 patients (55% de l'effectif total) qui consultent aux urgences, la pathologie évolue depuis moins de 24h :

- .94 patients pour de la traumatologie (dont 27 plaies, 43 douleurs),

- .25 patients pour un motif somatique.

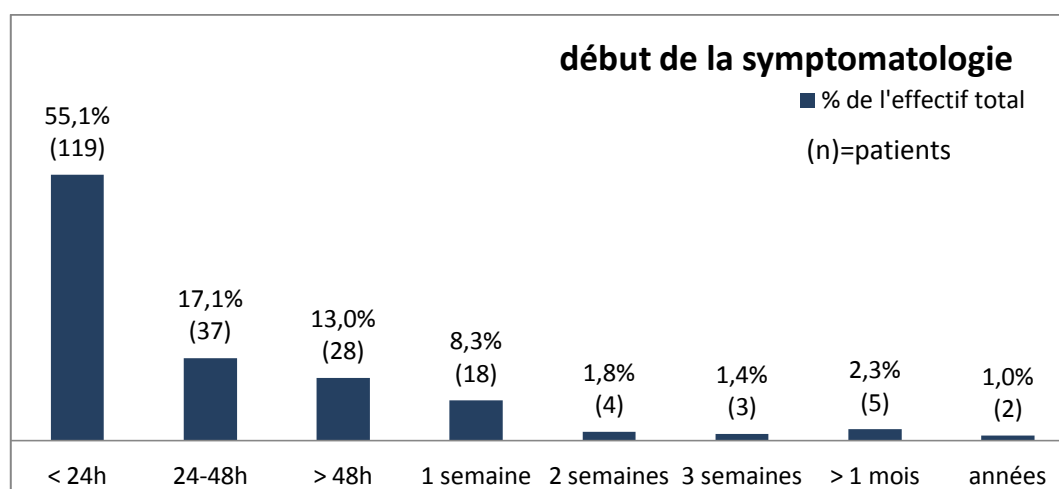


Figure 28 : début de la symptomatologie pour les patients consultants

- pour les 2 patients qui consultent pour un problème datant de plusieurs années, il s'agit de pathologies somatiques.

- - sur les 191 patients admis, 115 consultent pour des symptômes évoluant depuis moins de 24h (60% de l'effectif total) et 3 patients font une entrée pour une pathologie somatique qui évolue depuis 3 semaines (hématurie et 2 douleurs de membres).

- les réorientés présentent, pour 19 patients sur 25, une symptomatologie évoluant depuis plus de 48h. Pour 11 d'entre eux, les symptômes durent depuis au moins une semaine.

Les patients sont significativement plus réorientés quand ils présentent des pathologies évoluant depuis au moins 48h ($p=0,0069$) ou plus d'une semaine ($p=0,0002$). Les patients dont les symptômes évoluent depuis moins de 24h sont significativement moins réorientés ($p<0,0001$).

La figure n°29 présente l'orientation des patients en fonction de la durée d'évolution de leurs symptômes :

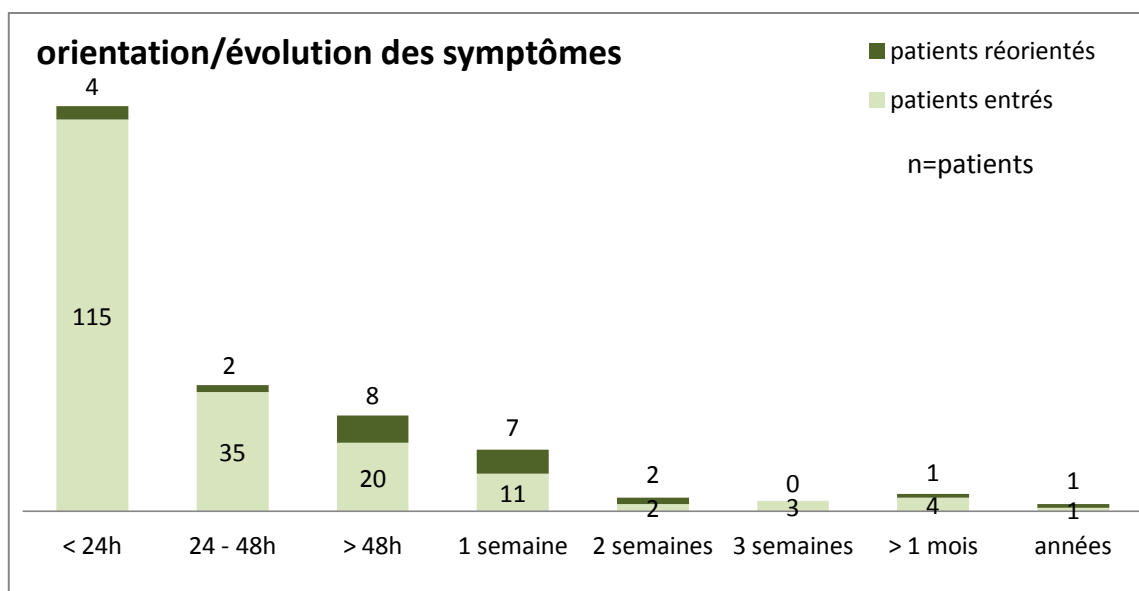


Figure 29 : orientation en fonction de la durée d'évolution des symptômes

.1 patient est admis pour une symptomatologie évoluant depuis au moins un an (majoration d'une hématurie chronique sur un cancer de prostate).

.1 patient est réorienté pour une pathologie qui évolue depuis plusieurs années. Cette patiente s'est arrêtée aux urgences en passant l'accueil alors qu'elle amenait sa fille en consultation externe.

.1 patiente qui présente une symptomatologie qui évolue depuis plus d'un mois est réorientée. Elle vient passer un scanner, prescrit par son médecin traitant, avant de partir en vacances.

2.6. Démarches avant de consulter aux urgences :

- - dans notre étude, 90% des patients (n=194) n'ont pas consulté de médecin généraliste pour le même problème qui les amène aux urgences.
- ils sont 22 patients (10% de l'effectif total) à l'avoir fait, dont 18 pour un problème somatique.

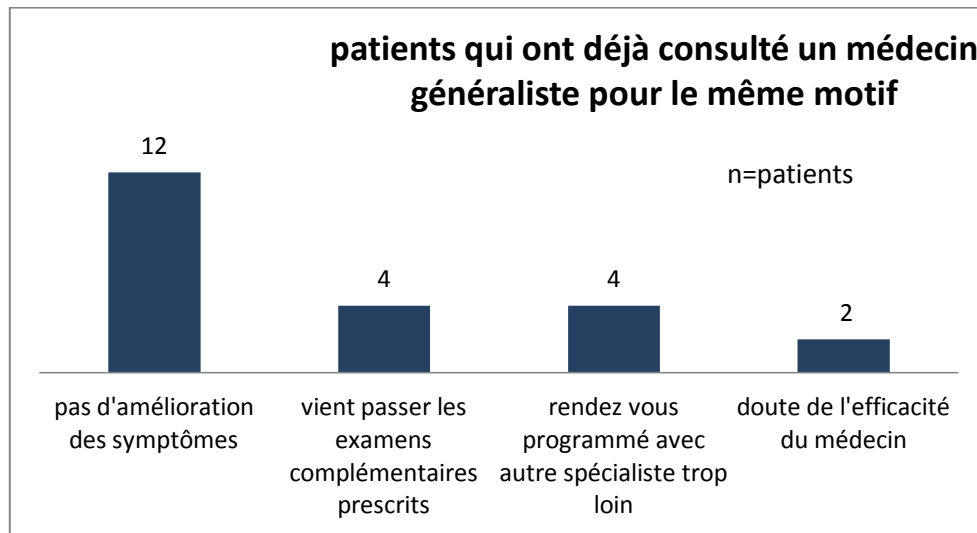


Figure 30 : arguments des patients ayant déjà consulté un médecin généraliste

- .11 patients (sur 12) consultent aux urgences après avoir vu un médecin généraliste pour des symptômes évoluant depuis 24-48h sans amélioration.
- .1 patient résidant hors département a consulté un médecin généraliste, sans amélioration.
- .1 patient consulte après avoir vu le médecin généraliste de garde la veille, sans amélioration.
- .8 patients viennent passer leurs examens complémentaires aux urgences (prescrits par le médecin généraliste plus d'une semaine avant pour 2 d'entre eux) ou avancer les RDV avec le médecin spécialisé déjà programmé. 1 patient n'a pas pu récupérer le double de l'ordonnance du médecin prescrite 3 semaines auparavant.
- .2 patients viennent car ils doutent de l'efficacité du médecin (pour 1 il s'agit d'un remplaçant).

- - sur les 22 patients qui ont déjà consulté un médecin : 17 sont admis (soit 9% des patients entrés) et 5 patients sont réorientés pour des pathologies somatiques.

Les patients ayant déjà consulté leur médecin ont tendance à être plus souvent réorientés ($p=0,1485$) que ceux qui ne l'ont pas fait.

La figure n°31 présente l'orientation des patients en fonction de leur recours au médecin généraliste avant de se présenter aux urgences :

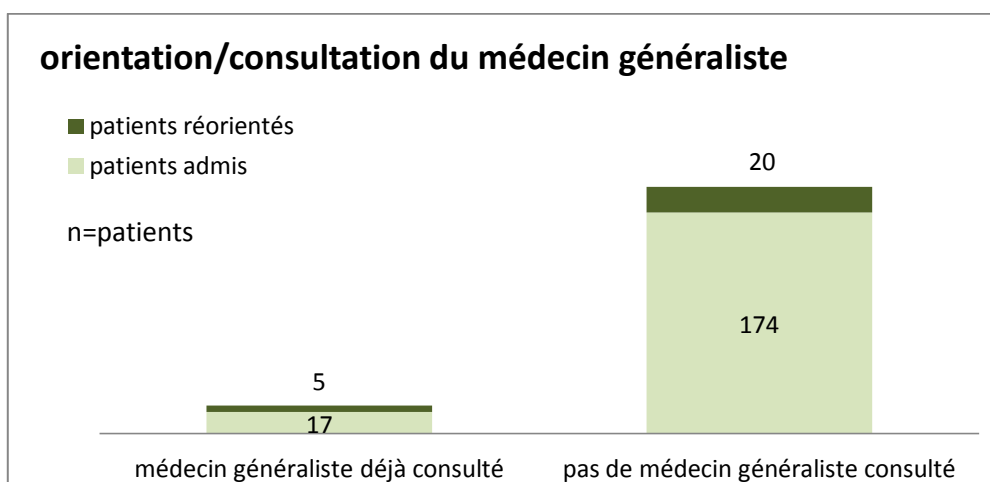


Figure 31 : orientation en fonction de la consultation chez un médecin généraliste

2.7. Motifs de consultation :

- Sur les 216 patients, 140 patients consultent pour de la traumatologie, 76 patients pour un motif somatique.

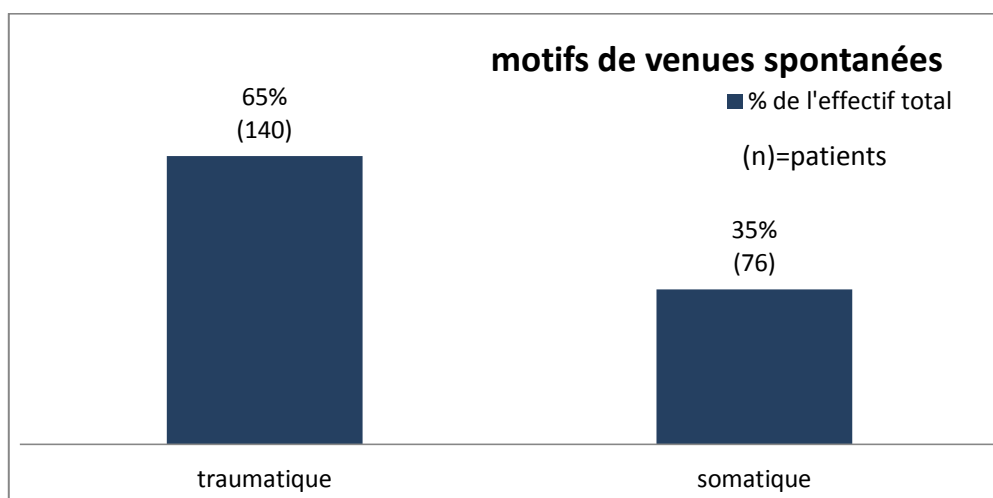


Figure 32 : motifs de venues des consultants

- Dans l'étude, 43 patients consultent pour un accident de travail (20% des venues spontanées) :

.pour 41 patients il s'agit de traumatologie, dont les principaux motifs sont le traumatisme de membre et les plaies.

.2 patients ont un problème somatique, il s'agit de 2 malaises.

Tous les patients présentant un accident du travail sont admis à l'exception d'une patiente dirigée par l'employeur sans qu'une déclaration en tant qu'accident de travail ait été faite.

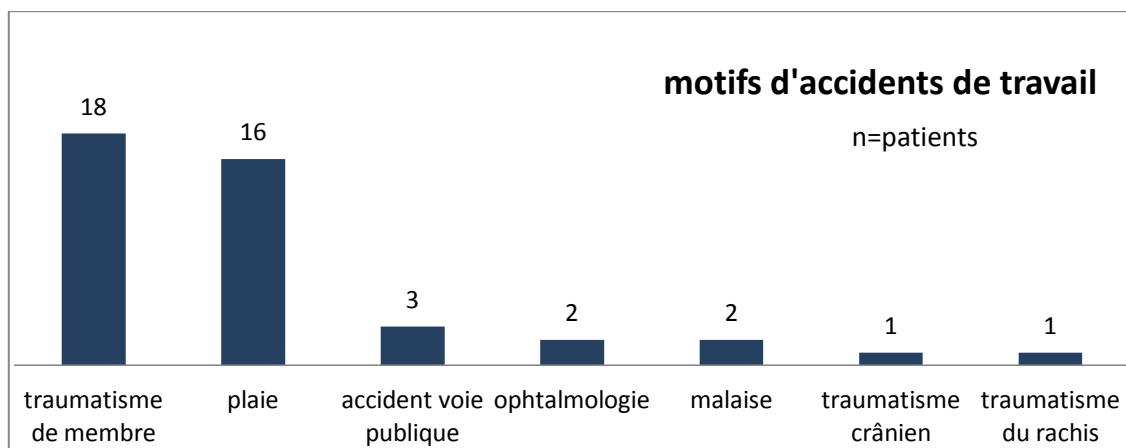


Figure 33 : motifs d'accidents de travail

- - parmi les patients admis, 67,5% présentent une pathologie traumatologique et 14 patients réorientés ont une pathologie somatique.

Les patients sont significativement plus souvent réorientés quand ils présentent une pathologie somatique ($p=0,0261$).

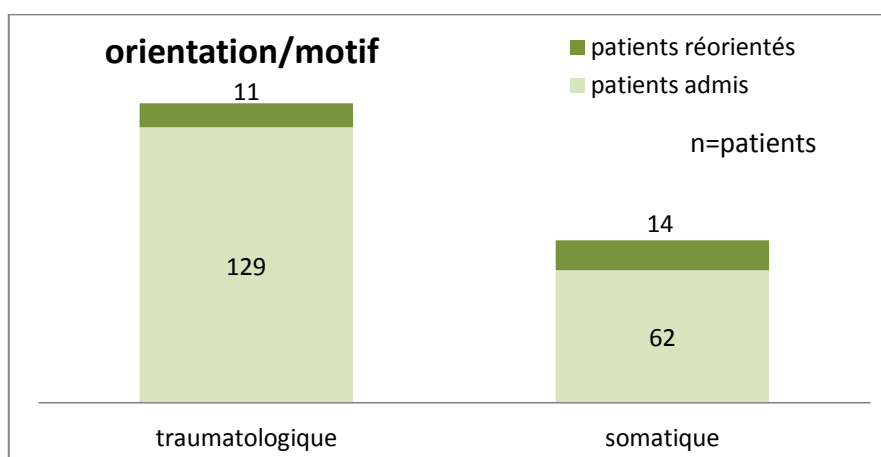


Figure 34 : orientation en fonction du motif de venue

2.7.1. Motifs traumatologiques :

- - sur les 216 patients de l'étude, 140 patients consultent pour de la traumatologie :

âge patients traumatologiques	femmes : 37% (52)	hommes : 63% (88)
moyenne d'âge	39 ans	34 ans
minimum	16 ans	15 ans et 7 mois
maximum	81 ans	90 ans

Tableau 8 : âge des consultants pour une pathologie traumatologique

La moyenne d'âge de ces patients, tous sexes confondus, est de 36 ans, la médiane est de 30 ans.

- les traumatismes de membre et les plaies représentent 60% des motifs traumatologiques, et 26% des venues aux urgences tous motifs confondus. La douleur est évoquée pour 128 patients de traumatologie (soit 91,4% d'entre eux).

Le tableau n°9 présente tous les motifs de venues traumatologiques :

motifs traumatologiques	patients	% de l'effective traumatologie	% de l'effectif total
traumatisme de membre	56	40,0%	26,0%
plaie	29	20,7%	13,4%
traumatisme de membre au sport	12	8,6%	5,6%
accident de la voie publique	12	8,6%	5,6%
agression	6	4,3%	2,8%
ophtalmologie	5	3,6%	2,3%
traumatisme du rachis	5	3,6%	2,3%
problème dermatologique/infection	5	3,6%	2,3%
suite de soins	4	2,8%	1,9%
traumatisme du thorax	3	2,1%	1,4%
traumatisme crânien	2	1,4%	0,9%
accident d'exposition au sang	1	0,7%	0,5%

Tableau 9 : pathologies traumatologiques

- - sur les 140 patients se présentant pour de la traumatologie, 129 sont admis.

Les douleurs de membres traumatiques représentent 39,5% des motifs de consultations bénéficiant d'une admission.

Le tableau n°10 présente les motifs admis en traumatologie :

motifs traumatologiques admis	patients	% de l'effectif admis
douleur de membre	51	39,5%
plaie	28	21,7%
douleur de membre au sport	12	9,3%
accident de la voie publique	11	8,5%
agression	6	4,6%
ophtalmologie	5	4,0%
traumatisme du rachis	4	3,1%
problème dermatologique/infection	4	3,1%
traumatisme du thorax	3	2,3%
suite de soins	2	1,55%
traumatisme crânien	2	1,55%
accident d'exposition au sang	1	0,8%

Tableau 10 : pathologies traumatologiques admises

- .les 6 patients consultant pour une agression ont tous bénéficié d'une entrée (5 sont orientés par la police),
 - .1 suite de soins correspond à une patiente qui vient modifier son attelle de Zimmer, posée aux urgences deux jours auparavant, trop serrée,
 - .1 suite de soins correspond à une patiente ayant consulté à l'étranger, qui a été plâtrée pour une fracture de cheville et pour laquelle les douleurs persistent,
 - .sur les 12 traumatismes au sport, 3 sont orientés par l'école.
- Parmi les 140 patients consultant pour de la traumatologie, 11 sont réorientés.
 - .dont 8 patients qui ont des symptômes qui évoluent depuis plus d'une semaine,
 - .1 suite de soins qui correspond à une demande de prolongation d'arrêt de travail après un passage aux urgences où un arrêt lui a été prescrit,
 - .1 suite de soins pour un patient suturé aux urgences quelques jours auparavant, qui vient montrer sa plaie et voir s'il faut retirer les points,
 - .1 patient qui consulte une semaine après un AVP qui l'avait conduit aux urgences, et qui était parti sans attendre les soins,
 - .2 patients qui reviennent sur les consignes, à priori, d'un médecin des urgences mais qui n'est pas retrouvée dans le DMU,
 - .1 patient est réorienté pour une douleur de hanche évoluant depuis 1 semaine, qui pense que consulter son médecin traitant revient plus cher à la Sécurité Sociale,
 - .1 patiente qui se présente pour une plaie superficielle de la pulpe du doigt ne nécessitant pas de point de suture.

2.7.2. Motifs somatiques :

- - dans notre étude, 76 patients consultent pour un motif somatique :

patients somatiques	femmes : 46% (35)	hommes : 54% (41)
moyenne d'âge	38,7 ans	40,6 ans
minimum	15 ans et 11 mois	17 ans
maximum	89 ans	79 ans

Tableau 11 : âge des consultants pour une pathologie somatique

La moyenne d'âge générale est de 39,75 ans, la médiane est à 39 ans.

- les douleurs abdominales représentent 18,4% des motifs somatiques.

La douleur est le symptôme motivant la consultation somatique dans 61,8% des cas (n=47).

motifs somatiques	patients	% de l'effectif somatique	% de l'effectif total
douleur abdominale	14	18,40%	6,40%
douleur de membre	9	11,80%	4,00%
problème urologique dont douleurs	9	11,80%	4,00%
douleur thoracique	7	9,20%	3,20%
dyspnée	6	7,80%	2,80%
problème neurologique/céphalées	6	7,80%	2,80%
malaise	5	6,60%	2,30%
problème ORL dont douleurs	5	6,60%	2,30%
divers dont douleurs	3	4,00%	1,40%
vomissements	3	4,00%	1,40%
AEG	3	4,00%	1,40%
douleur articulaire/rachis	2	2,60%	0,90%
problème dermatologique/allergie	2	2,60%	0,90%
demande d'ordonnance	2	2,60%	0,90%

Tableau 12 : pathologies somatiques

- - sur les 76 patients présentant une pathologie somatique, 62 sont admis, essentiellement pour des douleurs abdominales.

La figure n°35 présente l'orientation des patients en fonction du motif somatique de venue :

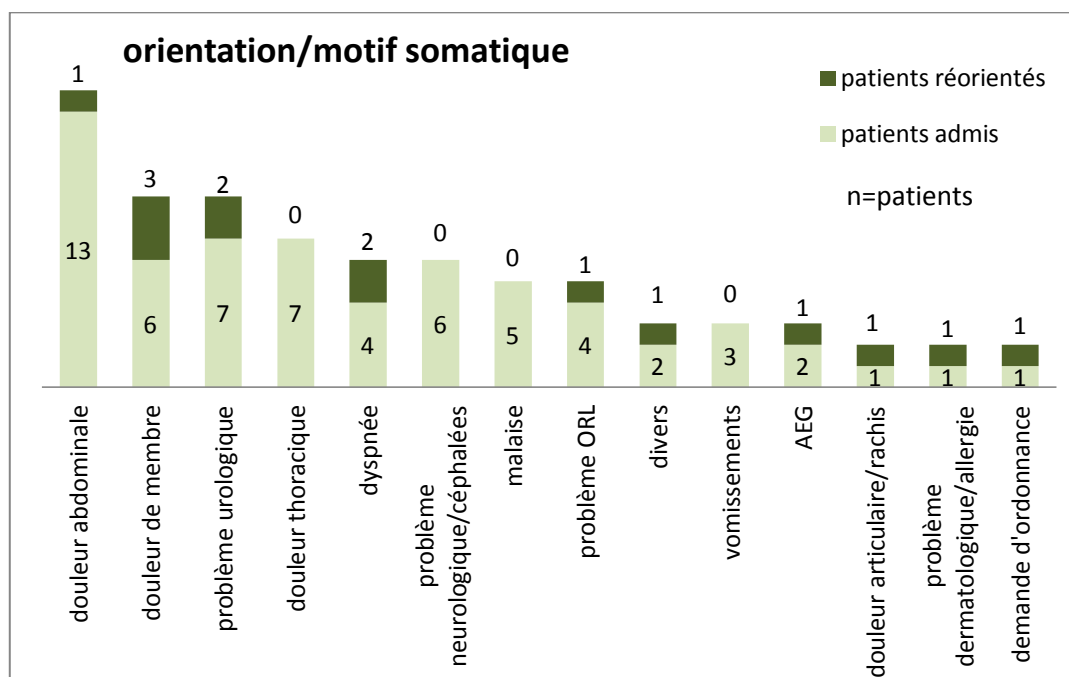


Figure 35 : orientation en fonction du motif de venue somatique

- .1 patient admis se présente pour une demande d'ordonnance car il ne peut pas avancer les frais d'une consultation chez un médecin généraliste. Il a été pris en charge par la PASS,
- .1 patiente se présentant pour une AEG est réorientée. Elle souhaite passer son scanner prescrit, avant de partir en vacances, les délais étant trop longs en ville,
- .1 patient diabétique insulino-dépendant est réorienté suite à une demande d'ordonnance. Il n'habite pas dans la région et n'a pas assez d'insuline,
- .1 patiente se présente pour un problème dermatologique allergique est réorientée, elle souhaite voir un dermatologue en urgence,
- .1 pathologie urinaire réorientée correspond à une cystite,
- .1 douleur dentaire dans la catégorie « divers » est réorientée.

