

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 08 mars 2013 à Poitiers
par **Monsieur Arnaud Chaudet**

**Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences :
caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Scepi

Membres : Monsieur le Professeur Olivier Mimos
Monsieur le Professeur Denis Oriot
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Richer
Monsieur le Docteur Josselin Kamga

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Aiham Ghazali



Le Doyen,

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



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. BURUCOA 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. DUFOUR 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 traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJON 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. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO 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
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologue
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT 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 Nematollah, 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. VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Michel Scepi

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Vous m'avez tant appris lors de mes stages aux urgences. Merci de votre disponibilité et de votre confiance. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Olivier Mimoz

Pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de toute ma considération.

À Monsieur le Professeur Denis Oriot

Pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Richer

Pour votre participation à ce jury et pour tout ce que vous m'avez appris. Vous avez été l'un de mes premiers Maîtres à la faculté et votre présence est pour moi un honneur. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Josselin Kamga

Merci pour l'aide que tu m'as apporté tout au long de ces années. Merci pour m'avoir enseigné la « médecine de campagne » et d'avoir accepté aujourd'hui de juger mon travail. Ta présence est très importante pour moi. Sois assuré de toute ma considération.

À Monsieur le Docteur Aiham Ghazali

Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, pour l'aide que tu m'as apportée, et surtout pour ton amitié depuis de si nombreuses années. Sois assuré de toute ma considération.

À Jean-Yves, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail au sein du service des urgences de Poitiers.

À tout les internes des urgences. Merci d'avoir fait remplir tous ces questionnaires. Votre aide m'a été précieuse.

À tous les médecins des urgences et du SAMU avec une mention spéciale à Marie. Merci pour votre aide dans la réalisation de ce travail.

Aux secrétaires des urgences. Merci de m'avoir si chaleureusement accueilli et fait une place dans votre bureau pendant toutes ces soirées.

À Nathalie du laboratoire d'anatomie. Merci pour ton accueil et pour nos conversations en attendant tu sais qui.

A ma famille, mon frère et mes parents pour votre amour depuis toutes ces années.

À Anne-Marie et Jean-Paul, merci pour vos conseils, lectures attentives et surtout pour votre affection.

À tous mes amis, ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu pendant toutes ces années, sans désespérer de me voir y arriver un jour. Merci pour votre amitié.

À Manon, Abel et Elsa, pour simplement exister. Vos naissances ont été les plus beaux jours de ma vie, et vous continuez chaque jour de l'embellir. Ne changez pas mes amours.

Et bien évidemment, à celle qui a été à mes côtés pendant ces longues années. Tu m'as toujours épaulé, sans jamais désespérer. Je ne sais pas ce que j'aurai fait sans toi. Merci à toi mon Amour.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Généralités	4
2.1. Définitions	4
2.1.1. La Classification Clinique des Malades des Urgences ou CCMU	4
2.1.2. La Classification Infirmière des Malades aux Urgences ou CIMU	5
2.2. Le services des urgences du CHU de Poitiers	5
2.3. La filière courte	6
3. Objectifs	7
3.1. Objectif principal	7
3.2. Objectifs secondaires.....	7
4. Matériel et méthodes	8
4.1. Les différentes phases de l'étude	8
4.1.1. Phase rétrospective de l'étude	8
4.1.2. Phase prospective de l'étude	13
4.2. Traitement des données	16
4.2.1. Critères de jugement	16
4.2.1.1. Critères de jugement principaux	16
4.2.1.2. Critères de jugement secondaires	16
4.2.2. Étude statistique	16
4.3. Considérations légales et éthiques	17
5. Résultats	18
5.1. Phase rétrospective de l'étude	18
5.1.1. Détermination de la proportion de PUMGA au sein de la population des urgences.....	18
5.1.2. Calcul de la période d'inclusion	19
5.1.3. Pertinence de la priorisation CIMU 5 comme critère d'inclusion	19
5.2. Phase prospective de l'étude	20
5.2.1. Nombre de PUMGA et nombre de répondants	20
5.2.2. Part des PUMGA dans l'activité des urgences	20
5.2.2.1. Part des arrivées par heure	20
5.2.2.2. Part des arrivées par journée	22