2.7.3. Délais de consultation en fonction du motif :

- Les patients consultent pour 156 d'entre eux dans les 48h après le début de leurs symptômes aux urgences (72% des venues spontanées). Plus de la moitié des patients consultants pour de la traumatologie viennent dans les 48h (n=116).

La figure n°36 présente l'orientation en fonction du délai de consultation pour les pathologies traumatologiques et somatiques :

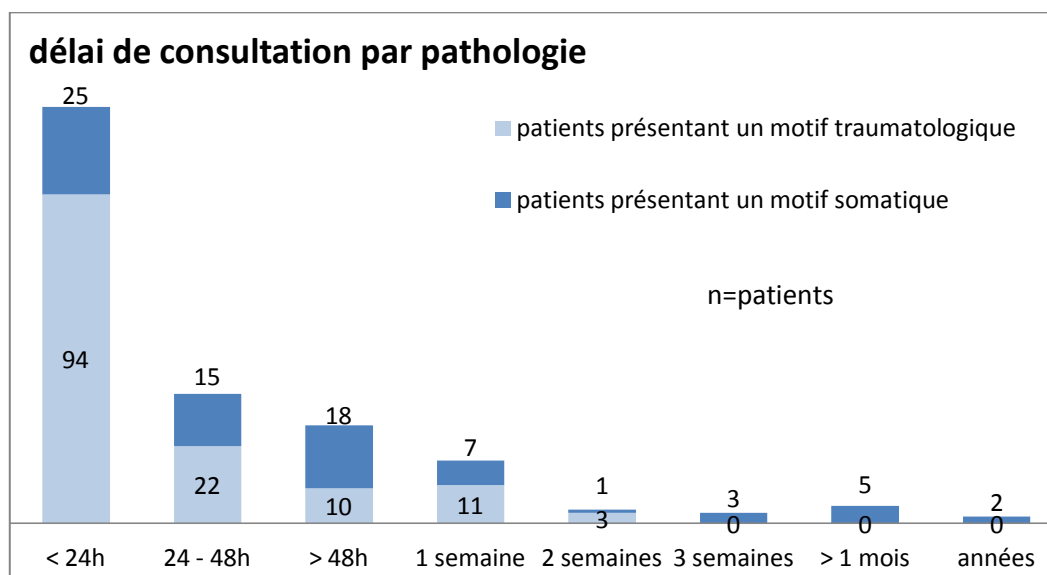


Figure 36 : orientation en fonction du délai de consultation pour les pathologies traumatologiques et somatiques

.les 10 patients qui présentent des symptômes depuis trois semaines au moins ont des pathologies somatiques.

- Tous les patients qui consultent pour des plaies viennent aux urgences en moins de 24h. Aucun des patients ayant une pathologie traumatique évoluant depuis moins de 24h n'est réorienté ; les pathologies somatiques qui évoluent depuis plus de 48h (9 patients) sont plus souvent réorientées.

2.8. Motifs de non recours au médecin généraliste :

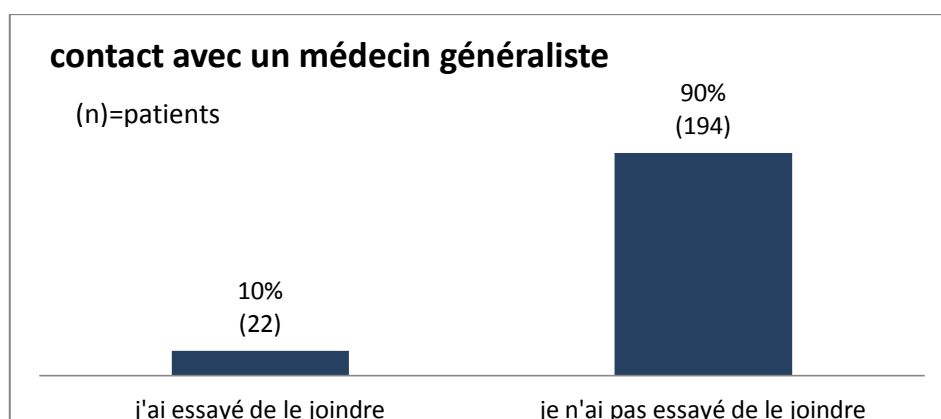


Figure 37 : contact avec le médecin généraliste par les consultants

.seul 1 patient résident hors département a essayé de joindre un médecin généraliste de Charente (inclus dans « j'ai essayé de le joindre »).

- Dans notre travail, 145 patients admis (76% de l'effectif admis) et 19 patients réorientés n'ont pas essayé de joindre leur médecin.

Les patients qui essaient de contacter le médecin généraliste ont tendance à être moins réorientés ($p=0,4819$).

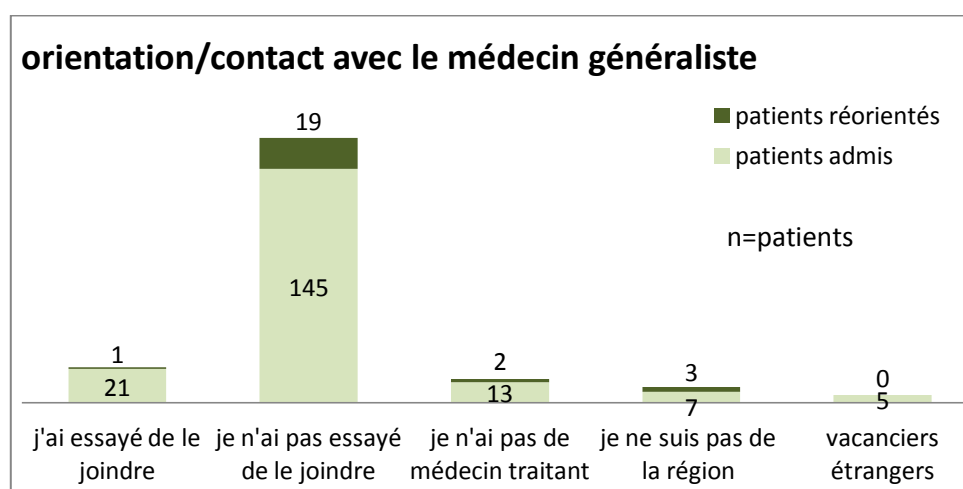


Figure 38 : orientation en fonction du contact avec un médecin généraliste

.1 patiente qui a contacté son médecin est réorientée, elle ne voulait pas attendre le RDV programmé au lendemain.

2.8.1. Les patients qui ont essayé de contacter un médecin généraliste :

- Sur les 216 patients, 22 ont essayé (10%) mais ne l'ont pas consulté : 10 femmes et 12 hommes.

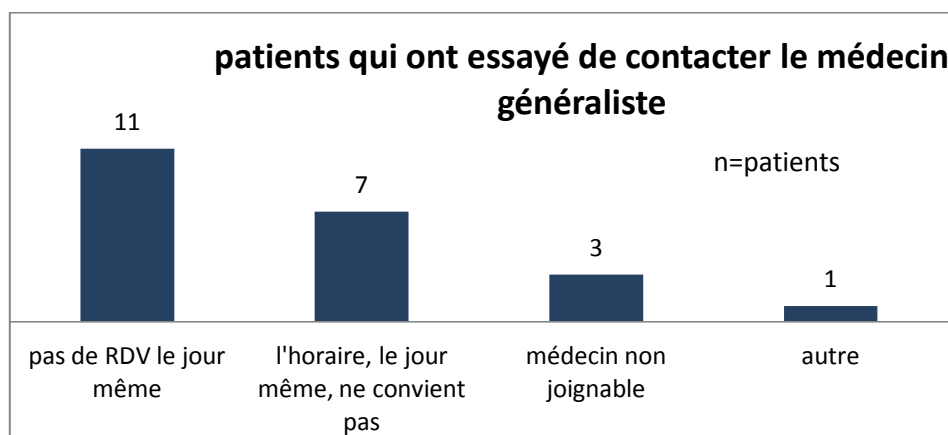


Figure 39 : consultants ayant essayé de contacter le médecin généraliste

- .1 patient « autre » a essayé de joindre son médecin traitant pour récupérer le duplicata des examens complémentaires qu'il a perdu, le médecin aurait refusé de lui refaire.
- .pour 2 de ces patients, le médecin était non joignable car absent.

- Les patients de plus de 51 ans sont moins nombreux à essayer de contacter le médecin généraliste :

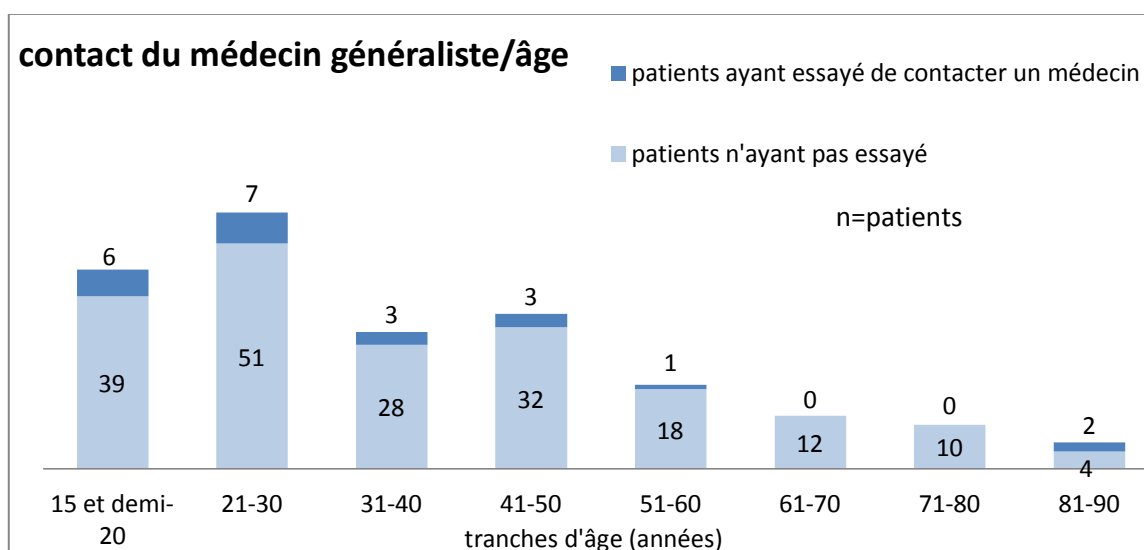


Figure 40 : contact du médecin généraliste en fonction de l'âge

- Les professionnels de santé et les employés ont tendance à chercher à joindre un médecin généraliste (respectivement $p=0,1520$ et $p=0,2280$).

La figure n°41 présente le contact du médecin généraliste en fonction de leur profession :

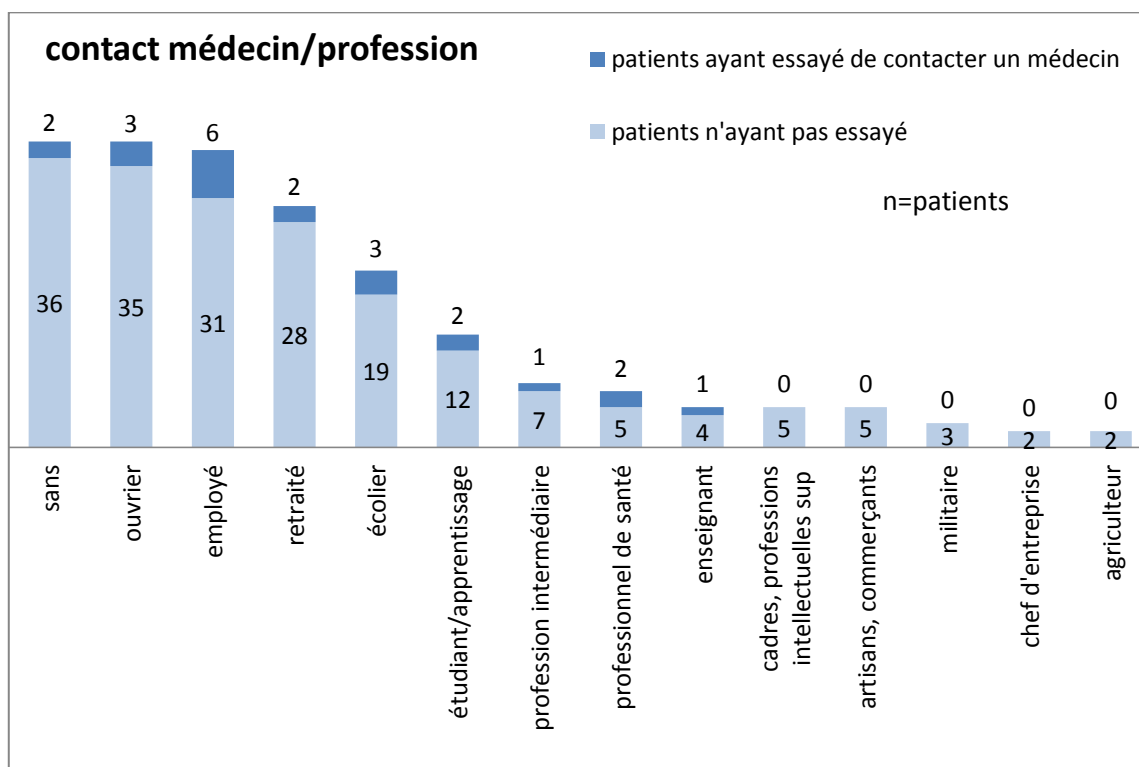


Figure 41 : contact du médecin généraliste en fonction de la profession

- Parmi les bénéficiaires de la CMU, 1 seul patient a tenté de contacter son médecin (soit 2.5% des patients couverts par la CMU).

2.8.2. Les patients qui n'ont pas essayé de joindre un médecin généraliste :

- Avant de venir aux urgences, 194 patients (90%) n'ont pas essayé de joindre un médecin.

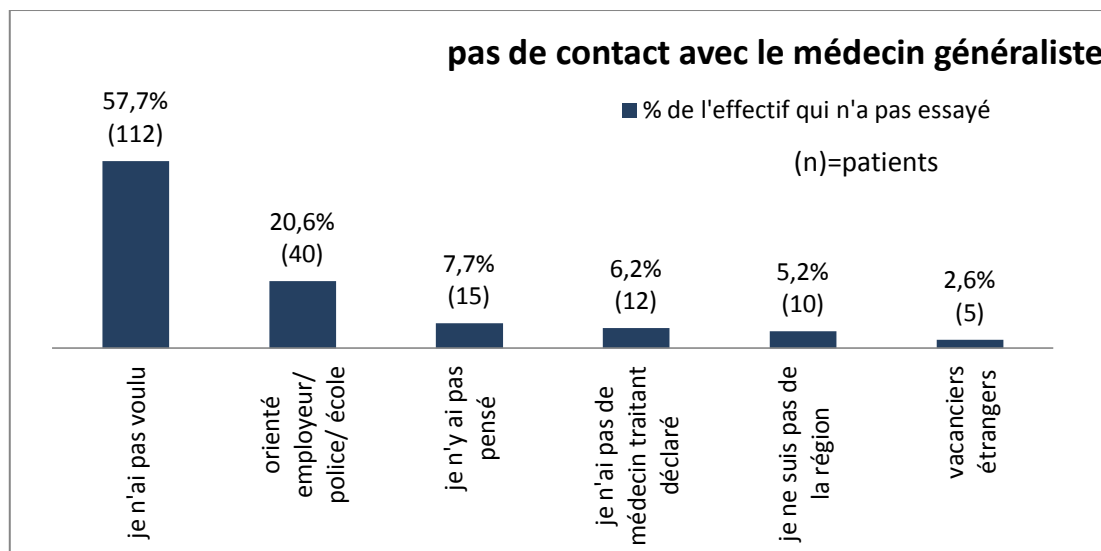


Figure 42 : arguments des patients qui n'ont pas essayé de contacter un médecin

- Dans le groupe admis, 145 patients n'ont pas essayé de joindre un médecin généraliste (soit 76% de l'effectif admis) et 24 patients du groupe des réorientés (sur 25).

Deux cas de figures se présentent : un groupe où le patient a décidé seul de venir aux urgences et un groupe où le patient a été dirigé par un organisme non médical. Nous décrivons les deux situations :

a. par décision du patient :

- - sur les 194 patients qui n'ont pas contacté de médecin, 112 (57,7%) n'ont pas voulu le joindre :

.18 de ces patients l'ont consulté avant de venir, mais n'ont pas été orienté par celui-ci.

.plus de la moitié présente une pathologie traumatologique (n=58).

.certains patients n'essaient pas du fait de leurs convictions : 5 patients pensent que leur médecin n'aurait pas pu les recevoir rapidement, 3 pensent que leur médecin les aurait envoyé de toute façon aux urgences, 4 patients ne veulent pas voir le remplaçant, 11 n'ont pas essayé d'appeler car leur médecin est absent, sans savoir s'il y avait un remplaçant.

.10 de ces patients n'ont pas essayé car leur médecin est en dehors du département.

- parmi ces patients qui n'ont pas voulu le contacter : 15 patients sont réorientés (plus d'un tiers des réorientés), et 97 patients sont admis (50,7% de l'effectif admis).

- Pour 15 patients sur les 194 (7,7% des patients qui n'ont pas essayé), ils n'y ont pas pensé : pour 11 de ces patients il s'agit d'un motif traumatologique.

- Pour 15 autres patients, ils ne savent pas qui contacter. Il s'agit :

- .1 patient dont le médecin traitant est absent,
- .6 qui n'ont pas de médecin traitant,
- .6 qui ne sont pas de la région, dont 2 sont vacanciers étrangers,
- .4 de ces patients sont réorientés.

b. orientation par un autre « organisme » non médical :

Une partie des patients est dirigée aux urgences, soit 40 patients de notre étude (18,5% de l'effectif total) :

- par l'employeur pour 31 patients (sur 43 accidents du travail déclarés) dont 1 qui n'a pas déclaré d'accident de travail.
- par la police pour la réalisation d'un CCB pour 5 patients,
- par l'école pour 4 patients.

Pour ces 40 patients nous avons tenu compte de l'orientation (non médicale). *3 de ces patients n'ont pas de médecin traitant mais sont orientés par la police ou l'employeur (ils ne sont pas inclus dans le compte « je n'ai pas de médecin traitant »).*

2.8.3. Motivations des patients :

Nous avons séparé les motivations en rapport avec la pathologie pour laquelle ils consultent, et les motivations d'ordre pratique ou organisationnelles, qui les amènent aux urgences :

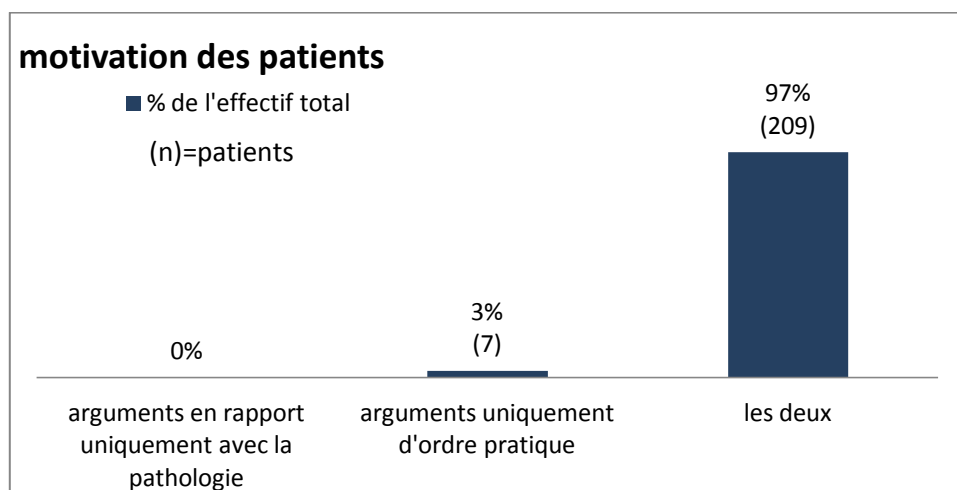


Figure 43 : motivations des patients

- on compte 7 patients (soit 3% de la population de notre étude) qui se présentent aux urgences uniquement pour le côté pratique que nous décrivons à la fin du chapitre ; deux d'entre eux sont réorientés.

- aucun patient ne vient uniquement pour bénéficier du plateau technique.

a. arguments en rapport avec la pathologie :

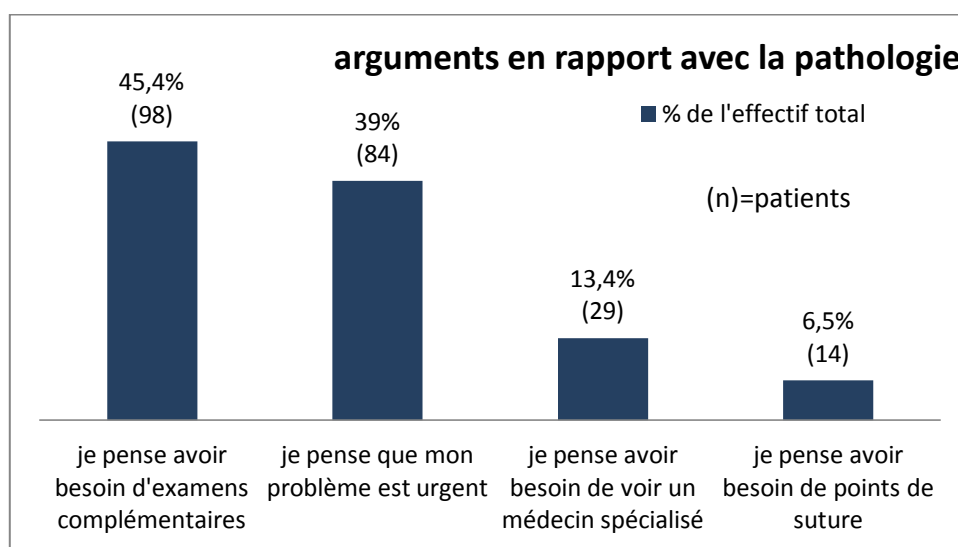


Figure 44 : arguments en rapport avec la pathologie

- Dans notre travail, 98 patients (45,4% des patients se présentant spontanément) pensent avoir besoin d'exams complémentaires :

- . pour 67 patients il s'agit d'un problème traumatologique (68%),
- .ces patients essaient peu de joindre leur médecin traitant (9,2% d'entre eux),
- .46 patients (47%) ont un problème qui évolue depuis moins de 24h.

- Pour 84 patients, soit 39% des venues spontanées, la situation leur semble urgente :

- .dont 54 (64,2%) qui viennent pour une pathologie traumatique ; ces 54 patients incluant toutes les personnes qui se présentent pour une plaie.
- .tous les patients ayant une EVA à 10 (n=7),
- .la plupart (n=76) ont des symptômes présents depuis 48h maximum et 8 patients pensent que leur situation est urgente pour des symptômes qui évoluent entre 1 et 3 semaines.

- Le besoin de voir un médecin spécialisé est évoqué par 29 patients (13,4%) :
 - .dont 21 patients (72,4%) pour une pathologie somatique (5 douleurs thoraciques),
 - .dont 5 patients qui ont déjà vu leur médecin traitant pour ce problème,
 - .3 patients essaient de rapprocher un RDV jugé trop loin avec un médecin spécialisé déjà programmé,
 - .tous les patients qui ont déjà des examens prescrits par leur médecin souhaitent voir un médecin spécialisé alors qu'ils n'ont pas réalisé les examens en externe.
- Pour 14 patients la nécessité de points de suture motive leur venue :
 - .45% des patients se présentant pour plaie,
 - .aucun n'a essayé de joindre le médecin traitant.

b. arguments « pratiques » :

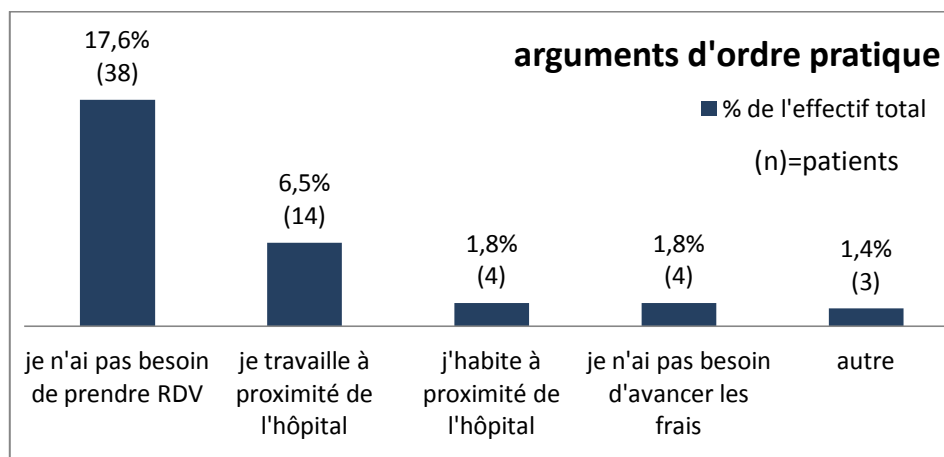


Figure 45 : arguments pratiques

- - Pour 38 patients (17,6% de l'effectif total), l'absence de RDV est un motif de consultation :
 - .dont 4 patients qui n'ont pas d'emploi, et 4 sont retraités,
- 7 patients sur les 25 réorientés avancent cet argument et 31 patients sur les 191 du groupe admis (18%).
- Le fait qu'il n'y ait pas de frais à avancer est évoqué par 4 patients :
 - .dont 3 qui ont une mutuelle,
 - .dont 2 qui sont sans profession.
 - .aucun des patients réorientés ne cite cet argument.

Ce ne sont pas les plus jeunes patients qui avancent cet argument : la moyenne d'âge est de 47,5 ans.

- Dans la catégorie « autre » nous avons regroupé plusieurs arguments avancés par les patients :

- .1 patiente qui est venue aux urgences car elle accompagnait sa fille en consultation externe et s'est arrêtée en passant devant l'accueil des urgences pour une douleur chronique,
- .1 patiente qui déclare être en pause et souhaiterait être vue avant de reprendre le travail
- .1 patient de 89 ans qui pense que consulter un médecin généraliste revient plus cher à la sécurité sociale.

Ces trois patients ont été réorientés.

2.9. Classification de la douleur :

- - pour 103 patients de notre étude (47,6%), l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) n'est pas précisée.

L'EVA moyenne est à 7,6. Un quart des patients se présentant spontanément décrit des douleurs d'intensité faible (n=41).

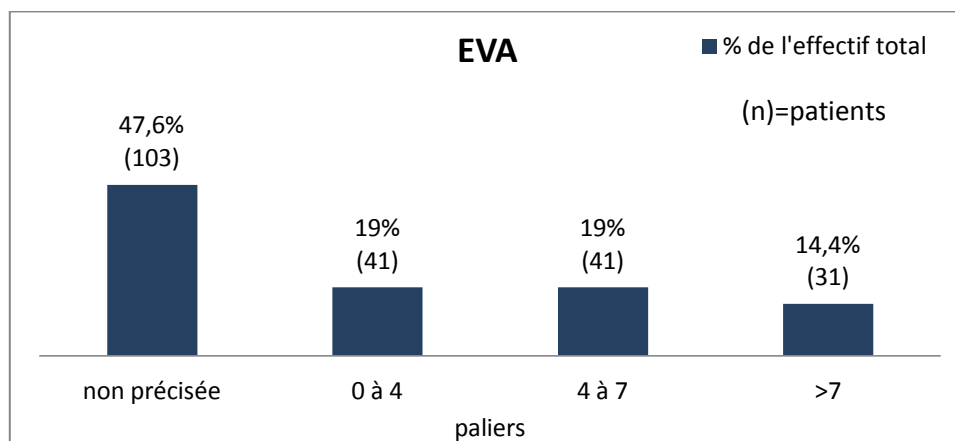


Figure 46 : évaluation de la douleur selon l'EVA

- parmi les venues spontanées, 20 patients (9,4% de l'effectif total) ont une EVA à 0, dont 1 patient qui se présente pour céphalées et 1 patient pour douleur abdominale.
- l'EVA est à 10 pour 7 patients, dont 4 patients qui ont des symptômes évoluant depuis moins de 24h.

- - pour 81 des patients entrés (42,4% des admis) l'EVA n'est pas précisée, essentiellement pour les patients consultant en traumatologie (71 patients).

Il n'y a pas eu de réorientation pour les patients ayant une douleur modérée à forte.

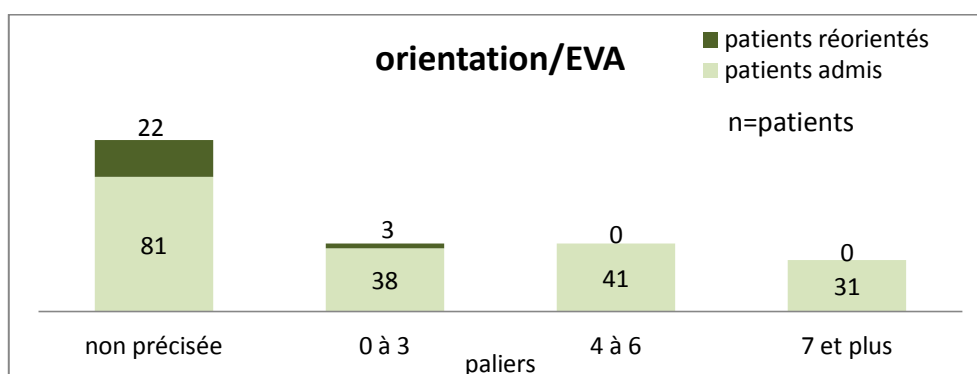


Figure 47 : orientation en fonction de l'EVA

2.10. Fréquentation du service des urgences :

- Le tableau n°13 présente le nombre de passages répertoriés par patients dans le DMU :

nombre de passages	nombre de patients	% de l'effectif total
1e venue	78	36%
entre 2 et 3 venues	63	29%
entre 4 et 5 venues	41	19%
supérieur à 6 venues	34	16%

Tableau 13 : nombre de patients présents aux urgences

Pour 78 patients (36% des venues spontanées), il s'agit de leur premier passage aux urgences. Près d'1/4 des patients ont eu plus de 6 recours aux urgences répertoriés depuis la mise en place du DMU (n=34). Plus de la moitié des patients (n=138) connaissent le service des urgences et ont déjà été pris en charge, en moyenne 3,9 fois par personne. Les patients bénéficiant de la CMU consultent plus souvent avec une moyenne de 7,5 fois par personne.

- Les patients consultant pour la première fois aux urgences sont admis dans 86% des cas. Ces patients ont tendance à être plus souvent réorientés sans que cela soit significatif ($p=0,385$).

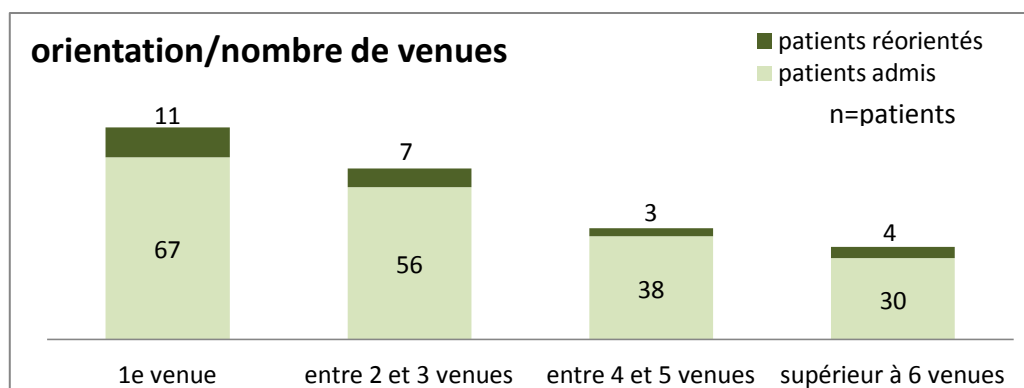


Figure 48 : orientation en fonction du nombre de venues

- Dans le courant de l'année, 64 patients sont déjà venus aux urgences au moins une fois, soit 29% de la population étudiée :

.ils ont un médecin traitant déclaré pour 60 d'entre eux, ce sont en majorité des hommes de moins de 40 ans.

. 24 patients bénéficiaires de la CMU qui ont déjà consulté durant l'année (soit 60% des patients CMU),

.dont 4 patients résidant en France sans protection sociale (soit 31% des patients sans protection complémentaire),

Ces patients consultent essentiellement pour de la traumatologie (44%) :

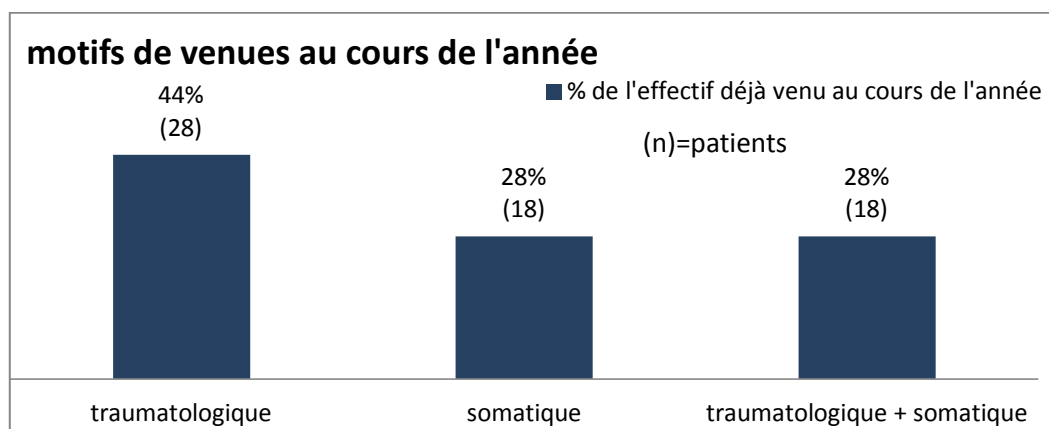


Figure 49 : motifs recours chez les patients déjà venus durant l'année

2.11. Nombre de patients présents dans les urgences :

A chaque venue, le nombre de patients présents au même moment est relevé sur le DMU.

patients présents	en général	lors des admissions	lors des réorientations
moyenne	14,7 patients	14,64 patients	15 patients
minimum	3 patients	3 patients	6 patients
maximum	26 patients	26 patients	25 patients

Tableau 14 : nombre de patients présents au moment de l'orientation

- Il y a en moyenne 14,7 patients présents dans les urgences en semaine, aux heures d'ouverture des cabinets de médecine de ville.

Le nombre de patients présents dans les urgences ne semble pas modifier l'orientation (p=0,7047).

3. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS :

3.1. Patients admis :

Sur les 216 patients se présentant spontanément aux urgences, 191 sont admis.

3.1.1. Sénior / interne :

- Dans 37,7% des cas (n=72) les patients sont vus exclusivement par le sénior :
 - .39 pathologies traumatiques (soit 30% de la traumatologie).
 - .33 pathologies somatiques (soit 53% des pathologies somatiques),
- L'interne, supervisé par le sénior, prend en charge 119 patients de l'étude (62,3% des admis)

3.1.2. Actes diagnostiques et thérapeutiques :

Nous avons présenté la liste exhaustive pour chaque acte diagnostique ou thérapeutique afin de mettre en évidence ceux difficilement réalisables par le médecin généraliste.

a. examen complémentaires :

Sur les 191 patients admis, 47 patients (24,6%) n'ont bénéficié d'aucun examen complémentaire. Plus de 75,4% des patients admis (n=144) ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique (dont 98 patients qui souhaitaient en bénéficier).

Pour 108 patients, il s'agit de radiographies standards (81 d'entre eux ont une pathologie traumatologique).

examens complémentaires	patients	% de l'effectif admis
radiographie	108	56,50%
biologie	43	22,50%
ECG/scope	32	16,70%
ECBU/Bandelette urinaire	12	6,30%
quick test	11	5,70%
scanner	6	3,10%
glycémie	5	2,60%
échographie	2	1%
test fluorescéine	2	1%
peak flow	1	0,50%
prélèvements génitaux	1	0,50%
aucun	47	24,60%

Tableau 15 : ensemble des actes diagnostiques effectués chez les patients admis

Toutes les douleurs abdominales (sauf 1 qui s'avère être un lumbago) ont eu un bilan biologique,

La surveillance sous scope ou la réalisation d'un ECG sont nécessaires pour 32 patients (16,7% des patients admis).

b. Autres spécialistes médicaux et paramédicaux :

- Seuls 30 patients (15,7%) se présentant spontanément bénéficient de l'avis d'un médecin spécialisé ; 161 n'en ont pas besoin (84,3%).

médecin spécialisé	patients
non	161
chirurgien orthopédique	10
cardiologue	3
chirurgien viscéral	3
pneumologue	3
urologue	3
gastro-entérologue	2
médecine interne	2
neurologue	2
dentiste +ORL	1
gynécologue	1

Tableau 16 : intervention d'un médecin spécialisé

- . 2 plaies (sur les 28 admises) sont vues par le chirurgien orthopédiste,
- .3 patients sur les 51 patients admis se présentant pour un traumatisme de membre voient l'orthopédiste (6% des traumatismes de membre),
- .8 douleurs abdominales ne nécessitent pas l'avis d'un autre spécialiste (61,5% des douleurs abdominales admises).
- .4 douleurs thoraciques ne nécessitent pas l'avis d'un autre spécialiste (66,7% des douleurs thoraciques).

Sur les 25 patients qui se présentent aux urgences en pensant avoir besoin de voir un autre spécialiste, 11 vont en voir un.

- Sur les 191 patients admis :

- 3 patients bénéficient d'une prise en charge par la PASS, dont 2 qui sont directement orientés vers ces consultations sans passer dans un box.

- 2 patients ont rencontré l'IDE psychiatrique dans le cadre d'une agression.

- 1 patient a rencontré l'assistante sociale pour mettre à jour sa couverture CMU.

- La majorité des patients (n=156) ne nécessite ni l'avis d'un médecin spécialisé ni l'intervention d'une aide paramédicale spécialisée (IDE de psychiatrie, PASS...) (soit 81,6% des patients admis).

c. Traitements recus aux urgences :

Sur 191 patients admis, 35 ne reçoivent aucun traitement aux urgences (18%).

Un patient a refusé le traitement proposé suite à l'avis d'un médecin spécialisé.

L'immobilisation à visée antalgique d'une articulation est réalisée pour 56 patients (29%) :

traitement « orthopédique »	nombre de patients	% de l'effectif admis
collier mousse/attelle	39	20,4%
syndactylie	13	6,8%
plâtre	4	2,1%
remplacement attelle de Zimmer	1	0,5%
suture	15	7,8%
anesthésie locale	11	5,7%
Kalinox®	2	1,0%
pansement	36	18,8%
vaccination antitétanique	2	1,0%
lavage oculaire	3	1,6%
ablation de corps étranger	2	1,0%
évacuation d'une collection	2	1,0%
réduction de luxation	1	0,5%

Tableau 17 : ensemble des actes thérapeutiques orthopédiques réalisés chez les patients admis

Sur les 28 patients admis pour plaie, moins de la moitié sont suturées (n=13).

- Parmi les patients admis, 29 sont perfusés (dont 24 patients ayant une pathologie somatique) (soit 15,2% des patients admis).

Sur les 13 douleurs abdominales, 8 sont perfusées.

traitement antidouleur	nombre de patients	% de l'effectif admis
antalgique palier 1	52	27,20%
antalgique palier 2	11	5,70%
antalgique palier 3	3	1,60%
dont antalgique intra veineux	18	9,40%
anti-inflammatoire	11	5,70%
antispasmodique	3	1,60%

Tableau 18 : prise en charge de la douleur chez les patients admis

- Sur les 216 patients venus spontanément, 2 sont traités pour un syndrome coronarien aigu et 4 patients reçoivent un traitement par antibiotique aux urgences.

traitement « autre »	patients
antibiotique	4
antiémétique	4
inhibiteur pompe à protons	3
antihistaminique	2
aérosol	2
oxygène	2
traitement d'un syndrome coronarien aigu	2
trinitrine	1
antivertigineux	1
antiépileptique	1
pilule du lendemain	1
insuline	1
soluté	1
pose de sonde vésicale	1

Tableau 19 : autres actes thérapeutiques réalisés chez les patients admis

3.1.3. Devenir des patients admis :

Dans notre travail, 20 patients, soit 10,5% des patients admis, nécessitent une hospitalisation. Les venues spontanées correspondent à 11% des hospitalisations tous modes de venues confondus sur la période de notre étude.

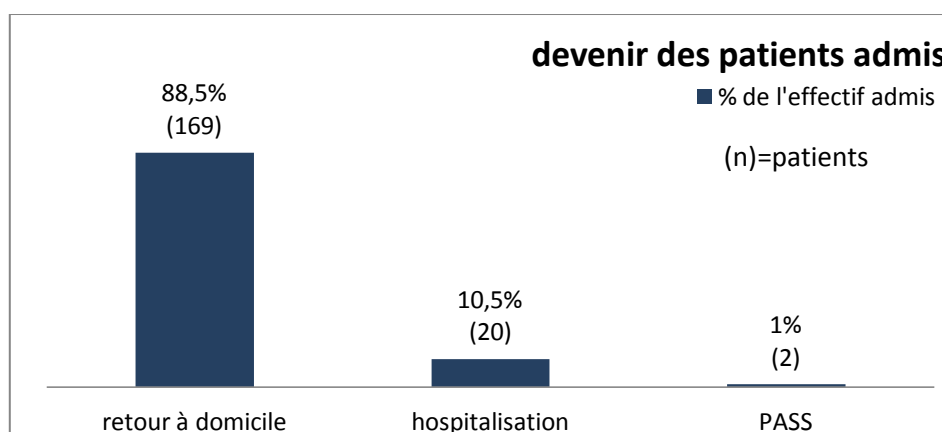


Figure 50 : devenir des patients admis

Nous décrivons successivement la prise en charge des patients hospitalisés et celle des patients sortant à l'issue de leur passage aux urgences.

a. patients hospitalisés :

- Sur les 191 patients admis, 20 sont hospitalisés.

Le tableau n°20 présente l'âge des patients hospitalisés au décours de leur passage aux urgences :

patients hospitalisés	13 femmes	7 hommes
moyenne d'âge	38 ans	58,8 ans
minimum	19 ans	75 ans
maximum	75 ans	79 ans

Tableau 20 : âge des patients hospitalisés

Les patients hospitalisés ont en moyenne 45,35 ans avec un maximum de 79 ans et minimum de 19 ans. La médiane est à 42 ans.

- Sur les 20 patients hospitalisés, 7 sont pris en charge par l'unité d'hospitalisation de courte durée.

services d'hospitalisation	nombre de patients
UHCD	7
service chirurgie	5
service médecine	7
autre établissement	1

Tableau 21 : services d'hospitalisation des patients admis

- .le patient transféré dans un autre établissement présente une plaie nécessitant une prise en charge par un chirurgien de la main.
- .2 des patients ont été pris en charge directement au bloc opératoire orthopédique.

- le tableau n°22 présente la correspondance entre le motif de venue et le diagnostic établi par l'urgentiste pour les patients hospitalisés :

motif de venue	diagnostic de l'urgentiste	service d'hospitalisation
AEG	SCA atypique	USIC
déséquilibre de diabète	déséquilibre de diabète	médecine interne
douleur abdominale	suspicion d'appendicite	chirurgie viscérale
douleur abdominale	pancréatite aigue	gastroentérologie
douleur abdominale	colon spasmodique	UHCD
douleur abdominale	colon spasmodique	UHCD
douleur abdominale	saignement sur fibrome	gynécologie
douleur de membre	luxation du coude	bloc orthopédique
douleur thoracique	SCA atypique	UHCD
douleur thoracique	SCA atypique	USIC
douleur thoracique	douleur thoracique	cardiologie
douleur thoracique	douleur thoracique	UHCD
dyspnée	pneumopathie	pneumologie
malaise	1e épisode de crise convulsive	UHCD
malaise	hypokaliémie sur anorexie	UHCD
plaie	plaie profonde du pied	bloc orthopédique
plaie	plaie profonde de la main	autre établissement
problème dermatologique/ infection cutanée	œdème de Quincke	UHCD
problème neurologique	syncope/lipothymie	neurologie
suite de soins	fracture bimalléolaire	chirurgie orthopédique

Tableau 22 : correspondance entre le motif de venue, le diagnostic final et le service d'hospitalisation

Deux patients venant spontanément pour des douleurs thoraciques et 1 AEG s'avèrent être des syndromes coronariens aigus atypiques. Deux d'entre eux ont été transférés en USIC.

Sur les 7 patients hospitalisés à l'UHCD, 6 ont regagné leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences. Une patiente a été transférée à l'hôpital psychiatrique dans le cadre d'une hypokaliémie sur anorexie.

b. patients non hospitalisés :

- - parmi les 191 patients admis, 171 ne sont pas hospitalisés dont 169 qui rentrent à domicile (88,5% des admissions) et 2 qui sont directement adressés en consultation PASS.
- deux de ces patients ont vu un médecin spécialisé et sont repartis à domicile, 4 ont été perfusés.
- - sur les 171 patients sortants, 130 ont un traitement prescrit à leur sortie (76% des patients sortants). 31 repartent sans ordonnance de traitement dont 2 étiquetés CCMU1.