5.2.2.3. Évolution du nombre de PUMGA par période d'activité	23
5.2.3. Habitude de fréquentation du service des urgences du CHU de Poitiers	23
5.2.4. Profil socio-démographique des PUMGA	25
5.2.4.1. Répartition par sexe et âge	25
5.2.4.2. Répartition par catégorie socio-professionnelle	26
5.2.4.3. Affiliation au système de soin	26
5.2.4.4. Domiciliation des PUMGA	27
5.2.5. Parcours	28
5.2.5.1. Motif de recours selon la classification de la SFMU	28
5.2.5.2. Motifs de recours selon le sexe	29
5.2.5.3. Motifs de recours selon l'horaire de consultation	30
5.2.5.4. Délai entre le début du trouble et la consultation aux urgences ..	31
5.2.5.5. Prise en charge du trouble avant la venue aux urgences	32
5.2.6. Motivations	33
5.2.6.1. Explication du choix des urgences	33
5.2.6.2. Explication du choix selon l'horaire d'arrivée	34
5.2.6.3. Explication du choix selon le jour de la semaine	35
5.2.7. Évaluation des délais de prise en charge	36
5.3. La prise en charge des PUMGA	36
5.3.1. Lieu d'examen des PUMGA	38
5.3.2. Évaluation initiale des PUMGA : CIMU	38
5.3.3. Comparaison des délais et temps de prise en charge entre le secteur des box et la filière courte	39
5.3.4. Délais de prise en charge des patients priorisés CIMU 1 et 2 avant et après la mise en place de la filière courte	39
5.3.5. évolution du nombre de patients « partis sans attendre » avec la mise en place de la filière courte	40
5.4. Synthèse des résultats	40
6. Discussion	42
6.1. Les PUMGA, quantification, caractéristiques et parcours	42
6.1.1. Quantification	42
6.1.2. Caractéristiques des PUMGA	43
6.1.3. Parcours et motivations des PUMGA	44
6.2. La filière courte	46

6.2.1. Impact sur la prise en charge des PUMGA.....	46
6.2.2. Impact sur la prise en charge des patients évalués graves	47
6.2.3. Impact sur la prise en charge des patients « partis sans attendre »	48
6.3. Limites de l'étude	48
6.3.1. Le choix de la définition des PUMGA	48
6.3.2. Le choix des urgences du CHU	49
6.3.3. Biais liés aux patients	50
6.4. Perspectives	50
6.4.1. Peut-on diminuer le nombre de PUMGA se présentant aux urgences ?	51
6.4.2. Peut-on réorienter les PUMGA à l'accueil des urgences ?	51
6.4.3. La prise en charge des PUMGA est-elle réellement problématique ?	53
6.4.4. La filière courte est-elle la solution adaptée ?	54
7. Conclusion	56
Références bibliographiques	57
Annexes	64
Annexe A. Évolution de l'activité des services d'urgences en France de 1990 à 2011	65
Annexe B. Évolution de l'activité du service des urgences adultes du CHU de Poitiers de 2006 à 2012	66
Annexe C. La CIMU	67
Annexe D. Pathologies éligibles à la filière courte	68
Annexe E. Questionnaire	71
Annexe F. Classification de la SFMU	72
Annexe G. Évolution de l'activité des médecins généralistes libéraux dans le département de la Vienne (86)	74
Annexe H. Effectif et répartition des CMUistes de base par région en 2010	75
Annexe I. Détail du calcul de l'impact financier des PUMGA	76
Résumé	77
Serment	78

Table des Figures

Figure 1. Écran « Éditeur » de l'onglet « Requêteur » de l'outil « Statistiques » de ResUrgences®	10
Figure 2. Écran « Export » de l'onglet « Requêteur » de l'outil « Statistiques » de ResUrgences® .	11
Figure 3. Écran « export » des données issues de la requête du progiciel	12

Table des tableaux

Tableau 1 : Nombre de dossiers issus des différents critères d'inclusion	18
Tableau 2 : CCMU des patients dont l'évaluation CIMU est 5 du 02 au 22 janvier 2012	19
Tableau 3 : Évaluation des délais de prise en charge selon la durée d'attente	37
Tableau 4 : Délais et durées de prise en charge des PUMGA en filière courte et en box	39
Tableau 5 : Délais de prise en charge des « CIMU 1 et 2 » avant et après la mise en place de la filière courte	40

Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition horaire des arrivées aux urgences	21
Graphique 2 : Part des PUMGA dans l'ensemble des arrivées aux urgences	21
Graphique 3 : Arrivées des PUMGA selon le jour et l'offre libérale	22
Graphique 4 : Évolution du nombre de PUMGA selon les semaines d'inclusion	23
Graphique 5 : Répartition des PUMGA selon l'existence d'une consultation antérieure aux urgences	24
Graphique 6 : Évaluation du taux de recours moyen aux urgences, sur une année selon la classe d'âge	24
Graphique 7 : Répartition des patients par classe d'âge	25
Graphique 8 : Répondants et population départementale selon la catégorie socio-professionnelle	26
Graphique 9 : Médecin traitant, ALD et couverture sociale des répondants	27
Graphique 10 : Lieu de résidence des PUMGA et des Répondants	28
Graphique 11 : Motifs de consultation des répondants selon la classification de la SFMU	29
Graphique 12 : Motifs de consultation selon sexe des Répondants	30
Graphique 13 : Motifs de recours des Répondants selon l'horaire d'arrivée	31
Graphique 14 : Durée d'évolution de la plainte avant la consultation aux urgences	31
Graphique 15 : Attitude des Répondants selon la durée d'évolution avant la consultation aux urgences	32
Graphique 16 : Explication du choix des urgences	34
Graphique 17 : Explication du choix des urgences selon l'horaire de venue	35
Graphique 18 : Explication du choix des urgences selon le jour de venue	36
Graphique 19 : Part des PUMGA examinés en filière courte selon l'heure d'arrivée	38
Graphique 20 : Répartition CIMU des PUMGA et des Répondants	38

Table des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

APE : Activité à Part Entière

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

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

FAU : Fond Annuel d'Urgence

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MMG : Maison Médicale de Garde

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PDS : Permanence Des Soins

SAUV : Service d'accueil des Urgences Vitales

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

1. Introduction

L'activité des services d'urgences a connu ces dernières années une croissance quasi constante. Avec une augmentation de 126,5 % (cf. annexe A), le nombre de passages annuels, en France a cru de 7 203 000 en 1990 (Beaubeau, 2000) à 16 315 000 en 2011 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou Drees). Cette évolution a été identique dans d'autres pays, que ce soit en Europe (Gillet, 2004 ; Capwell, 1996) ou ailleurs dans le Monde (Burt, 2001). Parfois, la fréquentation des services d'urgences dépasse les capacités à prodiguer des soins dans un délai raisonnable. On dit alors que les « urgences sont engorgées ». L'allongement des délais de prise en charge qui en découle peut avoir des conséquences graves pour le patient (Schull, 2004 ; Houck, 2004).

Les pouvoirs publics ont essayé de solutionner ce problème. Dans un premier temps, et suite à la canicule de 2003, le Plan Urgences 2004 - 2008 a vu le jour (Circulaire DHOS n° 2003-195 ; Plan « urgences »). Sa première partie était consacrée à la Permanence Des Soins (PDS). Elle visait à préciser les conditions de participation des médecins libéraux (Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 ; Arrêté du 12 décembre 2003 relatif à l'organisation de la PDS en médecine ambulatoire), et a modifié le code de déontologie pour réaffirmer le « Devoir du médecin de participer à la permanence des soins » (Décret n° 2003-881 modifiant l'article R 4127-77 du code de la santé publique). Plus récemment, dans son discours au congrès des urgences, Madame la Ministre Marisol Touraine rappelait que « Traiter la question de l'engorgement des urgences, c'est d'abord agir en amont de l'arrivée à l'hôpital. En commençant par réformer en profondeur l'organisation des soins de premier recours... » (Touraine, 2012). Cela sous-entend qu'une partie des

patients venant aux urgences pourrait relever d'une consultation en médecine générale ambulatoire.