- pour 16 patients (9% des admis) des RDV sont programmés en externe.

retour à domicile	patients	% de l'effectif sortant
traitement de sortie prescrit	130	76%
RDV médecin généraliste si besoin	34	19,90%
RDV médecin généraliste pour contrôle à programmer	14	8,20%
RDV médecin spécialisé à programmer	18	10,50%
RDV médecin spécialisé programmé	8	4,70%
RDV médecine du sport à programmer	9	5,30%
RDV médecine du sport programmé	3	1,70%
exams complémentaires en externe à programmer	8	4,70%
examens complémentaires en externe programmés	5	3%
pas de consigne pour les jours suivants consignée	68	39,70%
pas d'ordonnance de traitement	31	18,10%
prise en charge PASS	2	1,20%
revenir aux urgences si absence d'amélioration	1	0,50%
refus des soins proposés	1	0,50%

Tableau 23 : organisation du retour à domicile

.le patient sorti sans attendre les soins a refusé la réalisation d'une fibroscopie digestive haute.

3.1.4. Durée de présence dans le service :

a. durée globale :

• Le temps moyen de prise en charge est de 1h40, après l'entrée informatique du patient, avec un minimum de 10 min et un maximum de 7h. Les 2/3 des dossiers des patients admis sont clôturés en moins de 2h (n=137).

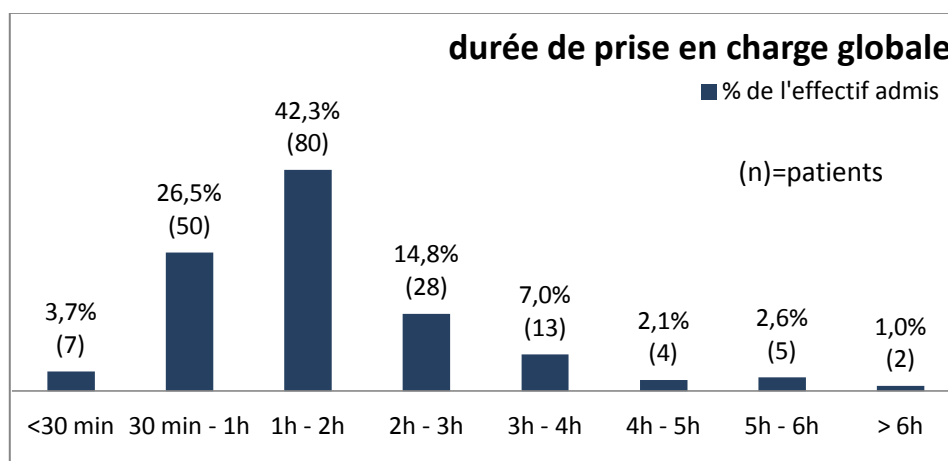


Figure 51 : durée de prise en charge globale des patients admis

.sur les 4 patients présents entre 4h-5h : 2 ont bénéficié d'un scanner,

.les patients présents entre 5h-6h ont tous eu une biologie ; 2 ont eu une échographie et 2 ont vu un autre spécialiste. 3 de ces patients sont repartis à domicile.

.les 2 patients présents plus de 6h ont été hospitalisés.

- le tableau n°24 présente la durée de prise en charge en fonction du motif de venue :

durée de prise en charge	traumatologie	somatique
temps de passage moyen	1h15	2h30
minimum	10 min	15 min
maximum	5h	7h

Tableau 24 : durée de prise en charge en fonction du motif de venue

Les patients se présentant pour de la traumatologie sont vus plus rapidement.

- Les 2 patients ayant fait une entrée directement en consultation PASS, non pas été inclus dans le tableau n°24.

b. pour les patients hospitalisés :

Les patients hospitalisés séjournent en moyenne plus longtemps dans le service des urgences.

durée de prise en charge patients hospitalisés	20 patients
temps de passage moyen	3h15
minimum	1h
maximum	7h

Tableau 25 : durée de prise en charge des patients hospitalisés

Sur les 20 patients hospitalisés, 6 dossiers sont clôturés entre 2 et 3h :

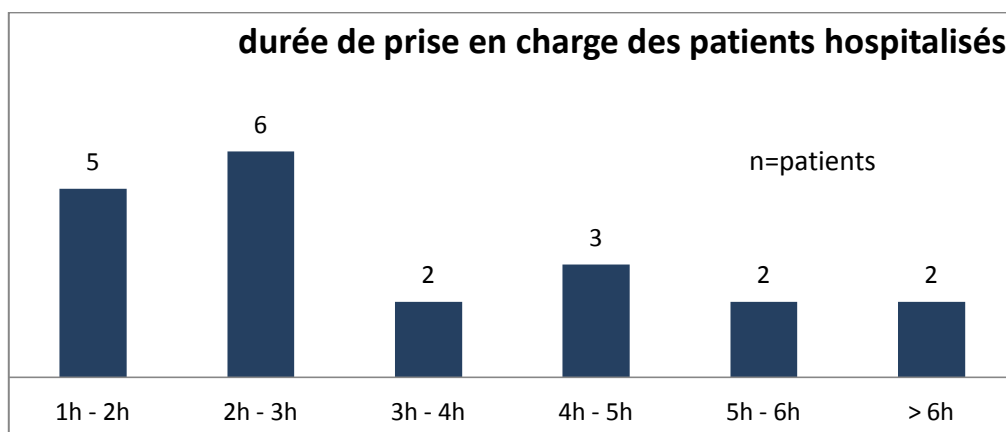


Figure 52 : durée de prise en charge pour les patients hospitalisés

c. pour les patients sortants :

Les patients sortant sont pris en charge en moyenne en 1h25 :

durée de prise en charge patients sortants	169 patients
temps de passage moyen	1h25
minimum	10 min
maximum	5h30

Tableau 26 : durée de prise en charge des patients sortant

Les 3/4 des dossiers des patients sortants sont clôturés en moins de 2h :

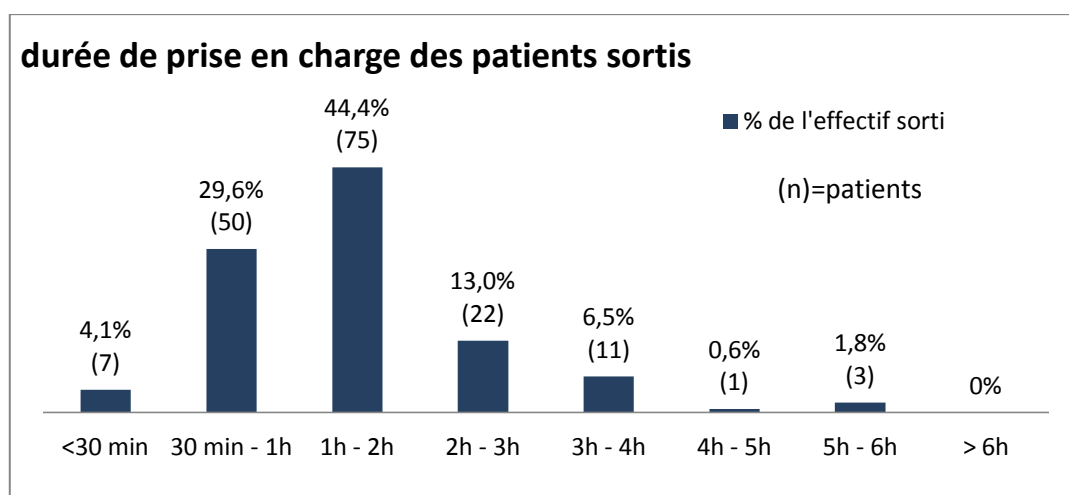


Figure 53 : durée de prise en charge des patients sortant

3.1.5. CCMU :

La classification est rappelée au chapitre 1.2. du pré-requis.

Les patients classés CCMU2 représentent 86% des patients venus spontanément et faisant une admission aux urgences.

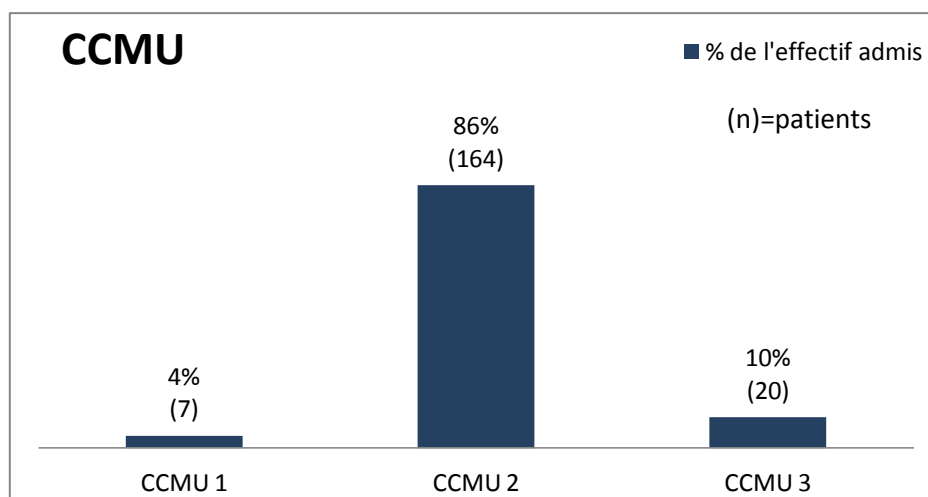


Figure 54 : CCMU des patients venus spontanément admis

Aucun patient n'est étiqueté CCMU4 ou CCMU5.

Sur les 191 patients admis, 90% ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Sur les 216 patients venus spontanément, 91% des patients ne sont pas hospitalisés.

3.2. Patients réorientés :

3.2.1. Accueil :

- Une patiente anglaise en vacances qui présentait une cystite a été réorientée sans fiche après avoir vu le MAO. Cinq autres patients ont été réorientés sur les deux semaines de recueil, sans fiche et sans que l'IOA ne prenne contact avec le MAO. Ils n'ont pas pu être inclus dans notre étude.

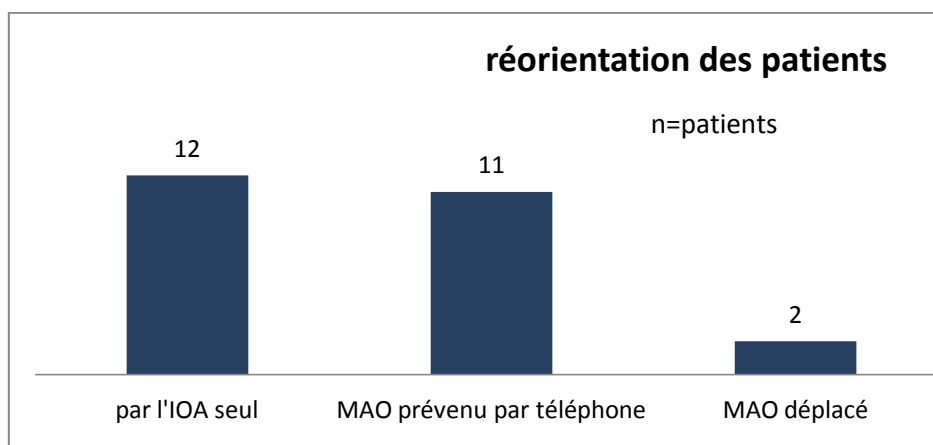


Figure 55 : réalisation de la réorientation

Pour 12 de ces patients, la réorientation est faite par l'IOA seul.

3.2.2. Propositions aux patients :

- - Sur les 12 patients réorientés par l'IOA seul, 6 patients vont avoir une prise de RDV (dont 1 avec un dermatologue).

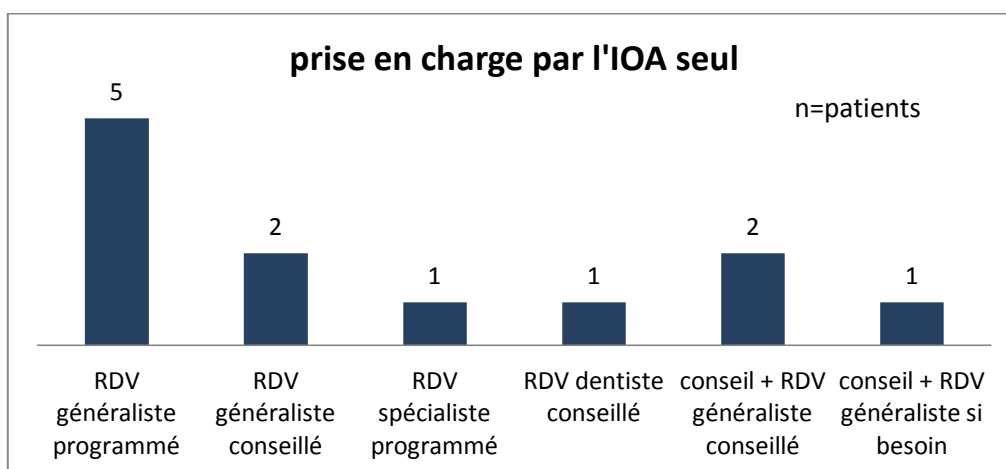


Figure 56 : prise en charge par l'IOA seul

l'IOA a réorienté seul :

- 5 patients pour des douleurs et traumatismes de membres jugés bénins, dont 1 patient qui pense que la médecine générale coûte plus cher que les services d'urgences,
- 1 douleur abdominale chez une patiente qui souhaitait être vue durant sa pause déjeuner,
- 1 plaie ne nécessitant pas de point,
- 1 douleur dentaire,
- 1 réaction allergique à une coloration pour cheveux pour laquelle un RDV avec le dermatologue a été pris,
- 1 patient qui vient faire retirer ses points de suture aux urgences,
- 1 patiente présentant une cystite sans argument de gravité,
- 1 patiente pour une piqûre à l'oreille qui a déjà un traitement local prescrit depuis moins de 24h.

• Le MAO intervient pour 13 patients, dont 3 qui vont bénéficier d'un conseil seul :

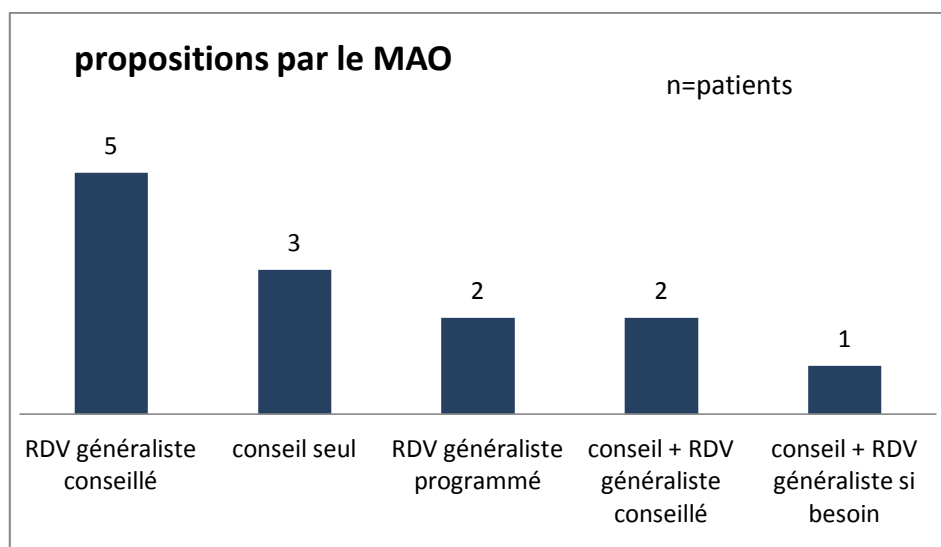


Figure 57 : intervention du MAO

Le MAO s'est déplacé 2 fois :

- .pour 1 patient sous traitement depuis la veille qui nécessitait une simple surveillance,
- .1 patient pour lequel un conseil seul a été donné.

• En tout, 8 RDV sont pris par l'IOA (dont le patient qui n'avait plus d'insuline).

Pour 4 patients, ayant reçu comme consigne par le MAO de consulter un médecin généraliste, le RDV n'a pas pu être pris par l'IOA en raison de l'impossibilité de joindre le cabinet.

3.2.3. Devenir des patients réorientés :

Les cabinets de ville ont été contactés dans la semaine suivant la venue des patients.

La figure n°58 présente la consultation du médecin généraliste après réorientation en fonction de la prise ou non du RDV par l'IOA :

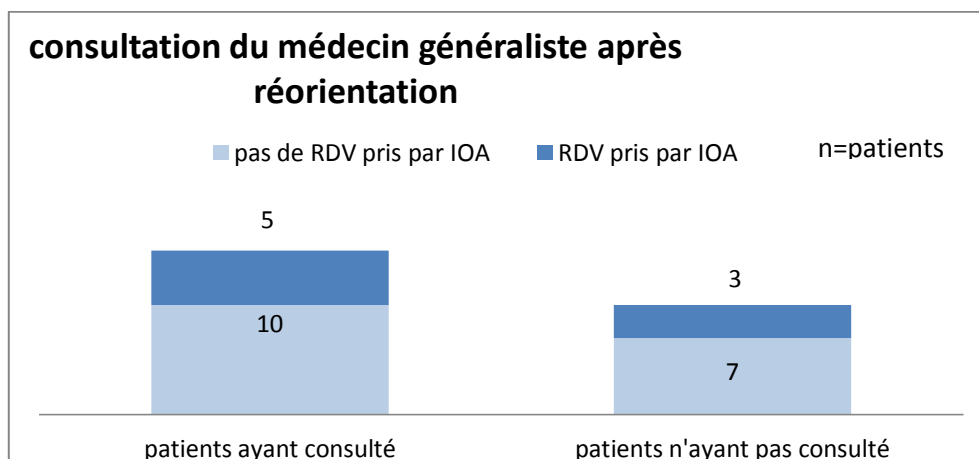


Figure 58 : consultation du médecin généraliste après réorientation

- Sur les 25 patients réorientés, 10 ne sont pas allés consulter dans la semaine qui a suivi. Pour 3 d'entre eux, le RDV avait été pris par l'IOA.

- Parmi les 25 patients réorientés, 15 ont consulté le médecin généraliste :

- dont 10 patients qui y sont allés sans que le RDV ait été pris à l'accueil.
- dont 5 patients qui ont consulté suite au RDV pris par l'IAO (sur les 8).

Cinq des ces patients ont consulté le même jour que leur passage aux urgences et pour le même motif :

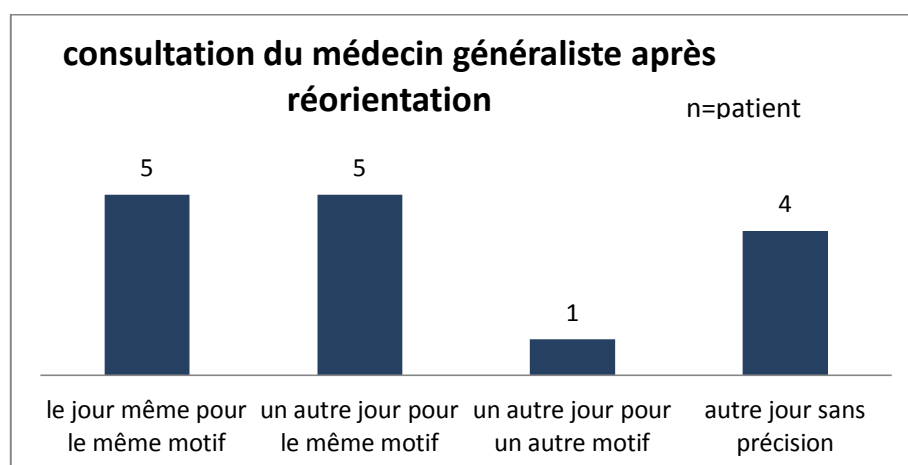


Figure 59 : consultation du médecin généraliste après réorientation

.pour les 4 patients avec mention « autre jour sans précision », les médecins contactés n'ont pas souhaité donner d'information par téléphone, ils ont seulement précisé si les patients sont bien venus en consultation mais pas pour quel motif.

Ces 15 patients n'ont pas été adressés aux urgences à l'issue du rendez-vous, pour le motif évoqué lors de leur passage à l'accueil.

- Les 10 patients qui n'ont pas consulté le médecin généraliste ont été contactés pour connaître leur devenir.

Le tableau n°27 présente l'évolution des patients réorientés qui n'ont pas consulté le médecin généraliste :

patients qui n'ont pas consulté	patients
consultation en clinique	4
régression de la symptomatologie	2
non joignable	2
patient revenu aux urgences le jour même	1
discordance médecin/patient	1

Tableau 27 : devenir des patients qui n'ont pas consulté le médecin généraliste

- .1 patient est revenu le soir même aux urgences pour une poussée drépanocytaire, son motif de venue était un problème ORL (rhinopharyngite).
- .2 patients se sont traités seuls, la symptomatologie a régressé.
- .3 patientes (de 17, 20 et 44 ans), venues pour des douleurs de membres évoluant depuis plus de 48h voire 1 semaine, sont allées en clinique mais n'ont pas été hospitalisées. Une de ces patientes avait un RDV programmé par l'IOA chez son médecin généraliste mais n'y est pas allée, elle est mécontente de l'accueil des urgences. Une autre a bénéficié d'une radiographie du coccyx en clinique.
- .2 patientes n'ont pas pu être contactées : 1 patiente de 24 ans qui n'est pas allée consulter au cabinet dentaire conseillé par l'IOA, et une patiente de 41 ans qualifiée « d'ingérable » par son médecin. (cette patiente a déjà consulté 19 fois aux urgences avec une dernière venue datant de moins d'un an).
- .1 patiente se présentant pour son scanner dans le cadre d'une AEG a eu un RDV plus rapide en clinique.
- .1 patient dit être allé consulter alors qu'il n'y a pas de trace de sa venue au cabinet.

4. TABLEAU RECAPITULATIF DE CONTINGENCE :

	total patients	réorientés	admis	Odds Ratio (Intervalle de Confiance 95%)		p
sexe						
femmes	87	15	72	2,479 (1.057 - 5.813)		0,0493
hommes	129	10	119			
âge						
21 - 30 ans	58	9	49	1,63	(0.6768 - 3.926)	0,3364
lieu de résidence						
< 20 km	142	19	123	1,751	(0.6672 - 4.594)	0,3699
hors département	12	3	9	3,119	(0.7700 - 12.64)	0,1209
protection sociale						
CMU	40	9	31	2,903	(1.177 - 7.162)	0,0263
jour de venue						
mardi	36	8	28	2,739	(1.079 - 6.952)	0,0426
vendredi	39	1	38	0,1678	(0.02199 - 1.280)	0,0549
tranche horaire						
9-10h	29	5	24	1,74	(0.5969 - 5.069)	0,3461
11-12h	22	5	17	2,559	(0.8521 - 7.684)	0,1485
13-14h	18	5	13	3,423	(1.105 - 10.60)	0,0414
18-19h	25	1	24	0,2899	(0.03747 - 2.243)	0,3227
consultation d'un médecin généraliste						
médecin généraliste déjà consulté	22	5	17	2,559	(0.8521 - 7.684)	0,1485
motif de consultation						
somatique	76	14	62	2,648	(1.136 - 6.171)	0,0261
contact avec médecin généraliste						
j'ai essayé de le contacter	22	1	21	0,3373	(0.04335 - 2.624)	0,4819
nombre de venues						
1e venue	78	11	67	1,454	(0.6253 - 3.382)	0,3850
profession						
employé	37	6	31	1,63	(0.6024 - 4.410)	0,3947
étudiant/apprentissage	14	4	10	3,448	(0.9929 - 11.97)	0,0629
professionnel de santé	7	2	5	3,235	(0.5930 - 17.65)	0,1880
début des symptômes						
< 24h	119	4	115	0,1259 (0.04156 - 0.3812)		P<0.0001
> 48h	28	8	20	4,024 (1.541 - 10.51)		0,0069
> 1 semaine	32	11	21	6,361 (2.558 - 15.81)		0,0002

contact du médecin généraliste en fonction :	total	oui	non	Odds Ratio (IC 95%)	p
profession					
sans	38	2	36	0,4389 (0.09809 - 1.964)	0,3811
employé	37	6	31	1,972 (0.7152 - 5.436)	0,2280
professionnel de santé	7	2	5	3,78 (0.6879 - 20.77)	0,1520

DISCUSSION :

La fréquentation des structures d'urgence augmente de façon régulière ^[9,28,29]. Les urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême subissent la même évolution. Dans le système de soins français, le patient a le choix lorsqu'il souhaite une prise en charge médicale. Il peut appeler son médecin généraliste, le centre 15, les pompiers, d'autres organisations (type SOS Médecins), ou se présenter aux urgences.

Il possède la clé de l'accès aux soins. Mais a-t-il la bonne clé et l'utilise-t-il de la façon la plus adaptée au niveau de soins requis ?

Dans ce chapitre nous aborderons dans un premier temps le choix des données et les limites de notre étude, puis nous discuterons successivement des déterminants de ces venues spontanées, de la pertinence de ces recours et de leur réorientation, de la responsabilité des patients auto-référés dans la saturation des structures d'urgence, et enfin des améliorations à envisager pour prendre en charge ces patients.

1. CHOIX DES DONNEES ET LIMITES DE L'ETUDE :

- Nous avons réalisé notre étude sur deux semaines en dehors des périodes de vacances scolaires, afin de limiter le nombre de médecins généralistes absents, remplacés ou non.

Le recueil s'est fait de 8h30 à 19h, aux heures d'ouverture de la majorité des cabinets de médecine générale à Angoulême et dans sa périphérie proche. L'étude s'est déroulée du lundi au vendredi. Nous n'avons pas inclus le samedi en raison d'une organisation particulière de certains cabinets de ville, où les médecins effectuent un roulement de type astreinte. Il est alors difficile de savoir le samedi matin quels cabinets sont ouverts ou fermés.

Les patients dirigés dans le cadre d'un accident de travail ou d'un CCB ont été inclus en raison de la capacité du médecin généraliste à réaliser ces actes.

Nous avons exclu les patients de moins de 15 ans et six mois, afin d'avoir une population homogène et éviter une surreprésentation de la traumatologie pédiatrique (les urgences pédiatriques ne recevant que les pathologies somatiques).

- Les biais relevés :

- l'influence de la présence du médecin investigateur à l'accueil, à côté de l'IOA : les patients réorientés sans fiches sont peut-être moins nombreux qu'en temps normal, les admissions plus fréquentes.

- la présentation du médecin investigateur en tant que médecin du service faisant une enquête a peut être influencé la sincérité de leurs réponses (notamment pour l'avance des frais).
- le recueil du devenir des patients auprès des médecins généralistes a posé le problème de la confidentialité des informations données par téléphone. En effet quelques médecins n'ont pas souhaité préciser leur prise en charge, ce qui peut être aussi un signe d'insatisfaction ou de mécontentement de ces médecins vis-à-vis de la réorientation.

- La courte durée du recueil et le nombre de patients de notre étude (notamment le faible effectif des patients réorientés) ne nous a pas permis de mettre en évidence beaucoup de différences significatives entre les groupes admis et réorientés. Six patients ont été réorientés sans fiche, nous n'avons pas pu les inclure. Néanmoins nos résultats sont superposables aux études nationale et celles réalisées jusqu'à présent aux urgences d'Angoulême.

2. DETERMINANTS DES VENUES SPONTANÉES AUX URGENCES :

2.1. Profil des usagers :

Nos résultats sont en accord avec les études sur les patients qui consultent aux urgences [34,35,58]. Ils sont jeunes, de sexe masculin dans la majorité des cas, d'origine française, avec un médecin traitant déclaré. Ils résident ou travaillent à proximité de l'hôpital.

- le motif le plus fréquemment évoqué est la traumatologie, ce qui peut expliquer la fréquentation plutôt masculine (accident de sport, accident de travail et risques professionnels...). Les ouvriers viennent dans 50% des cas dans le cadre d'un accident de travail, ce qui peut participer à leur surreprésentation dans notre étude. Ces patients consultent rapidement pour un problème traumatologique. Une plaie ou un traumatisme de membre peuvent, à juste titre, nécessiter une prise en charge rapide.

- les patients de plus de 70 ans correspondent à 7,4% de notre étude, ils sont sous-représentés par rapport à la population de Charente. Ces patients, retraités, sollicitent moins spontanément les services d'urgences et sont plus fréquemment adressés par un médecin [34,35]. Néanmoins un quart d'entre eux a recours spontanément aux urgences (essentiellement les patients vivant à domicile)^[59]. Le sex-ratio s'inverse chez les personnes âgées où plus de femmes consultent, dès la catégorie des plus de 61 ans, ce qui correspond à leur représentation dans la population de Charente. En effet, 56% de la classe des plus de 60 ans sont des femmes dans notre

département ^[44]. On peut se demander si les femmes sont plus malades que les hommes, ou simplement plus soucieuses de leur santé, ou si la surreprésentation des femmes dans la population explique à elle seule nos chiffres.

- les patients consultent plutôt en début et en fin de semaine. Les horaires sont ceux liés aux contraintes de la vie active, avec une majorité de venues en début de matinée, entre midi et deux heures et en fin d'après midi, quand le patient est libre (chiffres semblables dans d'autres analyses ^[35,36]). Les patients jeunes se présentent d'avantage entre midi et deux heures, et les personnes âgées le matin, ce qui correspond aux habitudes de vie.

- la plupart des patients ont une certaine familiarité avec les services d'urgences ^[34,36]. Dans notre étude, seul un tiers n'a jamais eu recours au service. La moyenne est de 3,9 passages par personne, le tiers de ces patients a déjà consulté durant le courant de l'année (chiffres similaires dans l'étude de Midi-Pyrénées ^[36]). Dans notre analyse, les patients ont pris l'habitude de consulter aux urgences, essentiellement pour la traumatologie. On peut se demander s'ils ont aussi souvent recours au médecin généraliste, ou est-ce que le système des urgences leur convient, ou finalement si c'est le type même de la pathologie qui les incite à recourir souvent aux urgences. Il est difficile dans notre étude d'évaluer de manière stricte le « consumérisme médical » des patients. Par exemple, un patient rugbyman, qui va avoir régulièrement recours aux urgences pour des traumatismes ou des plaies n'utilise pas le système de soins dans les même circonstances qu'une jeune patiente qui consulte plusieurs fois par an pour une douleur abdominale et qui serait plutôt anxieuse.

- on note une surreprésentation des bénéficiaires de la CMU et du RSA par rapport à la population de Charente. Ils ont plus souvent recours aux urgences que le reste des patients (7,5 passages/personne). On peut y voir une forme de consumérisme médical ou l'expression d'un état de santé moins bon. Ces patients plus précaires peuvent avoir des difficultés à utiliser la filière de soin correcte pour leur prise en charge. Ils n'ont pas, dans 56% des cas, déclaré de médecin traitant. Cette sous-déclaration est peut être surestimée pour favoriser une admission, ou peut révéler un conflit avec celui-ci (sachant qu'il peut arriver que les médecins refusent la consultation en l'absence de règlement ou si les droits ne sont pas à jour). Dans notre étude, un seul patient bénéficiaire de la CMU a nécessité l'intervention de l'assistante sociale du service pour mettre à jour cette protection complémentaire.

2.2. Attentes des patients venant aux urgences :

Moins de la moitié des patients de notre étude estiment que leur problème est urgent. Les patients consultent donc aux services des urgences pour d'autres raisons :

- près de 50% des patients souhaitent bénéficier d'explorations. Ils cherchent à accéder au plateau technique des urgences et recevoir l'avis d'un médecin spécialisé ; c'est la prise en charge diagnostique et thérapeutique au même endroit qui est recherchée (ou « le tout en un » en quelque sorte).

- près de un patient sur cinq (17,6%) utilise les urgences parce qu'il n'a pas besoin de prendre de RDV. D'une part parce qu'il ne souhaite pas attendre, d'autre part parce qu'il veut consulter en dehors de ses horaires de travail.

- ils se rendent sur le lieu le plus facilement accessible : la majeure partie des patients résident ou travaillent à proximité du Centre Hospitalier. Les patients qui habitent plus loin peuvent avoir plus facilement recours à leur médecin traitant qui garde une activité rurale (et laisse une place aux consultations non programmées) ou vont consulter dans les centres hospitaliers plus proches de chez eux.

- l'absence d'avance des frais n'est évoquée que par 2% de notre population. Un aspect contradictoire est que les patients bénéficiant de la CMU (ne réglant pas les consultations) n'accordent que peu d'importance à l'absence d'avance de frais aux urgences. C'est un des biais évoqué dans le chapitre sur les limites de notre étude, où les réponses ne sont pas forcément sincères au moment de l'interrogatoire.

D'une manière générale la population a confiance en l'hôpital, par son aspect sécuritaire et sans contrainte ^[6]. Après de nombreux décrets pour en faire une discipline médicale à part entière et améliorer leur structure, les services d'urgences proposent une offre de soins complète et sont probablement victimes de leur succès ^[34]. Ces services proposent au même endroit une consultation, un plateau technique, une rapidité de soins qui séduisent les usagers :

- ouverture 24h sur 24, sans rendez-vous.
- proximité du domicile.
- plateau technique « fourni » avec interprétation et prise en charge sur place.
- accès aux médecins spécialisés.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de la DREES ^[34] et d'une thèse sur les recours spontanés aux urgences ^[60] : l'absence d'un médecin traitant, le caractère urgent ou grave, ou l'avance de frais ne sont pas les raisons prioritaires avancées par les patients.

Ces patients associent le service des urgences à une prise en charge rapide et de qualité. Ils utilisent ces services pour le plateau technique et la concentration des services qui leur permet de gagner du temps et d'éviter la division de la prise en charge s'ils passaient par le médecin généraliste. Dans notre étude, 3% se présentent uniquement pour des arguments pratiques (contre 35% en haute Normandie ^[61]) et utilisent les urgences pour leur convenance personnelle. On peut considérer que cette petite proportion dans notre étude abuse de l'offre et du système proposé par ces structures. Ce faible chiffre est à mettre sur le compte de l'éducation des patients par la pratique de la réorientation aux urgences d'Angoulême.

2.3. Le non recours au médecin généraliste :

Dans le système de soins français, le médecin généraliste doit être le premier recours dans la mesure du possible. Il est le garant de la coordination des filières de soin et des avis spécialisés. Il est le seul à pouvoir assurer le suivi sur le long terme. Les patients qui se présentent aux urgences de leur propre initiative et par leurs propres moyens sont susceptibles de se déplacer également au cabinet de leur médecin et pourtant ils choisissent la première solution.

Il faut distinguer une catégorie à part qui sont les patients vacanciers et les vacanciers étrangers qui ne savent pas qui contacter. Ils ne pensent pas à joindre un médecin généraliste et les urgences restent le seul lieu de soins qu'ils connaissent, et facilement accessible.

- comme dans plusieurs études les patients n'essaient pas de contacter leur médecin ^[9,35,36]. Ces patients n'ont pas voulu le faire le plus souvent. Certains n'essaient même pas, car ils pensent qu'ils ne pourront pas être vus rapidement, ou que leur médecin les aurait envoyés aux urgences, ou encore, ils ne veulent pas voir le remplaçant. Seul un patient sur dix a essayé de joindre le médecin généraliste (proche des résultats de l'URCAM ^[33]). Nous remarquons que le recours au médecin généraliste semble plus recherché par certaines professions, en particulier les professionnels de santé et les enseignants. On peut y voir un recours au médecin généraliste favorisé par le niveau d'éducation, ou un souhait d'éviter, dans la mesure du possible, les urgences publiques.

- on compte 10% des patients de notre étude qui ont consulté un médecin généraliste dans les jours précédents leur venue, pour le même problème qui les amène aux urgences. L'absence d'amélioration des symptômes est le plus souvent avancé (à moins de 48h du début de traitement pour 11 d'entre eux). Les patients souhaitent en quelque sorte un deuxième avis, sont inquiets ou intolérants à la maladie.

- dans notre étude, l'activité professionnelle est peu compatible avec le système de RDV des médecins généralistes puisque sept patients (qui ont tous une activité) ne pouvaient pas se rendre au RDV proposé le jour même.

Ce recours aux urgences, sans passer par le médecin généraliste, peut être un signe d'inquiétude des patients, ou bien une perte de confiance envers le médecin (deux patients doutent de l'efficacité de celui-ci), ou qu'ils utilisent un autre système de soins parce qu'ils le jugent inapte à prendre en charge certaines pathologies. Une hypothèse pourrait être aussi que ces patients majoritairement jeunes, à priori peu malades, excluent le médecin généraliste de la prise en charge des urgences, parce qu'ils n'ont finalement pas l'habitude de le consulter. Dans notre étude nous n'avons pas tenu compte de l'accompagnant, il serait intéressant de savoir si ces hommes jeunes sont accompagnés par leur compagne, ou si les personnes âgées sont amenées par leurs enfants, et s'ils ont finalement eu leur mot à dire...

Notre travail ne met pas en évidence de réelle difficulté quant à l'accessibilité du médecin généraliste ; dans l'avenir nous risquons d'être confrontés à ce problème de façon plus évidente du fait des modifications de la démographie médicale. En effet, selon les projections de la DREES ^[54], le nombre de médecins (toutes spécialités confondues) devrait atteindre son minimum en 2020 (si le numerus clausus reste à 8000 jusqu'en 2020). En parallèle la population augmente, ce qui aura pour effet de diminuer la densité médicale (292 médecins pour 100 000 habitants estimés en 2030 contre 334 pour 100 000 habitants en 2012 ^[62]). Cette baisse de la démographie devrait être plus prononcée pour les spécialités médicales autres que la médecine générale, si la répartition des postes à l'Examen National Classant reste la même. Le vieillissement des médecins, les départs en retraites, l'augmentation de la médicalisation des patients vieillissants, vont augmenter la charge de travail des médecins. L'accès aux médecins spécialisés risque d'être plus difficile et ainsi augmenter les recours aux urgences pour pouvoir « entrer » à l'hôpital.

Pour résumer, trois catégories de patients peuvent être différenciées dans notre étude :

- en majorité, des patients avec un médecin traitant déclaré, une mutuelle et un emploi qui viennent de façon réfléchie pour accéder à des examens qu'ils jugent nécessaires après avoir fait leur auto-diagnostic. L'utilisation des urgences dans ce cas n'est pas synonyme de précarité, et le caractère urgent n'est que secondaire. Ces résultats se rapprochent d'une étude réalisée sur les patients auto-référés ^[61].

- un groupe de patients dirigés par leur employeur. Celui-ci aspire à une prise en charge optimale, c'est à dire rationnelle, dégagée des liens habituels entre un médecin traitant et son patient, rapide et efficace, afin de maximiser l'objectivité du diagnostic et octroyer le nombre de jours d'arrêt de travail justifié. Il s'assure ainsi d'avoir fait ce qu'il y a de mieux pour son employé. Prenons l'exemple d'un patient qui s'est présenté, accompagné par son employeur, pour un traumatisme de membre bénin survenu suite à une chute de sa hauteur sur son lieu de travail. Cette consultation aurait pu être réalisée par le médecin traitant, mais l'employeur a préféré le diriger aux urgences.

- une petite part de patients plus précaires, sans emploi, couverts par la CMU ou sans complémentaire santé, qui déclarent moins leur médecin traitant mais qui consultent plus souvent dans le service. Les patients sans complémentaire santé sont des patients jeunes, qui n'ont (on peut l'imaginer) pas ou peu de maladie et n'ont finalement pas souscrit à une mutuelle.

3. PERTINENCE DE LA VENUE ET DE L'ORIENTATION :

Les patients se présentant spontanément aux urgences d'Angoulême n'ont pas tous bénéficié de la même prise en charge. Certains sont admis dans le service, d'autres sont réorientés vers les structures de soins dont leur pathologie relève. On peut se demander alors si ces admissions sont justifiées, si les réorientations sont adaptées, et finalement si le tri et l'orientation des patients auto-référés aux urgences sont efficaces.

3.1. La prise en charge des patients admis :

- Ils bénéficient dans la majorité des cas d'actes diagnostiques et thérapeutiques :

Nos résultats sont en accord avec ceux de la DREES ^[35], où les patients consultant aux urgences bénéficient pour les trois quarts d'entre eux, d'actes thérapeutiques ou diagnostiques, et essentiellement pour des problèmes de santé non graves (CCMU1 ou CCMU2) ^[32].

Les patients de notre étude ont bénéficié pour 75,5% d'entre eux d'au moins un acte diagnostique (86% de CCMU 2), essentiellement des examens peu sophistiqués, accessibles en ville (radiographies standards et bilans biologiques). La grande majorité des patients ne nécessite pas d'avis complémentaire spécialisé. Nous rappelons que tous les patients hospitalisés nécessitent un avis du fait de l'organisation du service, obligeant un appel du médecin receveur avant tout transfert. Les patients se présentant spontanément reçoivent peu de traitements lourds, aucun n'a bénéficié d'acte de réanimation. Seules 13 plaies sont suturées et la plupart des traitements sont des immobilisations d'articulations.

On peut estimer que ces explorations auraient pu être réalisées en externe mais il aurait fallu plusieurs jours pour diagnostiquer et prendre en charge une pathologie étiquetée a posteriori bénigne. De plus, la réalisation de plâtre, les perfusions et certains traitements spécialisés (comme les aérosols) sont difficilement réalisables par le médecin généraliste ou chronophages. Pour 98 patients qui pensent avoir besoin d'un examen complémentaire, ils sont finalement 144 patients à en bénéficier. Leurs demandes sont donc souvent légitimes.

- Ils sont algiques :

Pour 33,5% des patients les douleurs sont modérées à fortes ; ils ont mal, ce qui justifie un recours à un service qui peut rapidement traiter cette douleur. La douleur est le symptôme motivant la consultation spontanée dans 81% des cas. Dans 47,6% de cas l'EVA n'est pas précisée (essentiellement en traumatologie), ce qui ne nous permet pas de dire si c'est un

facteur déterminant pour admettre les patients. La notification systématique de la douleur fait partie des critères obligatoires qui doivent figurer dans le recueil des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAqss), au même titre que le poids et la taille. Initialement prévu pour les patients hospitalisés, cet indicateur est utilisé aux urgences d'Angoulême pour tous les patients (y compris les sortants) afin d'améliorer les marqueurs de gravité pour tout patient. Depuis la fin de notre étude, l'amélioration du recueil de l'EVA, notamment en traumatologie, est en nette progression.

- Ces patients nécessitent, dans 10,5% des cas, une hospitalisation :

C'est moins que dans l'étude de la DREES ^[29] mais notre population est différente et sur des tranches horaires spécifiques.

Il s'agit de patients plus âgés que le reste de notre population (45 ans de moyenne d'âge), essentiellement pour des pathologies somatiques. Les femmes sont plus souvent hospitalisées. Les patients de l'étude sont pris en charge pour six d'entre eux en chirurgie et sept en service de médecine. Les patients se présentant pour des motifs traumatologiques sont moins souvent hospitalisés que les patients somatiques car ils ne nécessitent pas la plupart du temps de soins lourds. Sept patients ont été pris en charge à l'UHCD. Cette unité fait partie de la structure des urgences : elle permet l'observation, la surveillance (une nuit maximum) des malades avant leur orientation, et la réalisation d'actes diagnostics et thérapeutiques pour affiner le diagnostic. Elle ne doit pas être un passage obligé ni une zone tampon, et permet une collaboration et une complémentarité avec les autres spécialistes ^[3,63-65].

Sur les 20 patients hospitalisés, deux nécessitent une prise en charge en USIC, trois ont nécessité une intervention chirurgicale rapide. Quatre autres patients présentent des pathologies susceptibles de s'aggraver, ou nécessitent une prise en charge diagnostique approfondie avec une surveillance attentive (un œdème de Quincke, une hypokaliémie, une pancréatite aigue et un premier épisode de crise convulsive).

Bien qu'ils représentent une petite part des patients venus spontanément, ces 20 patients justifiaient leur passage aux urgences. Les venues spontanées représentent 11% des hospitalisations totales de la journée, tous modes de venues confondus. C'est un petit groupe de patients. Ceci conforte finalement l'idée que la plupart des patients plus graves nécessitant une hospitalisation respectent bien la filière de soins, et ont recours au médecin généraliste qui les oriente alors. Il serait intéressant d'évaluer en parallèle, le nombre de patients adressés par un médecin généraliste qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

- Le suivi est organisé :

Les patients dits « sortants » sont des hommes jeunes qui consultent pour un problème traumatologique (ces résultats sont comparables à différentes études ^[34,60]). Ces patients bénéficient de l'organisation du suivi avec la prescription d'examens complémentaires à réaliser en externe, d'une ordonnance de traitement, d'un RDV avec un médecin spécialisé. Ils sont à leur sortie réintégrés dans la filière de soins conventionnelle. Deux patients vont être dirigés vers la PASS afin de régulariser leur situation sociale. Sur les 31 patients sortis sans ordonnance de traitement (18% des patients admis), seuls deux sont étiquetés CCMU 1 et auraient potentiellement pu être pris en charge par le médecin généraliste.

- Une classification de l'urgence peu significative :

Nos résultats rapportent que près de 90% des patients admis se présentant spontanément regagnent leur domicile après leur prise en charge aux urgences. C'est plus que pour la DREES ^[29,34] (4/5 des patients) et que pour l'URCAM de Bretagne ^[2] (86%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces chiffres incluent les passages aux heures de la PDS, et que les urgences réalisent, de plus en plus, les explorations et les traitements directement sur place, pour éviter certaines hospitalisations et favoriser le suivi en ambulatoire.

Les passages classés en CCMU 1 ou 2 représentent en Ile de France 91%, en Languedoc 86% et en Midi Pyrénées 81% des passages ^[9]. On peut regretter que ces études ne précisent pas quels sont les actes réalisés aux urgences. En effet, cette classification est peu contributive quant à la gravité ou la justification du recours aux urgences. Prenons l'exemple d'un patient de notre étude qui se présente spontanément aux urgences pour une douleur thoracique, qui va bénéficier d'une radiographie, d'un bilan biologique, d'un ECG, d'une surveillance sous scope, d'un traitement antalgique et qui va finalement rentrer à domicile pour un diagnostic de douleur pariétale. Ce patient est classé CCMU 2 au même titre qu'un patient qui vient pour une entorse de cheville simple ne nécessitant qu'une immobilisation par attelle.

Il faut donc relativiser l'utilisation de la CCMU pour justifier le recours aux urgences. Notre étude montre bien que les CCMU 2 bénéficient d'examens qui auraient pu être faits en ville mais qui auraient nécessité des délais plus longs, ce qui pourrait augmenter le risque pour le patient. Une étude de 1997 met déjà en évidence que le caractère approprié du recours dépend des critères utilisés pour évaluer les patients, avec une grande diversité de classification des situations cliniques ^[66].

Seuls 2 à 3% ^[6,35] des patients sont des malades graves nécessitant des soins immédiats pour leur survie, essence même du métier d'urgentiste. La majorité des autres patients pris en charge aux urgences pourraient, en théorie, utiliser une autre filière que les urgences. Néanmoins, 10,5% des venues spontanées ont été hospitalisées et, pour tous les autres, le caractère bénin n'est porté qu'à posteriori, après une consultation et la plupart du temps des explorations. On peut estimer que les urgences apportent un réel bénéfice à ces patients.