Cette idée est également partagée par une partie des professionnels eux-mêmes. Une étude a été menée auprès des soignants des urgences en région Provence Alpes Cote d'Azur. Ces derniers insistent, entre autres, sur l'attitude consumériste, la facilité d'accès, et la rapidité de la réponse, comme raisons concourant au choix des urgences. Ces mêmes soignants estimaient que les consultations « inappropriées » étaient de l'ordre de 33 % (Durand, 2012).

Dans une revue de la littérature récente, la proportion de ces consultations « inappropriées » est très variable : de 4,8 % à 90 % (Durand, 2011a). Cette différence dans les pourcentages est liée à la difficulté de caractériser ces consultations « inappropriées » ou « non-urgentes ». Les soignants et les patients donnent des acceptions différentes à ces termes. Pour les premiers, l'urgence ou le caractère adapté est essentiellement lié au niveau de gravité de l'état de santé du consultant. Pour le malade, cela peut dépendre de l'offre de soin, du contexte social, de son profil... Ainsi par exemple, une douleur dentaire n'est pas urgente et ne relève pas *a priori* des urgences. Mais, si celle-ci survient la nuit et que le patient ne dispose pas d'antalgique, peu d'alternatives de soin s'offrent à lui, en dehors des services d'urgences. De même, une plaie superficielle pourrait être suturée en cabinet de ville, mais tous les médecins généralistes ne pratiquent pas un tel acte. Ainsi, il est difficile d'avoir une définition consensuelle du rôle des urgences.

À Poitiers, la hausse de la fréquentation du service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) a été de 7,4 % en trois ans (cf. annexe B). Le nombre de consultations s'est élevé à près de 42 000 en 2011, avec un taux d'hospitalisation de 40,7 %. Au vu de la littérature, on peut émettre l'hypothèse que cette

augmentation d'activité est liée à des consultations relevant de la médecine générale, et que leur nombre a un effet délétère sur la prise en charge des patients les plus graves. Aucune étude n'a été réalisée à ce sujet aux urgences du CHU de Poitiers. Nous nous sommes donc intéressés à cette population d'usagers que nous avons dénommée : Patient des Urgences relevant de la Médecine Générale Ambulatoire (PUMGA).

Dans la première partie de ce travail, nous avons essayé de déterminer l'importance et le rôle de cette population dans l'engorgement des urgences. Puis nous avons essayé de définir leurs caractéristiques et leur parcours. Nous avons enfin tenté d'évaluer l'intérêt de la filière courte dans leur prise en charge.

2. Généralités

2.1. Définitions :

2.1.1. La Classification Clinique des Malades des Urgences ou CCMU

La CCMU est une classification clinique initiale (Fourestié, 1994). Elle permet d'évaluer, à la fin de l'examen clinique, le degré de gravité. L'examen clinique comprend l'interrogatoire, l'examen physique, et éventuellement l'électrocardiogramme, la mesure de la saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène, la glycémie capillaire, la bandelette urinaire, ou l'hématocrite par microméthode. La CCMU comprenait initialement cinq degrés auxquels ont été ajoutés deux nouvelles classes :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable,
- CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé(s) stable(s). Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou un service d'urgences,
- CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé(s) stable(s). Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences,
- CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé(s) susceptible(s) de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du 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,
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du SMUR ou du service des urgences.

2.1.2. La Classification Infirmière des Malades aux Urgences ou CIMU

La CCMU a été le point de départ de la création de la CIMU (Taboulet, 1997). Le but est de permettre à l'Infirmier Diplômé d'État ou IDE (le plus souvent l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation ou IAO) de hiérarchiser les ordres de passages des patients. Elle comporte 5 niveaux de tri :

- CIMU 1 : Détresse vitale majeure,
- CIMU 2 : Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente),
- CIMU 3 : Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle),
- CIMU 4 : Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable,
- CIMU 5 : Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente.

La classification prévoit en fonction de ces indices de gravité, un délai d'intervention, la consommation des ressources hospitalières et le lieu de prise en charge du patient (cf. annexe C).