3.2. Les patients réorientés :

L'activité de réorientation aux urgences d'Angoulême correspond à 11,5% des patients se présentant spontanément aux urgences, et 3% de l'activité totale sur la tranche horaire d'ouverture des cabinets de médecine générale (3,2% sur une période de 24h en 2011 à Angoulême ^[57] et 2,5% des passages de 9h à 18h dans un service Parisien ^[67]). C'est une faible part de l'activité du service.

Sur les 25 patients réorientés, seuls 15 d'entre eux ont effectivement consulté le médecin généraliste. Certains (n=4) ont trouvé une autre solution pour ne pas recourir à la médecine générale, ils s'orientent vers le secteur privé (ces patients sont peut être en conflit avec leur médecin). Deux autres patients ont vu leur symptomatologie régresser.

Il n'y a pas eu de complication majeure dans notre étude, même si un patient est revenu le jour même pour une poussée drépanocytaire (ce patient c'était présenté à l'IOA pour un problème ORL sans préciser ses antécédents) et que certains patients ne suivent pas toujours les consignes (trois patients ne sont pas allés au RDV programmé par l'IOA). Des résultats similaires ont été trouvés en 2006 à Angoulême, avec un patient qui a dû être hospitalisé à la suite de la réorientation ^[68]. Ce sont les risques de la réorientation que nous abordons au chapitre 5.2.1.

Sur ces 25 patients réorientés, 24 n'ont pas nécessité d'hospitalisation au décours de leur réorientation, ce qui conforte malgré tout l'efficacité de la filière et la solidité du tri par l'IOA.

3.3. Peut-on mettre en évidence des critères pour déterminer l'orientation ?

Les femmes jeunes sont plus souvent réorientées que les hommes, car elles se présentent pour des pathologies plus bénignes. On peut se demander si elles sont moins malades, plus inquiètes ou s'il s'agit de convenances personnelles. Les patients de plus de 60 ans sont rarement réorientés (sauf une exception décrite dans les résultats), parce qu'ils sont moins nombreux dans notre étude et peut être aussi parce qu'ils sont plus souvent malades et nécessitent une admission. L'interrogatoire au guichet d'accueil peut aussi être plus compliqué, ou les accompagnants d'une certaine manière influencent cette admission. Un autre point est que ces patients âgés consultent essentiellement pour de la traumatologie (18 sur 28) et que ces pathologies sont significativement moins réorientées.

Les patients réorientés présentent des pathologies, essentiellement somatiques, qui évoluent depuis plus de 48h, voire plusieurs semaines (résultats similaires en 2006 ^[68]). L'IOA a alors assez de recul et peut estimer que ces patients n'ont pas besoin de consulter aux urgences, et qu'une consultation en ville suffira. La traumatologie bénigne, les suites de soins que le médecin généraliste peut réaliser (ablation de points de suture, prolongation arrêt de travail), les douleurs chroniques, sont réorientées.

Les réorientations sont plus importantes le matin et significativement plus fréquentes entre 13h et 14h, ainsi que le mardi. On peut l'expliquer d'une part, par une proportion plus importante des venues spontanées dans ces tranches là, mais aussi par la possibilité pour les patients d'avoir un RDV plus facilement chez les médecins généralistes (que la veille d'un weekend ou en soirée). Il n'y a pas de réorientation entre 8h30 et 9h car l'IOA vient de prendre son poste et participe au contrôle logistique. De plus, il y a peu de patients présents dans les box à ce moment là, ce qui favorise aussi les admissions. En effet, aux urgences d'Angoulême, le médecin de garde se doit de trouver une orientation pour chaque patient qu'il voit durant la nuit. Les patients ne sont pas « stockés » ce qui permet à l'équipe du matin de commencer la journée avec un service presque vide.

Les patients bénéficiant de la CMU sont plus souvent réorientés. Comme nous l'avons vu au chapitre 2.1, ils sont surreprésentés. On peut envisager qu'ils consultent pour des motifs bénins ou pour des symptômes évoluant depuis longtemps.

Autres faits remarquables :

- les vacanciers étrangers ne sont pas réorientés, probablement parce que ces patients ne connaissent pas le système de soins et, la plupart du temps, ne maîtrisent pas suffisamment bien la langue pour pouvoir se débrouiller seuls. En revanche les patients ne résidant pas en Charente, ont tendance à être fréquemment réorientés car ils se présentent pour des pathologies bénignes mais ne savent pas où aller (par exemple un patient en déplacement sur Angoulême qui souhaite une consultation. S'il attend de rentrer chez lui, les cabinets de ville seront fermés). Ces patients ne présentant pas d'indication de prise en charge aux urgences, ils sont réorientés au même titre que les autres patients.
- les patients résidant à proximité de l'hôpital ont tendance à être plus souvent réorientés probablement car ils sont susceptibles de trouver plus facilement un médecin généraliste en ville.
- les étudiants et les professionnels de santé semblent être plus souvent réorientés. Pour le premier groupe on peut penser qu'ils connaissent peu de médecins sur place. Les professionnels de santé utilisent ce système après leur pré-diagnostic, peut être parce qu'ils sont plus facilement inquiets ou qu'ils pensent avoir une certaine légitimité.
- les patients qui viennent pour la première fois ont tendance à être plus souvent réorientés, car ils ne sont probablement pas encore éduqués et n'ont pas été confrontés à l'orientation de l'IOA. On peut se demander aussi si les patients « habitués » arrivent à donner des arguments et des motifs qui justifient plus une admission, ou s'ils ont plus de maladies chroniques, ou si l'IOA estime qu'ils sont plus en difficulté que les autres ou plus anxieux et ont besoin d'aide.
- les patients qui ont essayé de contacter leur médecin sont moins réorientés, mais les patients qui l'ont déjà consulté le sont un peu plus. Certains viennent passer les examens prescrits par leur médecin. Le médecin généraliste n'a pas estimé que ces patients nécessitaient une prise en charge aux urgences, et l'IOA conforte souvent sa décision.
- la déclaration ou non d'un médecin généraliste n'est pas un facteur influençant l'orientation. Depuis notre travail, l'IOA prend systématiquement un RDV dans un cabinet de médecine générale, pour tout patient réorienté qui n'a pas de médecin traitant.

- l'EVA n'étant pas remplie de manière régulière, il est difficile d'interpréter l'orientation en fonction de ce marqueur. Il semble cependant que les patients ayant une douleur modérée à forte soient plus facilement admis.

- le nombre de patients présents dans les urgences ne semble pas modifier l'orientation. Ce résultat confirme la bonne pratique de la réorientation des urgences d'Angoulême puisqu'elle reste indépendante de l'occupation du service (en dehors de la tranche 8h30 – 9h qui reste un cas particulier comme nous l'avons vu).

Quelques éléments semblent favoriser la réorientation : être une femme qui présente une pathologie somatique qui évolue depuis plusieurs jours. A noter qu'une étude sur la réorientation aux heures de permanence des soins retrouve des résultats similaires. Les patients qui ont effectivement consulté à la maison médicale de garde, représentent 36% des réorientés dans cette étude ^[69]. Il serait intéressant de compléter notre étude aux urgences d'Angoulême pour déterminer s'il s'agit de la même population aux heures de permanence des soins.

4. LES PATIENTS AUTO-REFERES PARTICIPENT-ILS A LA SATURATION ?

Ces patients qui se présentent spontanément ont-ils un réel retentissement sur les patients graves et participent-ils à l'engorgement ?

4.1. Le phénomène d'engorgement :

Certaines études avancent que ce surplus d'activité entraînerait, une prise en charge de la douleur moins efficace, un nombre important de patients qui partent sans attendre les soins, une baisse de la productivité des médecins, une augmentation des violences, et peut faire courir un risque inutile aux patients ^[37,70]. Le problème de la saturation est mondial. Aux Etats Unis, les problèmes d'engorgements viendraient essentiellement de soucis d'organisations au sein des structures d'urgences ^[71] (nombre de lits, manque d'effectif...) et de la complexité des pathologies ^[37,70]. En Australie, on assiste à une pénurie des lits d'hospitalisation, au vieillissement de la population et à une baisse de l'activité des médecins généralistes qui conduisent à l'engorgement des services ^[72].

4.2. Les causes de la saturation :

Parallèlement à l'augmentation de la fréquentation des urgences, les situations cliniques se diversifient et se complexifient. Nous allons discuter comment différents facteurs peuvent participer au mécanisme « d'embouteillage ».

a. complexification des situations et nouvelles fonctions des urgences :

- avec le vieillissement de la population, le nombre de pathologies par patient a augmenté (7,6 maladies en moyenne chez les patients de plus de 75 ans ^[73]), et l'environnement social est devenu une variable majeure à prendre en compte. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent entre 10% et 15% des passages aux urgences ^[35,59,73], et sont adressés dans 75% des cas par un médecin pour des pathologies essentiellement aiguës ou subaiguës. Le taux d'hospitalisation au décours du passage aux urgences, varie en fonction des modes de venues et du lieu de survenu du problème médical ^[59]. En général il est de plus de 50% pour les plus de 75 ans ^[73]. Le rôle des urgences est dans ce cas d'identifier les personnes âgées les plus fragiles pour organiser, soit une prise en charge hospitalière, soit un retour à domicile ou dans la structure d'origine dans de bonnes conditions, pour éviter les retours prématurés aux urgences. Cette organisation est chronophage et favorise l'augmentation des temps de passage. L'admission directe en gériatrie de ces patients ^[3,74], ainsi que l'amélioration de la filière gériatrique ^[9,63] sont conseillées.

- la prise en charge des « urgences sociales », des addictifs et des populations défavorisées ou ne parlant pas français peut être chronophage. Ces patients ont recours aux urgences lorsque leur pathologie est très évoluée et sont le plus souvent amenés par une tierce personne (police, pompiers, associations) ^[75].
- les médecins urgentistes sont sollicités pour les problèmes médico-judiciaires avec la réalisation des CCB, réquisitions ^[13].
- les urgences accueillent de plus en plus d'accidents domestiques (les « bricoleurs du dimanche ») ainsi que les traumatisés au sport.
- les structures d'urgences sont des lieux de soins bien identifiés par les voyageurs, les patients en transit et les itinérants professionnels, qui ne savent pas où se rendre quand ils ont besoin d'une consultation médicale.
- le bassin d'emploi industriel angoumoisin étant sinistré, on assiste à l'utilisation de plus en plus importante des urgences par des patients en souffrance sociale. Ces patients cherchent à échapper aux sentiments d'individualisme et d'isolement ressentis avec la crise actuelle.
- les urgences prennent aussi en charge les patients de « psychiatrie aigüe ». En effet les établissements psychiatriques ne reçoivent ces patients qu'une fois le problème somatique écarté.
- les urgentistes sont amenés à prendre en charge des patients en soins palliatifs par exemple lors de symptomatologies aigües (douleur, dyspnée, anxiété, etc...) ou de difficultés d'acceptation pour la famille de maintenir le patient à domicile ^[76]. Lorsque l'hospitalisation dans un service n'est pas possible, l'accompagnement peut se poursuivre en UHCD.

b. un temps de passage allongé :

L'attente dans le service des urgences est un des premiers motifs de mécontentement ^[77]. Ces temps de présence peuvent être influencés par plusieurs mécanismes :

- les techniques d'imageries sophistiquées qui demandent plus de temps et augmentent les délais de prise en charge ^[78]. L'attente de la réalisation de l'examen et de son interprétation, allongent ces délais. Certains patients « sortants » de notre étude sont restés aux urgences pendant cinq à six heures, mais durant ce laps de temps ils ont bénéficié d'une prise en charge qui aurait nécessité plusieurs jours en ville.

- l'attente d'un avis spécialisé qui, en fonction de la charge de travail du médecin, peut être plus ou moins long (par exemple pour les chirurgiens en cours d'intervention au bloc opératoire).

- l'attente d'un lit d'hospitalisation : dans notre étude, les temps d'attente sont doublés pour les patients nécessitant une hospitalisation, soit 3h15 en moyenne avec un maximum de sept heures. Le rapport de la Mission nationale d'Expertise et Audit Hospitaliers (MEAH) identifie par ailleurs l'attente d'un lit dans un service comme un « goulot d'étranglement » des urgences ^[78]. La Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées (CACNP) créée par la circulaire DHOS 195 du 16 avril 2003, doit garantir dans les services une capacité d'accueil suffisante pour les patients des urgences ^[3,79]. Les médecins et les infirmiers des urgences passent ainsi beaucoup de temps à chercher un lit d'hospitalisation, et ont parfois recours à « l'hébergement » dans un service non adapté. De plus l'hyperspécialisation des services pose parfois le problème de la prise en charge des patients polyopathologiques, et peut favoriser ces hébergements. Des unités de médecine polyvalente sont une des solutions proposées ^[79].

Le « plan urgence » de 2003 ^[3,80] préconise un partenariat entre le service d'urgences et les services de soins, et d'impliquer les autres spécialistes dans le diagnostic et la prise en charge ^[13]. Aux urgences d'Angoulême aucun patient n'est transféré en hospitalisation sans l'accord du médecin référent dans le service.

Il faut souligner la difficulté de souhaiter d'un côté favoriser les entrées directes dans les services, mais d'un autre côté que ces mêmes services gardent des places disponibles pour les urgences...

- la MEAH rapporte également un allongement des durées de présence en rapport avec des interruptions liées aux appels téléphoniques, et aux informations données aux familles ^[78]. La mise en place du MAO à Angoulême a permis de « libérer » les autres médecins des activités parasites décrites par la MEAH.

La prise en charge des patients dans leur globalité est certes chronophage et augmente les délais de passage, mais est bénéfique au patient. L'accès rapide au plateau technique et aux avis spécialisés permet aux structures d'urgences de prendre en charge les patients en ambulatoire. Certaines hospitalisations dans les services sont ainsi évitées, par le biais de l'UHCD (dans notre étude une patiente a ainsi été prise en charge pour une crise convulsive inaugurale et a bénéficié d'un traitement et d'une imagerie directement dans le service avant son retour à domicile).

c. les urgences, porte d'entrée de l'hôpital :

Les médecins généralistes prescrivent des examens complémentaires ou prévoient des rendez-vous avec des spécialistes, ou des hospitalisations, mais les délais peuvent être longs. Le patient, ou le médecin traitant, peut trouver une solution par le biais des urgences ^[35]. Les urgences deviennent un mode d'entrée privilégié pour les personnes âgées notamment ^[34]. Le phénomène de « bunkerisation » de l'hôpital est ainsi contourné. Les structures des urgences sont confrontées à des détournements d'usage au titre de consultations externes plus facilement accessibles durant les horaires de fermeture des bureaux des admissions ^[28]. Ces patients qui pourraient bénéficier d'entrées directes ou de consultations externes programmées participent à la suractivité des services d'urgences.

4.3. Les patients auto-référés : faux problème ?

- Nous allons reprendre certaines causes de saturations évoquées précédemment afin d'établir si les patients se présentant spontanément aux urgences ont une influence sur la saturation des urgences :

- parmi ces patients, les plus de 75 ans représentent une faible part des recours spontanés (6%). Seuls trois d'entre eux sont hospitalisés et ils restent en moyenne 2h aux urgences avec un maximum de 4h15, ce qui est proche de la moyenne globale. Nous pouvons l'expliquer par le fait que ces patients (qui vivent tous à domicile) viennent spontanément, et majoritairement, pour des pathologies traumatiques et ne nécessitent pas d'examens plus sophistiqués que le reste de la population de notre étude.

- en ce qui concerne les populations précaires, seuls trois patients ont été identifiés et orientés vers la PASS (un de ces patients était connu de longue date). En dehors des heures d'ouverture de la permanence, ces patients sont pris en charge par les urgences et peuvent être hospitalisés en UHCD ou regagner leur domicile jusqu'au lendemain, afin qu'ils puissent rencontrer les équipes de la PASS et l'assistante sociale. L'étude réalisée en 2010 à la PASS d'Angoulême met en évidence que cette structure permet de limiter les venues directes aux urgences pour des problèmes « d'urgences sociales »^[75] (sur 281 patients vus dans le cadre de la PASS, 48 sont orientés par le SAU), ce qui peut expliquer leur faible représentation dans notre travail.

- pour les patients dirigés dans le cadre d'un CCB, les urgences d'Angoulême ont mis en place une filière de consultations médico-judiciaires qui permet de prendre en charge ces patients dans un circuit indépendant. Ils n'ont ainsi pas de retentissement sur les autres patients. Deux des six patients de notre étude ont pu bénéficier en plus d'un entretien avec l'infirmier de psychiatrie directement sur place.

- la prise en charge de ces patients est plutôt rapide (1h40 soit moins de deux heures comme dans différentes études^[34,36]), et le temps passé à attendre les examens est un temps utile pour les médecins qui peuvent s'occuper des autres patients (ces résultats sont ceux en semaine, où l'effectif des médecins est au complet, on peut se demander si sur les plages de garde ces temps de présence seraient les mêmes). La moyenne de passage n'est que de 1h15 pour les patients consultant pour de la traumatologie, qui ne nécessitent pas, le plus souvent, d'être allongés sur un brancard. Ils sont installés dans un secteur dédié et ne monopolisent donc pas les box. Ils ne « privent » pas les patients plus fragiles ou graves de soins adaptés. Certaines analyses rapportent que le passage par des filières ultra courtes des patients classés CCMU 1 ou CCMU 2 diminuent leur temps de prise en charge mais est sans grand retentissement sur les CCMU 3 et plus^[81-83]. Si leur prise en charge est rapide, on peut malgré tout penser qu'ils ajoutent une charge de travail aux équipes ce qui peut jouer sur leur état de fatigue et de concentration.

- seuls huit patients se sont présentés pour réaliser les examens complémentaires prescrits par le médecin généraliste ou avancer un RDV programmé avec un médecin spécialisé.

- parmi les autres facteurs de saturation, aucun des patients auto-référés de notre étude ne s'est présenté dans le cadre d'une pathologie psychiatrique ou d'une prise en charge palliative.

- Différentes études étrangères concluent que les patients non urgents ont un faible impact sur la prise en charge des patients plus graves. Au Canada, ces patients peu graves semblent avoir un faible retentissement pour les patients plus lourds ^[39]. Ils utilisent une partie négligeable des ressources des services, génèrent des coûts minimes et ne déplacent pas les patients malades qui ont besoin de soins d'urgence ^[72,84]. Une étude anglaise va dans le même sens ^[85]. La prise en charge spécifique de ces patients peu urgents n'a qu'un faible retentissement pour les patients plus graves. C'est la conclusion de deux études en Belgique et en Nouvelle Zélande ^[86,87].

La rigidité du système de soins (délais de RDV, d'hospitalisation), sa complexité (nombreux acteurs), les niches orphelines (précarité, addictologie, médecine carcérale, médecine légale....), et le consumérisme des patients ont amené les services d'urgences à s'adapter aux besoins. Outre les vraies urgences, ces services ont appris à prodiguer des soins que d'autres ne veulent pas faire, mais s'orientent désormais vers une définition plus positive de leur fonction : prodiguer des soins adaptés à une demande, et même concurrencer des parcours de soins préexistants (où le médecin généraliste coordonne les soins). De plus, cela permet d'amortir financièrement un plateau technique couteux, mais surtout de répondre à de réels besoins de santé. Ces recours spontanés ne représentent qu'un quart des passages aux urgences d'Angoulême de 8h30 à 19h, et leur prise en charge n'est pas pénalisante pour les autres patients. Ils ne peuvent pas expliquer à eux seuls l'engorgement. Il faut considérer que près de 20% sont dirigés par l'employeur pour des accidents du travail, par la police pour la réalisation de CCB ou par l'école. La part d'activité représentée par ces patients n'est finalement pas si importante si l'on considère que près de 76% des patients passés à l'accueil des urgences ont bénéficié d'une orientation médicale ou d'une structure de soins.

5. COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS ?

Cette faible représentation vient de la pratique du service des urgences d'Angoulême et de la politique d'éducation à partir des urgences, mises en place depuis 1999, de réorienter certains patients. Le service a su s'adapter en organisant des filières qui lui permettent de diminuer l'afflux des patients spontanés, et de les prendre en charge d'une manière efficace. Néanmoins toute organisation est perfectible.

5.1. En amont des urgences :

La première idée pour diminuer la saturation de ces services est de réduire l'afflux des patients qui ne nécessitent pas une prise en charge aux urgences :

- Eduquer les patients :

- en les informant sur les signes de gravité (douleur thoracique, campagne d'information sur les accidents vasculaires cérébraux...) plutôt que d'expliquer ce qui n'est pas urgent (nous l'avons vu le caractère urgent ou non est estimé a posteriori). Essayer d'éduquer les parents afin qu'ils fassent appel au médecin généraliste plutôt qu'aux urgences pédiatriques pour leurs enfants ; que le recours aux urgences ne soit pas la normalité des choses.

- en favorisant le recours au centre 15 et à la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Parallèlement à l'augmentation de la fréquentation des urgences, on note une augmentation des recours au centre 15 sans qu'une intervention soit déclenchée ^[3], ce qui peut traduire une certaine demande des patients pour des conseils simples ^[88]

- en responsabilisant sur le coût bien plus élevé de la médecine d'urgence par rapport à la médecine « classique ».

- Réaffirmer le rôle du médecin généraliste :

- en le replaçant au cœur de la prise en charge des soins primaires et qu'il soit l'investigateur d'un recours aux urgences.

- en réorganisant les plannings de consultations pour laisser plus de souplesse et plus de place aux consultations non programmées. Ces consultations « urgentes » ont un effet déstructurant sur l'organisation de la journée du médecin généraliste et sont parfois chronophages.

- valoriser les actes d'urgences pour inciter les médecins à les pratiquer.

- favoriser les cabinets de groupe pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence. Un des objectifs du ministre de la santé, dans son discours de mai 2012, est de « *faire en sorte, qu'à terme, plus aucun patient n'arrive dans un service d'urgence en substitution d'une visite chez son médecin traitant* » ^[89].

- Proposer une alternative aux services d'urgence : des maisons médicales de garde existent pour la permanence des soins, mais souvent ne proposent pas de plateau technique. Nous pourrions envisager l'utilité de maisons médicales y compris en journée, avec un centre de radiologie standard accessible au médecin généraliste, et un ou plusieurs médecins spécialisés facilement disponibles (comme le chirurgien orthopédiste ou le cardiologue par exemple). Le non recours aux médecins généralistes mis en évidence dans notre étude peut être révélateur de la nécessité de modernisation et d'enrichissement de la pratique de la médecine générale. En effet, les techniques évoluant, on peut se demander si la pratique de la médecine générale actuelle, avec seulement un stéthoscope et un tensiomètre, ne risque pas de trop s'écarter des attentes de la société.

Ces mesures sont à la fois simples et difficiles à mettre en place. Les patients prennent de mauvaises habitudes et sont de plus en plus acteurs de leur santé. Ils cherchent à répondre à leur besoin de soins de la manière la plus rapide et la plus en phase avec leur mode de vie. Il ne faut peut être pas rester systématiquement sourd à cette demande, puisque 10,5% des patients de notre étude nécessitent une hospitalisation. Toute la difficulté pour les services d'urgences est de gérer et d'orienter le flux de patients en fonction des soins nécessaires.

5.2. Dispositifs mis en place aux urgences :

Pour éviter les temps de passages trop longs et la saturation des urgences, plusieurs systèmes peuvent être mis en place directement aux urgences.

5.2.1. La médicalisation du tri :

Souvent, l'IOA a besoin de l'aide d'un médecin pour accueillir le patient.

En plus de cette aide, ce médecin peut réaliser des actions spécifiques pour diminuer l'afflux et faciliter l'activité du service. Plusieurs possibilités pour cela : soit gérer vite ce qui va vite par le système du Poste Médical Avancé (PMA), soit éviter de faire une admission pour les patients présentant une pathologie bénigne avec la réorientation.

Nous présenterons les deux possibilités.

a. filière de prise en charge rapide :

- Certains services ont une zone de soins dédiée à la prise en charge des pathologies dites « rapides ». Aux urgences du CHU de Poitiers, le Poste Médical Avancé (PMA) permet de prendre en charge les patients peu graves ou anticipe les prescriptions avant l'installation en box. Il en est de même à Nancy ^[82], avec une filière d'accueil et d'orientation qui comprend une consultation médicale avancée où un médecin sénior prend en charge les patients non graves, et à Romans-sur-Isère où les patients sont pris en charge dans une filière courte voire ultra courte ^[81]. Dans les deux cas, les temps de prise en charge de ces patients « bénins » (hommes jeunes consultants pour de la traumatologie) sont améliorés.

La médicalisation du tri permet également de prioriser les patients, d'anticiper la prescription d'examens complémentaires et la recherche de lits d'hospitalisation. En 1996, un box spécialement créé permettait au médecin d'évaluer les patients pour éviter que certains patients présentant des pathologies urgentes n'attendent trop longtemps en salle d'attente ^[83]. A Charleville-Mézières, le médecin trieur prend en charge, au sein du service, 20% des patients qui se présentent aux heures de présence du médecin trieur (ce qui diminue la charge des autres médecins) ^[90]. Au CHU de Grenoble la réorganisation de l'accueil avec un MAO améliore les prises en charge et les conditions de travail du personnel ^[91]. Le MAO des urgences d'Angoulême participe également à la prise en charge de certains patients admis.

• A l'étranger :

- la médicalisation du tri est mise en place aux Etats-Unis, avec notamment des « Fast Track Area » où intervient une équipe composée d'un « physician assistant » ou « physician extender » (professionnels de santé non médecins) et d'une « nurse practitioner » (infirmière spécialisée) ^[92]. Cette organisation diminue le temps de prise en charge des patients non graves, ainsi que le nombre de patients présents aux urgences ^[93]. Un poste de médecin trieur a également été mis en place dans de grands centres, où il répond au téléphone, prescrit les premiers examens complémentaires et oriente les ambulances en cas d'engorgement ^[94]. Ce poste améliore les temps d'attentes et de prises en charge, et les patients partis sans attendre les soins sont moins nombreux. De plus il apporte une certaine satisfaction au personnel.
- en Angleterre une étude a évalué la mise en place d'un médecin et d'une IDE à l'accueil dans le but de prendre en charge les patients en moins de 4h (comme les réformes sur la santé de 2004 le recommandent). On assiste à une diminution du temps d'attente des patients peu

urgents, mais le système s'avère cher pour créer de nouveaux postes ^[85]. Le médecin à l'accueil et au tri permet d'anticiper la possibilité d'hospitalisation du patient par rapport à l'avis de l'infirmière ^[95]. Un autre système consiste à séparer les salles d'attente entre les patients jugés graves de ceux non urgents pour faciliter l'organisation ^[96].

- en Belgique, l'accueil médicalisé améliore aussi le ressenti des équipes ^[86].

- en Australie un « Fast Track Program » a été mis en place dans un hôpital périphérique et a diminué les temps de prise en charge des patients peu graves, limité le nombre de patients partis sans attendre les soins et a amélioré les conditions de travail des équipes ^[97].

b. la réorientation :

Si le rôle d'un SAU est d'accueillir tous les patients se présentant à l'accueil, il peut aussi lui proposer une solution qui lui semble plus adaptée à sa demande et l'orienter vers une autre structure de soins. A Angoulême, les patients sont essentiellement réorientés vers le médecin généraliste ^[57,68].

Au moment de notre étude, une part importante des réorientations est réalisée par l'IOA seul. Comme nous l'avons vu, il s'agit de pathologies bénignes qui évoluent depuis plusieurs jours (essentiellement de la traumatologie bénigne, réaction allergique cuir chevelu, piqûre à l'oreille...) Parmi les patients réorientés, les motivations sont parfois « abusives » comme cette patiente qui se présente en passant devant l'accueil pour une pathologie qui évolue depuis des années, ou une patiente qui vient faire un scanner prescrit par son médecin avant de partir en vacances. En 2006, le MAO se déplaçait plus (près d'une fois sur deux) et l'IOA réorientait moins seul ^[68]. Dans notre étude, six patients ont été réorientés sans fiche (dont un patient par le MAO), ce qui pose le problème de la traçabilité et de la sécurité du patient. L'IOA prend probablement confiance, et prend de l'assurance. Ce comportement peut aussi révéler un problème de communication avec le médecin (peur de déranger). On peut se demander à quels moments l'IOA choisit de faire appel au MAO : soit lorsque les patients refusent la réorientation proposée, soit quand il a un doute, ou tout simplement parce qu'il est consciencieux.

La réorientation n'est pas sans risque médico-légal (plaintes, erreur d'appréciation de la gravité...). En effet, la réorientation est subjective. L'IOA fournit les informations et travaille sous la responsabilité médico-légale du MAO, et engage donc la responsabilité du médecin par ses actions. L'IOA peut surestimer une plainte et faire une admission, ou la sous estimer et réorienter. La prise des constantes pour chaque patient et un interrogatoire dans une des salles de l'accueil (plus de confidentialité) permettraient peut être de limiter ces risques.

Les patients qui ont déjà consulté leur médecin sont plus souvent réorientés. Toute la difficulté dans cette situation est de se méfier de l'aggravation possible et rapide du diagnostic établi par le médecin généraliste, ou encore d'admettre que ce diagnostic initial peut être erroné. Le risque aussi est que les patients réorientés n'aillent pas consulter le médecin généraliste. Il n'y a pas eu de préjudice lors de notre étude, néanmoins on peut estimer que ces patients courent un risque. Un seul patient est revenu le jour même aux urgences (sans qu'il y ait de préjudice) ce qui peut révéler une lacune notamment dans la fiche de recueil qui ne contient pas les antécédents des patients.

Depuis la fin de notre étude, des améliorations ont été faites et l'IOA se réfère plus au MAO, en appliquant une procédure récemment réactualisée. **(ANNEXE n°III)**. Les patients ayant déjà consulté leur médecin sont plus facilement admis. Le RDV est pris systématiquement pour tout patient n'ayant pas de médecin traitant pour réduire ce risque.

D'autres services utilisent la réorientation : par exemple à Pontoise en 2002, un médecin trieur réoriente les patients vers le médecin généraliste essentiellement, ou à domicile ^[67]. Ce médecin examine le patient et peut rédiger des ordonnances, sans que le patient ne soit admis en box. Les patients réorientés correspondaient alors à 2,5% des passages (proche de nos résultats).

Le médecin à l'accueil améliore ainsi l'organisation du service et le ressenti des équipes, mais la prise en charge des patients peu graves dans les postes avancés médicaux ne diminue pas l'afflux des patients. La réorientation peut être une solution envisagée mais nécessite une organisation rigoureuse afin de ne pas faire courir de risque aux patients. Les améliorations en cours à Angoulême sont nécessaires pour proposer une prise en charge optimale aux patients réorientés.

5.2.2. Consultations de médecins généralistes aux urgences :

Une étude en 2004 évalue la mise en place d'une consultation de médecine générale au sein d'un service d'urgences ^[98]. Ces médecins généralistes sont présents de 9h à 21h, tous les jours, dans un secteur qui leur est dédié avec accès à la radiologie. Une IOA oriente les patients se présentant pour une pathologie bénigne vers cette consultation. Cette activité implique aussi en parallèle un surcoût pour la caisse primaire d'assurance maladie qui prend en charge ces consultations. D'après cette étude, 56,9% des passages ont été pris en charge par le médecin généraliste qui voit principalement des pathologies traumatiques et des plaies.

La présence d'un médecin généraliste aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême n'est pas actuellement envisagée puisque seuls 11,5% des patients se présentant spontanément sont réorientés. Nous constatons dans notre étude l'absence de recours aux urgences pour des motifs comme l'angine ou l'otite qui sont des pathologies du ressort de la médecine générale. Ceci peut s'expliquer par la politique du service de réorienter systématiquement ce type de pathologies vers le médecin traitant depuis plusieurs années. Les deux filières (médecine générale et urgences) sont ainsi bien différenciées. Les patients ont dans l'ensemble compris dans quels cas ils ne requièrent pas d'une prise en charge aux urgences (ils se présentent comme nous l'avons vu au chapitre deux pour bénéficier du plateau technique).

5.2.3. Formations complémentaires et organisations :

La complexification des situations cliniques nécessitent que les services d'urgences se concentrent sur certains types de patients :

- une formation complémentaire des urgentistes en gériatrie (sur la iatrogénie, sémiologie des personnes âgées...) pourrait être bénéfique pour la prise en charge des patients âgés qui seront de plus en plus nombreux ^[73], notamment pour leur éviter des temps d'attente trop longs, des examens contraignants ou des gestes invasifs (perfusions, sondes urinaires aux urgences...). L'utilisation de scores pour les personnes âgées permet l'évaluation plus rapide de ces patients ^[73,79]. La qualification des médecins aux urgences serait un facteur favorisant une prise en charge plus rapide ^[78].

Les médecins des urgences du centre hospitalier d'Angoulême se forment à la l'activité médico-légale afin de prendre en charge les patients victimes d'agression en dehors du cadre de l'urgence. Cela permet de diminuer l'activité et la fréquentation des urgences, comme cela a été réalisé pour la précarité, les addictions, l'évaluation gériatrique et la médecine du sport : en orientant le flux vers des organisations parallèles, adaptées.

- il faudrait s'interroger sur l'indication de certains actes favorisés par l'effet structure : 75% des patients de notre étude bénéficient d'actes diagnostiques et 82% de traitements qui sont des facteurs de prolongation des temps de passage. Nous n'avons pas vérifié la pertinence de ces examens. Tous n'auraient pas forcément été réalisés en ambulatoire (perfusions, radiographies), ce qui peut expliquer la faible proportion de patient CCMU 1. Ainsi on peut proposer d'établir des procédures et des protocoles médicaux, efficaces et rentables, pour certaines pathologies courantes comme les douleurs abdominales et les douleurs thoraciques sans détresse vitale ni critère de gravité. Par exemple, toutes les douleurs abdominales ne nécessitent pas de bilan sanguin et l'intérêt d'une radiographie n'est pas systématique.
- on pourrait envisager que l'IOA, dans certains cas, puisse anticiper la prescription de radiographies selon des protocoles établis (par exemple dans le cadre d'une suspicion de fracture du col du fémur).

5.2.4. Système de paiement

Un autre système pour diminuer la fréquentation des services d'urgences pourrait être la mise en place d'un système de paiement comme dans certains pays étrangers :

Aux Etats Unis, l'instauration d'un copaiement entre 1992 et 1993 a eu pour effet une diminution du recours aux urgences, pour les motifs non urgent, pour une partie de la population (les plus pauvres) ^[99]. Au Canada, les passages sont remboursés lorsqu'ils sont justifiés ^[100]. Se pose malgré tout la question de qui formule le caractère inapproprié du passage. En Belgique, l'essai d'un forfait en cas de passage inapproprié par les urgences n'a d'ailleurs pas été probant ^[101]. La non gratuité de l'accès aux urgences n'est pas toujours un frein aux venues : en Italie la mise en place d'un copaiement pour certains patients et la gratuité pour d'autres (les patients de plus de 65 ans et moins de neuf ans ou les patients se présentant pour traumatismes ou plaies), n'a pas diminué les passages ^[102].

Ce système pose le problème de l'accessibilité aux soins pour tous et peut freiner certains patients qui justifieraient d'une prise en charge aux urgences. Le risque est d'obtenir l'effet inverse, avec une population qui vient pour un plateau technique de qualité et qui est prête à payer pour avoir ces examens. Dans notre étude, seuls 2% des patients trouvent motivant que le passage aux urgences ne soit pas à leur charge. Ce chiffre est probablement sous estimé (biais). Dans la salle d'attente pour les familles aux urgences d'Angoulême, une affiche présente les tarifs des actes réalisés et on pourrait imaginer faire des campagnes pour informer les patients de la part prise en charge par la Sécurité Sociale et ainsi les responsabiliser.

5.3. En aval des urgences :

La sortie des urgences pour les patient se présentant spontanément fait partie, à part entière, de la prise en charge du patient, tant pour les admis que pour les réorientés.

- Pour les patients réorientés, des améliorations sont en cours comme nous l'avons vu. La prise de rendez-vous dans un cabinet de ville et le contact de l'IOA avec le MAO doivent être systématiques.

- La grande majorité des patients de notre étude regagne leur domicile (88,5%) contre 70% dans l'étude de la DRESS ^[29] qui tient compte des passages sur la journée complète. On peut expliquer cette différence par le fait que la population de notre étude est ciblée sur les patients consultant de leur propre initiative. Le retour à domicile des patients auto-référés est peu compliqué car de fait ils viennent par leurs propres moyens.

- pour ces patients « sortants » le suivi et le lien ville-hôpital doivent être renforcés :

La sortie du service des urgences se doit d'être organisée pour la sécurité du patient et éviter des retours trop rapides. Aux urgences d'Angoulême, quel que soit le motif de consultation, un courrier pour le médecin traitant doit être remis au patient, ou envoyé directement au cabinet. L'organisation de la sortie permet d'éviter certains recours comme les suites de soins. La plupart des patients bénéficie d'une ordonnance de traitement, d'examens complémentaires programmés, de RDV avec un médecin spécialisés programmés ou de consignes de suivi. Ainsi, l'ablation des plâtres, le suivi des pansements sont réalisés en consultation externe d'orthopédie, ce qui permet de limiter les venues aux urgences. La prolongation des arrêts de travail et l'ablation des points peuvent être réalisés par le médecin généraliste. La prise en charge aux urgences est globale, puisqu'elle réalise le diagnostic, le traitement, et le suivi.

- pour six patients de notre étude, le retour à domicile s'est fait le lendemain après une surveillance et une prise en charge à l'UHCD qui ont permis d'éviter une hospitalisation dans un service hospitalier.

- l'évaluation du plan urgence ^[9] souligne l'attention particulière à apporter au retour à domicile des personnes âgées, avec l'aide des équipes mobiles, du CLIC... Dans notre étude, aucune des personnes âgées de plus de 75 ans n'a bénéficié d'un avis auprès de ces services, les situations cliniques pour ces patients n'étant pas jugées à risque par les médecins.

- Quand le retour à domicile n'est pas réalisable immédiatement, les patients peuvent être pris en charge via des circuits courts en passant par les services de Suite de Soins et de Réadaptation (SSR). Il n'y a pas eu de patient transféré en SSR dans notre étude, mais le cas d'une personne âgée qui chute à domicile et qui nécessite une immobilisation plâtrée l'empêchant de regagner son domicile est une situation fréquemment rencontrée dans le service des urgences. Le « plan urgence 2003 » prévoyait la création de lits supplémentaires, qui n'a pas toujours été réalisée, notamment dans le service public ^[9].
- Avoir recours à des structures privées ou à d'autres établissements publics ^[79] : dans notre étude, un patient a dû être transféré en clinique pour une plaie de la main nécessitant une prise en charge spécialisée que le centre hospitalier d'Angoulême ne pouvait pas lui apporter. Une autre a été hospitalisée en hôpital psychiatrique après stabilisation sur le plan somatique à l'UHCD. La collaboration entre les urgences et certains services privés (chirurgie vasculaire notamment) est bien organisée et permet de fournir aux patients la prise en charge optimale.
- La problématique du transfert dans le service hospitalier des patients auto-référés rejoint celle des patients adressés aux urgences et n'est pas spécifique aux venues spontanées de notre étude.

CONCLUSIONS :

La difficile définition de l'urgence n'est finalement pas la seule raison qui pousse les patients à venir spontanément aux urgences.

Trois faits marquants émergent de notre étude :

.les patients auto-référés sont essentiellement des hommes jeunes qui présentent un motif traumatologique récent. Les urgences ne sont pas le lieu de soins uniquement des patients défavorisés ou précaires, ou qui n'ont pas accès aux soins primaires, puisque les consultants sont plutôt insérés avec un emploi, une mutuelle et un médecin traitant déclaré qu'ils n'ont pas essayé de joindre.

.ces patients font leur pré-diagnostic, organisent leur médecine, et viennent chercher aux urgences une prestation de services complète, où ils peuvent bénéficier rapidement, et au même endroit, d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique, sans contrainte de rendez-vous. Les urgences sont à l'heure actuelle, le seul lieu qui concentre autant d'offres de soins. Ces patients connaissent le système de soins et savent où se rendre pour bénéficier de la prise en charge qu'ils jugent nécessaire. La plupart du temps, leur jugement est conforté puisque la grande majorité des patients bénéficient d'explorations, de traitements et certains sont hospitalisés.

.l'engorgement vient d'un grand nombre de facteurs plus ou moins modifiables. Ces venues spontanées ne représentent qu'une faible part de l'activité du SAU d'Angoulême et ne suffisent pas à expliquer, à eux seuls, la suractivité de ces services. La politique d'éducation et la réorientation mise en place depuis plusieurs années aux urgences d'Angoulême participent probablement à ce faible chiffre. Elle permet de replacer les patients qui ne justifient pas du plateau technique des urgences, dans le circuit de soins primaires.

Ces recours sont à l'image de l'évolution de notre société : des contraintes liées à la vie active de plus en plus présentes, des exigences grandissantes, et une modification des comportements avec une intolérance à l'attente. On aurait pu y voir un manque d'intérêt des médecins généralistes pour les consultations urgentes, mais finalement c'est le patient lui-même qui ne fait pas appel à lui, parce que le système de division de la prise en charge en externe ne lui convient plus. Les structures d'urgences ont ainsi vu leur fonction première détournée au profit de patients dont le recours est parfois plus pratique qu'approprié, puisque le caractère urgent de la pathologie n'est que faiblement évoqué. Néanmoins la prise en charge de ces patients auto-référés fait partie des nouvelles fonctions assumées par les urgences, au même titre que celle de patients plus complexes. Ces structures s'efforcent à présent de répondre au mieux, en termes de qualité et de compétences, aux demandes de patients qui ne trouvent pas dans les autres filières de soins la prise en charge espérée, ou qui en sont exclus.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Larousse en ligne.consultable sur www.larousse.fr. consulté en avril 2012.
2. URML - URCAM Bretagne.Etude sur la permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes. 2001.
3. Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. consultablesur www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm consulté en avril2012.
4. SFMU. Référentiel. Critères d'évaluation des services d'urgences.p20. 2006.
5. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence. Thèse Méd Université Rennes I 2001.
6. Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. 2006:313-47.
7. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. consultable sur www.orumip.fr/docs/ccmu.pdf. consulté en avril 2012.
8. Fourestié V, Roussignol E. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. réan urg 1994;3:573-8.
9. Grall JY. Evaluation du plan urgences 2004 - 2008. 2007.
10. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets enConseild'Etat).consultable sur www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EDEBA7103DC10260D69E8D3C211765DF.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id. consulté en avril 2012.
11. Décrets n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santépublique(dispositionsréglementaires).consultable surwww.legifrance.gouv.fr/affichTexted.o;jsessionid=27AF64F6812149AB5CEDE80245ED55F4.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT00000788652&categorieLien=id. consulté en avril 2012.
12. SFMU. Charte de Médecine d'Urgence. septembre 2003:9.
13. GMSIH. Rapport d'étude de l'organisation et du système d'information cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en oeuvre de la T2A - Incidences de la T2A sur le recueil des actes et des données de séjours. 2005:9-10.
14. DREES. n°16. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. 2010.
15. Roy PM, Lannehoa Y. Le triage aux urgences. Réanimation 2002;11:480-5.
16. ACEM. Literature Review on the Australasian Triage Scale (ATS). consultable sur www.acem.org.au/media/media_releases/2012_-_ACEM_Triage_Literature_Review.pdf. consulté en septembre 2012. 2012:48.
17. ACMU. L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. 1998:20.
18. Hôpitaux Universitaires de Genève. Amélioration de la fiabilité et de performance du tri infirmier à l'accueil du service d'accueil et d'urgences 2007:6.
19. ACEP. Triage Scale Standardization: Joint Statement by the American College of Emergency Physicians and the Emergency Nurses Association. Ann Emerg Med 2010;56:451.
20. AHRQ. Emergency Severity Index (ESI) : a triage tool for Emergency Department care version 4. 2011.
21. Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs 2005;31:39-50; quiz 118.
22. Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index. Ann Emerg Med 2007;49:234-40.
23. SFMU. Démarche de tri : outils de tri existants. 2003.
24. SFMU. Référentiel IOA. 2004.
25. Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei A, Duc CT, Gall JRL. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Rean Urg 1997;6 (4) 433-42.
26. SFMU. Référentiel de compétences de l'infirmier(e) en médecine d'urgence. 2008.
27. SFMU. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. 2004.
28. Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I. n°72. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES Etudes et Résultats 2000:8.
29. Carrasco V. n° 524. L'activité des services d'urgences en 2004 Une stabilisation du nombre de passages. DREES Etudes et Résultats 2006:8.

30. DREES. les établissements de santé : un panorama pour l'année 2007. DREES Etudes et Statistiques 2010.
31. InVS. Surveillance des urgences.consultable sur www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/2012/La-surveillance-des-urgences-par-le-reseau-OSCOUR-R-Organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences. consulté en avril 2012.
32. ORUMIP. Rapport annuel 2011.l'activité des structures d'urgence en Midi-Pyrénées. consultable sur www.orumip.fr/publications/rapports-dactivite. consulté en octobre 2012. 2011.
33. URML - URCAM Poitou-Charentes. Enquête sur les motifs d'admissions aux urgences. 2000.
34. Baubeau D, Carrasco V. n°215. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES Etudes et Résultats 2003:12.
35. Carrasco V, Baubeau D. n°212. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES Etudes et Résultats 2003.
36. CNAMTS. Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. ORUMIP Rapport final. 2004.
37. Spaite DW. The future of emergency care in the United States: the Institute of Medicine Subcommittee on Prehospital Emergency Medical Services. Ann Emerg Med 2006;48:126-30.
38. COBRA Laws and EMTALA. consultable sur emedicine.medscape.com/article/790053-overview. consulté en septembre 2012.
39. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. Ann Emerg Med 2007;49:257-64, 64 e1.
40. Institut Canadien d'information sur la santé. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence. 2005.
41. Ménard-Pariseau L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences. Réan Urg 1998;7:114-7.
42. ACEM. article du 20 février 2012 Emergency department demand increased . consultable sur www.acem.org.au. consulté en septembre 2012.
43. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy 2008;88:326-38.
44. INSEE. Population selon le sexe et l'âge au 1er janvier 2010.consultable sur www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?regid=12&ref_id=poptc02104.consultéen septembre 2012.
45. Démographie de la Charente.consultable sur www.wikipedia.org. consulté en avril 2012.
46. ORS. Panorama de la santé Poitou-Charentes. 2010.
47. INSEE. Structure de l'emploi total par grand secteur d'activité en 2010 : comparaisons départementales.consultable.sur.www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_070_3R . consulté en septembre 2012.
48. INSEE. Catégories sociales en 2009 : comparaisons départementales.consultable sur www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0406D. consulté en septembre 2012.
49. INSEE.Taux de chômage au premier trimestre 2012. consultable sur www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=12&ref_id=tratc03301.consultéen septembre 2012.
50. INSEE. Revenu de solidarité active (RSA) et couverture maladie universelle (CMU) : comparaisonsdépartementales.consultable.sur.www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_1202D. consulté en septembre 2012.
51. INSEE. Près de 13 000 Britanniques ont choisi de vivre en Poitou-Charentes. consultable sur www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=15729. consulté en septembre 2012.
52. Conseil de l'Ordre des Médecins de Charente. Chiffres d'avril 2012.
53. Ordre National Des Médecins.La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charentes. Situation au 1e juin 2011.
54. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. n°679. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES Etudes et Résultats 2009.
55. Sicart D. n°157. Les médecins au 1 janvier 2011. DREES série statistique 2011.
56. ARS. Statistique annuelle des établissements de santé. consultable sur www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU_CHARENTES/Votre_ARS/etudes_et_publications/BROCHURE_SAE_2010doc.pdf. consulté en avril 2012. 2010:p.73.
57. Rouleau S, Mariani P, Moalic G, Pichot C, Delaire L. Poster. Orientation des patients à l'accueil des urgences dont le motif de consultation est une pathologie bénigne. 2010.
58. ORUMIP. Rapport annuel sur l'activité des structures d'urgence en Midi-Pyrénées. 2010.