2.2. Le service des urgences du CHU de Poitiers

Le service est divisé en plusieurs secteurs de prise en charge. Le secteur traditionnel des box d'examen comporte une salle de plâtre, une salle de suture, une salle

de soins spécifiques et 14 box d'examen. Le personnel comporte en journée deux médecins et quatre internes, la nuit deux médecins et trois internes. Le secteur dit de « déchochage » ou de Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), où sont pris en charge les patients les plus graves, comporte quatre salles. C'est un des deux médecins des box d'examen qui intervient si nécessaire. Il existe également un secteur de consultations, divisé entre le Poste Médical Avancé (PMA) et la filière courte. Le premier prend en charge les patients instables ne relevant pas du secteur de « déchochage. ». Il est sous la responsabilité du médecin de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). La filière courte est plus récente et relève d'objectifs et d'une organisation bien spécifiques.

2.3. La filière courte

Sa création a été inscrite dans le schéma régional d'organisation des soins, volet hospitalier, en juin 2011, pour participer à la diminution des délais d'attente (ARS, 2011). Sa mise en fonction date du 06 avril 2012. Ses objectifs sont d'améliorer la qualité de prise en charge du patient dès l'accueil, d'améliorer la gestion du flux, de permettre une rotation plus rapide des salles de soins et d'examens et d'organiser une vraie filière courte individuelle et fonctionnelle en semaine, le soir et le week-end.

Les patients « éligibles » sont les patients valides, présentant un problème de santé unique, et ayant des constantes normales, comme, par exemple, les consultations type de médecine générale, les petites plaies sans exploration, ou encore la traumatologie ligamentaire (cf. annexe D).

En semaine, l'équipe comporte un interne de dix heures à vingt heures, un médecin SMUR de dix heures à minuit, l'IDE du SMUR, l'ambulancier(e) du SMUR. En cas de

départ de l'équipe du SMUR, le relais est pris par le médecin de l'UHCD et l'IDE coordinatrice ou l'IDE de « s4¹ ». Le week-end et les jours fériés, c'est uniquement l'équipe du SMUR qui est en charge des patients en filière courte, sauf en cas de départ. Dans ce cas, les patients sont remis en salle d'attente.

3. Objectifs

3.1. Objectif principal

- caractérisation des PUMGA : quantification, profil, parcours et motivations de ces patients.

3.2. Objectifs secondaires

- prise en charge des PUMGA en filière courte :
 - impact sur les délais et temps de prise en charge,
 - satisfaction des patients,
 - impact sur la prise en charge des patients les plus graves.

¹ IDE présente de 16 heures à minuit.

4. Matériel et méthodes

Notre étude était constituée de deux phases, l'une rétrospective, l'autre prospective. Pour le recueil de données, nous avons principalement utilisé la base statistique du progiciel ResUrgences®. Cet outil informatique est utilisé depuis le 02 février 2006 par le service des urgences du CHU de Poitiers. Il a été développé en collaboration avec les services d'urgences et les hôpitaux. Il est entièrement paramétrable et évolutif. Ses principales fonctionnalités permettent de créer et gérer le dossier patient (localisations, prescriptions, destination, etc.). Il est également doté d'un outil statistique, permettant l'exploitation des données en temps réel, et l'export direct des données vers les outils d'analyse.

4.1. Les différentes phases de l'étude

4.1.1. Phase rétrospective de l'étude

La phase initiale était une étude rétrospective observationnelle. Elle avait pour but de :

- définir la population d'étude : les PUMGA,
- déterminer la durée d'inclusion des patients,
- déterminer les données informatiques indisponibles sur le progiciel ResUrgences®, qui feront l'objet d'un questionnaire lors de l'étude prospective (seconde phase),
- recueillir les données qui serviront à évaluer l'impact de la mise en place de la filière courte. Elles comprennent les délais de prise en charge des PUMGA, des patients priorisés de rangs 1 et 2 de la CIMU, ainsi que le

nombre de patients « partis sans attendre »,

- vérifier la CCMU des patients évalués CIMU 5 afin de déterminer si cette dernière peut être utilisée comme critère d'inclusion.

Le recueil de données s'est fait à partir des dossiers des patients ayant consulté entre le 02 janvier 2012 à 00 heure 00 minute et le 22 janvier 2012 à 23 heures 59 minutes.

Les critères d'inclusion étaient :

- les patients majeurs,
- les patients venus spontanément,
- les patients consultant au service des urgences adultes : Unité Fonctionnelle (UF) 1902.