59. C. Lazarovici, D. Sommea, G. Chatellier, O. Saint-Jean, Espinoza P. Trajectoire initiale des patients âgés et impact sur leur orientation après leur passage dans les services d'urgences. Résultats d'une enquête nationale. La Revue de médecine interne 2008;29:618-25.
60. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse Méd Université Paris VII 2009.
61. Ladner J BL, Pitrou I, Tavalacci M-P. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. Pratiques et Organisation des Soins 2008;39:33-42.
62. INSEE.Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012.consultable sur www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102.consulté en avril 2012.
63. SFMU. Coordination en aval des urgences. 2004.
64. SFMU. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR 2001;14:144-52.
65. Lestavel P, Bultel J, Gerbeaux P. Unités d'hospitalisation de courte durée. In: Arnette, ed. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte; 2004.
66. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. Am J Emerg Med 1997;15:133-6.
67. Albaret C. La réorientation des patients à l'accueil des urgences par le médecin de régulation et de tri. Thèse méd Université Paris VII 2002.
68. Delaunoy S. La réorientation des patients à l'accueil du service des urgences du centre hospitalier d'Angoulême. Thèse Méd Université Poitiers 2006.
69. Caron J. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint – Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny – Villiers. Thèse Méd Université Paris XII 2010.
70. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000;35:63-8.
71. Hayden SR, Jouriles NJ, Rosen P. Requiem for "non-urgent" patients in the emergency department. J Emerg Med 2010;38:381-3.
72. ACEP. Encombrement des Urgences - Déclaration de Position 2000. consultable sur caep.ca/resources/position-statements-and-guidelines/encombrement-des-urgences-2000. consulté en septembre 2012. 2000.
73. Conférence de Consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Jeur 2004;17:183-201.
74. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. consultable sur www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323. consulté en septembre 2012.
75. Pichot C. Prise en charge du sans domicile fixe : de l'urgence médicale à l'urgence sociale : étude rétrospective sur la prise en charge médico-sociale des patients sans domicile fixe adressés par le service des urgences d'Angoulême à la permanence d'accès aux soins de santé. Thèse Méd Université Poitiers 2010.
76. Baron D. Question 19 : Controverse. Fin de vie et soins palliatifs : missions des services d'urgence ? JEUR 2004;17:288-93.
77. Askenasi R. L'attente dans le SAU : un grief majeur. Réan Urg 1997;6:431-2.
78. MEAH. Rapport de fin de mission. Les temps d'attente et de passage aux Urgences. 2005.
79. SFMU. Organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. 2005.
80. Discours Jean Francois Mattei. Plan urgences. consultable sur lesdiscours.vie-publique.fr/pdf/033003350.pdf. consulté en septembre 2012. 2003.
81. Prost A. Création d'un poste de médecin d'accueil et d'orientation au service des urgences de Romans-sur-Isère. Thèse Méd Université Lyon I 2009.
82. Zaïoua S. Impact mise en place d'une filière d'accueil et d'orientation sur le fonctionnement du service des urgences de l'Hôpital Central de Nancy. Thèse Méd Université Nancy 2005.
83. Cantin-Bertaux D. Le rôle du médecin d'accueil et d'orientation aux urgences. Thèse méd Université Paris VI 1996.
84. ACEP. Accès Aux Soins Actifs Dans le Cadre de l'Encombrement des Départements d'Urgence - 2003. consultable sur caep.ca/resources/position-statements-and-guidelines/acc-s-aux-soins-actifs-dans-le-cadre-de-l-encombrement. consulté en septembre 2012. 2003.
85. Terris J, Leman P, O'Connor N, Wood R. Making an IMPACT on emergency department flow: improving patient processing assisted by consultant at triage. Emerg Med J 2004;21:537-41.

86. De Villenfagne M.-A., Cerf D. BC, Van Loo C. , Mols P. Evaluation de l'accueil de première ligne médicalisé aux urgences du CHU Saint-Pierre : bilan en termes de flux des patients dans la garde, de baisse des délais d'attente et de satisfaction du personnel soignant. *jeur* 2008;21:39-40.
87. Ardagh MW, Wells JE, Cooper K, Lyons R, Patterson R, O'Donovan P. Effect of a rapid assessment clinic on the waiting time to be seen by a doctor and the time spent in the department, for patients presenting to an urban emergency department: a controlled prospective trial. *N Z Med J* 2002;115:U28.
88. Facon A, Goldstein P. Régulation médicale. In: Arnette, ed. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte; 2004.
89. Discours Marisol Touraine. www.sante.gouv.fr/congres-urgences-2012-discours-de-marisol-touraine-jeudi-31-mai-2012.html.
90. Fenaux K. Mise en place d'un médecin trieur aux urgences : exemple du SAU de Charleville-Mézières. Thèse Méd Université Reims Champagne-Ardenne 2007.
91. C. Paquier, M.-L. Grenier, C. Vidy, D. Ferley, B. Luche, Carpentier F. Réorganisation de l'accueil du service d'accueil et d'urgence. *JEUR* 2008;3:254.
92. Ellis GL, Brandt TE. Use of Physician Extenders and Fast Tracks in United States Emergency Departments. *The American Journal of Emergency Medicine* 1997;15:229-32.
93. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. *J Emerg Med* 2006;31:117-20.
94. Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med* 2007;14:702-8.
95. Judith C Brillman, David Doezeema, Dan Tandberg, David P Sklar, Skipper BJ. Does a Physician Visual Assessment Change Triage? *The American Journal of Emergency Medicine* 1997;15:29-33.
96. Rogers T, Ross N, Spooner D. Evaluation of a 'See and Treat' pilot study introduced to an emergency department. *Accid Emerg Nurs* 2004;12:24-7.
97. Combs S, Chapman R, Bushby A. Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurs* 2007;15:40-7.
98. Desbuisson S. Accueil, orientation et prise en charge des urgences, une expérience originale au sein du service des urgences de l'Hôtel-Dieu du Creusot. Thèse Méd Université Dijon 2004.
99. Selby JV, Fireman BH, Swain BE. Effect of a copayment on use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization. *N Engl J Med* 1996;334:635-42.
100. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency department? *Health Policy* 1998;44:191-214.
101. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (Belgique). Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. 2005.
102. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117:250-5.

ANNEXES

Annexe n°I : feuille de réorientation



Madame, Monsieur,

Vous vous présentez à l'accueil d'un Service d'Urgence.

Une équipe est présente 24 heures sur 24 pour assurer la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

Afin de nous aider à vous apporter une réponse la plus adaptée possible à votre demande de soins, merci de renseigner les éléments suivants :

Date : ____ / ____ / ____ Heure : ____ : ____

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Téléphone : ____ ____ ____ ____ ____

Nom du médecin traitant : _____

N° Sécurité sociale : ____ ____ ____ ____ ____

N° de contrat de Mutuelle : _____

Votre motif de consultation aux urgences :

Cadre à remplir par l'infirmière :

MAO : ☐ contacté par téléphone

☐ vu

☐ non vu

Nom et signature de l'IDE :

Cadre à remplir par le médecin :

Orientation :

- ☐ Retour au domicile après conseils donnés à l'accueil
- ☐ Orientation vers le médecin traitant - RDV : _____
- ☐ Orientation vers le centre 15
- ☐ Orientation vers un spécialiste

Nom et signature du médecin :

Annexe n°II : fiche de recueil des données

QUESTIONNAIRE ARRIVEE

fiche n°

ADMINISTRATIF

- Date :
- Nom, prénom patient :
- Age :
- Sexe :
- Téléphone :
- Adresse :
- Profession :
- RSA :
- Nationalité :
- Mutuelle : oui - non
- CMU :
- Médecin traitant :
- Nombre de passages aux urgences :

MOTIF DE CONSULTATION

- Somatique : _____ traumatique : _____
 Circonstances : _____
 Depuis quand : _____
 EVA : _____
 Nombre patients dans les urgences : _____

QUESTIONNAIRE PATIENT

➔ **Pourquoi n'avez-vous pas consulté votre médecin traitant ?** Une ou plusieurs réponses :

- Je n'ai pas de médecin traitant
- J'ai essayé de joindre mon médecin / je n'ai pas essayé de le joindre
- Je n'y ai pas pensé
- Je n'ai pas voulu joindre mon médecin traitant
- Je n'ai pas pu joindre mon médecin traitant
- Mon médecin traitant est absent
- Je n'ai pas voulu voir son remplaçant
- Mon problème me semble urgent
- Il n'y avait pas de possibilité de consultation aujourd'hui
- Les RDV aujourd'hui ne me convenaient pas
- Je l'ai déjà consulté mais je pense que mon médecin traitant n'a pas réussi à résoudre mon problème
- Je pense avoir besoin d'examen complémentaires (radio, scanner, prise de sang) ou de voir un médecin spécialisé
- J'habite ou je travaille à proximité de l'hôpital, c'était plus pratique
- Je n'ai pas besoin de prendre RDV

- Mon médecin traitant n'exerce pas dans la région, je ne savais pas qui contacter
- Je n'ai pas besoin d'avancer de frais
- Autre raison :

PATIENT ADMIS - nom du médecin :

Examens complémentaires : non / oui, lesquels :

Médecin spécialisé ou IDE spécialisé vus : non / oui, lesquels :

Traitements reçus :

Diagnostic final au SAU :

Propositions : retour à domicile : quels RDV programmés ? conseillés ? reconvoqués ?
quels examens prescrits ? quels traitements ?

hospitalisé : quel service ?

Temps de présence :

PATIENT REORIENTE – nom du médecin :

MAO prévenu : oui/ non

MAO déplacé : oui/non

Propositions : traitement :

consultation médecin spécialisé :

consultation médecin généraliste :

retour à domicile, conseil :

RDV pris par IAO : oui : quand ?

non : pourquoi ?

questionnaire médecins généralistes :

Nom du patient

Date de la consultation (si a eu lieu) :

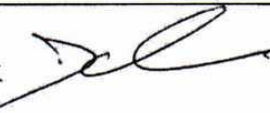
Motif de la consultation (si a eu lieu) :

contact patient réorienté :

n'a pas consulté le médecin car :

Annexe n°III : protocole de réorientation appliqué dans le service :

 CENTRE HOSPITALIER Service : SAU	PROTOCOLE	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC
	SOINS	V1
	Prise en charge des réorientations à l'accueil du service des urgences	

Rédaction : Dr ROULEAU Stéphane Mme ROQUES Mauricette Mme BIZOT Laure Mme FRUGIER Florence Mr GUICHOU Grégoire Mme PIGEAT Magali	Validation Dr DELAIRE Laurent Mme MIKOLAJCZAK Martine <i>le 22/07/2012</i> 	Approbation : 
Destinataires : Praticiens hospitaliers des services de soins, Cadres supérieurs et cadres de santé des services de soins, Personnel paramédical des urgences, Direction des soins, administrateur de garde		

1. HISTORIQUE DES MODIFICATIONS :

Version	Nature de la modification	Date validation	Date d'approbation
1		20/08/2012	29/08/2012

2. BUT ou OBJET :

Organiser la prise en charge des réorientations à l'accueil des urgences.

3. ÉTENDUE ou DOMAINE D'APPLICATION :

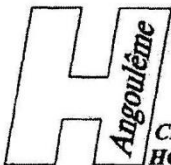
Service des urgences

4. DOCUMENTS DE REFERENCE :

- Audit de la MEAH en 2009 concernant les modalités de prise en charge des réorientations et la traçabilité de ces patients
- Communication SFMU 2011

5. DÉFINITIONS ou GLOSSAIRE :

- IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- MAO : Médecin d'Accueil et d'orientation
- Salle de CNH : Salle d'examen à l'entrée du service attribuée pour l'accueil des patients alcoolisés amenés par la police en vue d'un Certificat de Non Hospitalisation (CNH).
- DMU : Dossier Médical des Urgences

 CENTRE HOSPITALIER <u>Service :</u> SAU	PROTOCOLE	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC
	SOINS	
	Prise en charge des réorientations à l'accueil du service des urgences	

6. CONTENU ET DOCUMENTS ASSOCIES :

6.1. Accueil et prise en charge des réorientations

6.1.1. Identification des patients concernés par une réorientation

6.1.2. Organisation

6.1.3. Points importants à retenir

6.2. Annexe 1 : Logigramme des réorientations

6.3. Annexe 2 : Feuille de renseignements médico-administratifs

 Service : SAU	PROTOCOLE	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC
	SOINS	
	Prise en charge des réorientations à l'accueil du service des urgences	

6.1. ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DES REORIENTATIONS

6.1.1. Identification des patients concernés par une réorientation

Tout patient se présentant à l'accueil des urgences, de lui-même, avec un motif de consultation évoquant une pathologie bénigne ou de médecine générale.

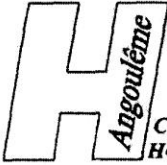
Les motifs de consultation sont variés et il n'existe pas de liste exhaustive. Cependant, les douleurs dentaires, les problèmes de traumatologie bénigne, les problèmes rhumatologiques, cutanés et ORL représentent la majorité des motifs de réorientation.

Les problèmes digestifs, les douleurs abdominales et thoraciques nécessitent un entretien médical : en effet, même s'ils peuvent relever de la médecine générale, l'importance de leur diagnostic différentiel justifie une consultation médicale.

Les erreurs d'orientations géographiques ne sont pas considérées comme des réorientations (consultations gynécologiques et pédiatriques).

6.1.2. Organisation :

1. **L'IAO repère la personne** qui se présente d'elle-même avec un motif de consultation évoquant une pathologie bénigne ou de médecine générale.
2. **Avant toute réponse médicale ou paramédicale**, l'IAO remet la feuille de renseignements médico-administratifs au patient qu'il remplit lui-même (annexes 1 et 2).
3. **Après remplissage de la feuille, l'IAO prévient le MAO** (par téléphone ou contact direct) pour avis sur la conduite à tenir, avec **3 possibilités** :
 - Décision d'admission du patient dans le service des urgences :
 - L'IAO complète la feuille de renseignements et la dépose dans la panier réservée
 - Situation simple résolue après conseil du MAO :
 - Le patient repart après les consignes données par l'IAO
 - L'IAO complète la feuille en indiquant les suites données
 - Elle dépose la feuille renseignements/patient dans la panier réservée.

 CENTRE HOSPITALIER Service : SAU	PROTOCOLE	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC
	SOINS	
	Prise en charge des réorientations à l'accueil du service des urgences	

➤ Nécessité d'une consultation médicale par le MAO :

- Entretien et consultation médicale en salle d'accueil des familles ou en salle de CNH
- Vérification des données administratives de la feuille
- Décision d'admettre le patient dans le service des urgences ou de le réorienter
- Si réorientation, réalisation d'une entrée administrative puis remplissage du DMU par le MAO, après le départ du patient, grâce à la feuille de réorientation remplie :
 - Circonstances : noter « réorientations » + motif de venue.
 - Préciser sur la feuille de renseignements l'orientation donnée puis stocker cette feuille dans la pаниère réservée.

4. Au final, hormis la situation où le patient est admis dans le service, l'IAO ou le MAO le **réorientent vers une autre offre de soins adaptée à la pathologie présentée avec 4 possibilités :**

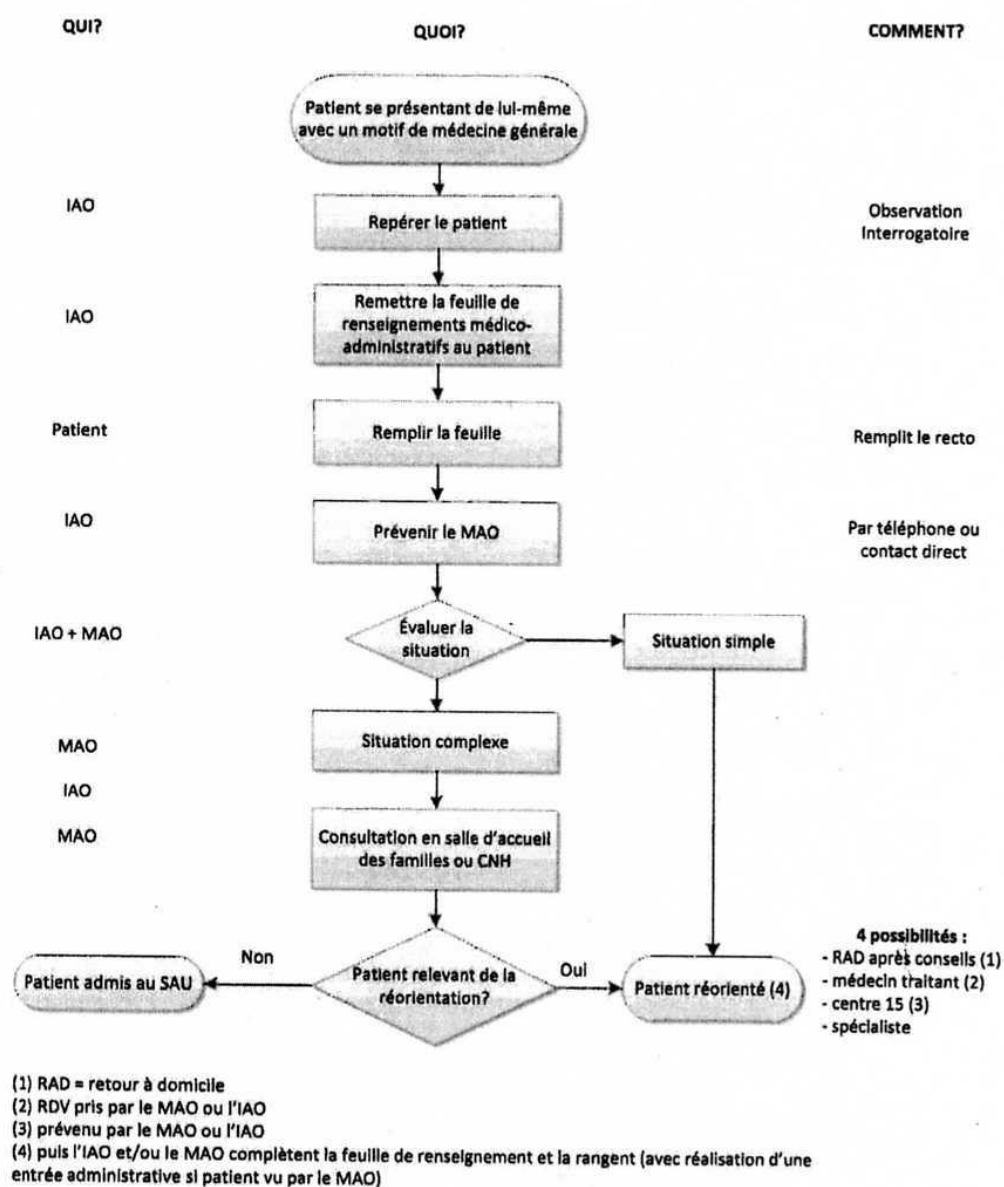
- **Retour au domicile** après les conseils donnés à l'accueil si ceux-ci suffisent à la situation
- Orientation vers le médecin traitant **qui doit être prévenu par le MAO ou l'IAO afin de fixer un rendez vous** de consultation.
- Orientation vers le **centre 15 pendant les périodes de garde** (Centre 15 prévenu au préalable par l'IAO ou le MAO) pour les pathologies de médecine générale relevant de la garde.
- Orientation vers **un autre professionnel de santé** selon la situation concernée (dentiste par exemple)

6.1.3. Points importants à retenir

- Le remplissage initial de la feuille de réorientation est essentiel et ce dès l'arrivée du patient.
- Ce procédé permet de garantir l'identité et la traçabilité des patients, et garde toute son importance même en cas de décision de réalisation d'une entrée administrative.
- La consultation et l'avis médical justifient la réalisation d'un dossier DMU.
- La délivrance de traitements antalgiques ou autres à l'accueil impose la réalisation d'un dossier DMU
- L'importance du travail infirmier réalisé à l'accueil (temps passé à organiser les soins ou les rendez vous par exemple) peut également justifier la réalisation d'un dossier DMU.

 Service : SAU	PROTOCOLE	Référence : UAU-PO-002-PPC-OPC
	SOINS	
	Prise en charge des réorientations à l'accueil du service des urgences	

6.2. ANNEXE 1 : logigramme des réorientations



RESUME :

But de l'étude : déterminer pour les patients consultant spontanément aux urgences pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, leur profil, leurs motivations, leur prise en charge, leur part dans l'activité des urgences et évaluer l'orientation proposée.

Méthode : étude monocentrique, prospective, observationnelle, sur deux semaines distinctes, incluant tous les patients successifs de plus de 15 ans et demi auto-référés aux urgences de 8h30 à 19h, du lundi au vendredi.

Résultats : Sont colligées 216 venues soit 24% de l'activité du service dans cette tranche horaire. La pathologie traumatologique est le motif de venue dans 65% des cas, 60% sont des hommes, la moyenne d'âge est de 37 ans, 17,6% sont sans profession. Dans 90% des cas ces patients ont déclaré un médecin traitant, 90% d'entre eux n'ont pas essayé de le joindre. Ils viennent pour le plateau technique (45,4%), pour un avis spécialisé (13,4%) et pour l'absence de rendez-vous (17,6%). Sur les 216 patients, 191 patients (88,5%) sont admis et 75% bénéficient d'au moins un acte diagnostique, 82% ont un acte thérapeutique, 10,5% sont hospitalisés. 25 patients (11,5%) sont réorientés. Les patients sont significativement plus souvent réorientés pour des pathologies somatiques ($p=0,0261$) évoluant depuis plusieurs jours ($p=0,0002$). Il n'y a pas eu de complication chez ces patients après leur réorientation.

Conclusions : Ces recours spontanés représentent une part minoritaire de l'activité et ne bouleversent pas le fonctionnement du service. Ces patients sont majoritairement des hommes jeunes, insérés, consultant pour de la traumatologie et qui bénéficient d'actes diagnostiques et thérapeutiques pour la plupart d'entre eux. Ils ont trouvé dans les services d'urgences un lieu de prise en charge globale, rapide et sans contrainte, qui correspond aux attentes de la société actuelle. Ils sélectionnent eux même un parcours de soin optimal, dont le médecin généraliste peut-être exclu. La réorientation favorise l'éducation des patients dont l'état ne nécessite pas le plateau technique des urgences, sans générer, dans cette étude, de préjudice pour eux.

Mots clés : venues spontanées, urgences, triage, réorientation.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