Les critères d'exclusion étaient :

- les patients ayant reçu un acte diagnostique ou thérapeutique,
- les patients hospitalisés ou transférés dans un autre service ou centre de soins,
- les patients adressés par le centre 15, la régulation des pompiers, un médecin, la police,
- les patients ayant bénéficié d'un avis spécialisé en ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), neurologie, psychiatrie, etc..

Pour ce faire, nous avons utilisé la fonction « Requêteur » de l'outil « Statistiques » du progiciel ResUrgences®. Après avoir créé une nouvelle requête, nous avons précisé

les dates d'inclusion et l'option « Arrivé dans ces dates ». Dans l'onglet « Éditeur », nous avons associé par la fonction « et » les critères (cf. figure 1) :

- « Patient » / « age en année » / « >= » / « 18 »,
- « Informations du passage » / « code UF » / « contient » / « 1902 »,
- « Diagnostics » / « Code CCMU » / « = » « 1 ».

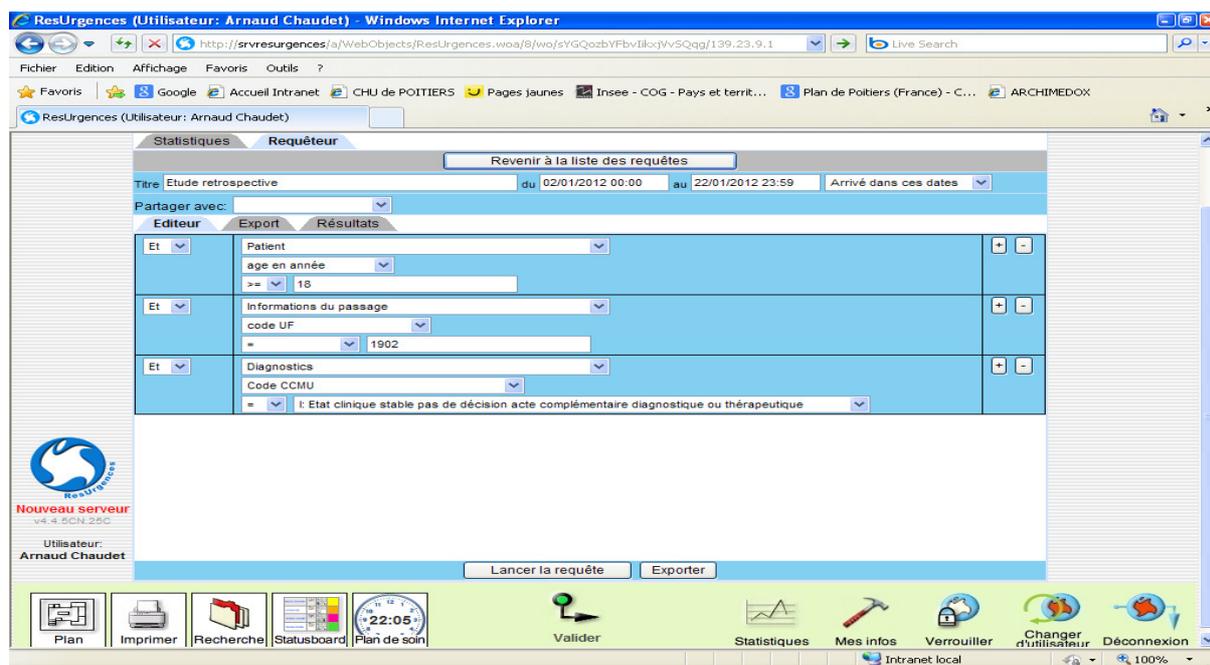


Figure 1 : Écran « Éditeur » de l'onglet « Requêteur » de l'outil « Statistiques » de ResUrgences®

Dans l'onglet « Export » nous avons choisi les données (cf. figure 2) :

- « Patient » / « age en année »,
- « Informations de passage » / « date d'arrivée »,
- « Orientation » / « type d'orientation »,
- « Examens complémentaires » / « a des examens d'imagerie »,
- « Examens complémentaires » / « a des examens de biologie ».

Puis nous avons validé, et nous avons lancé la requête à partir de l'onglet « Éditeur ».

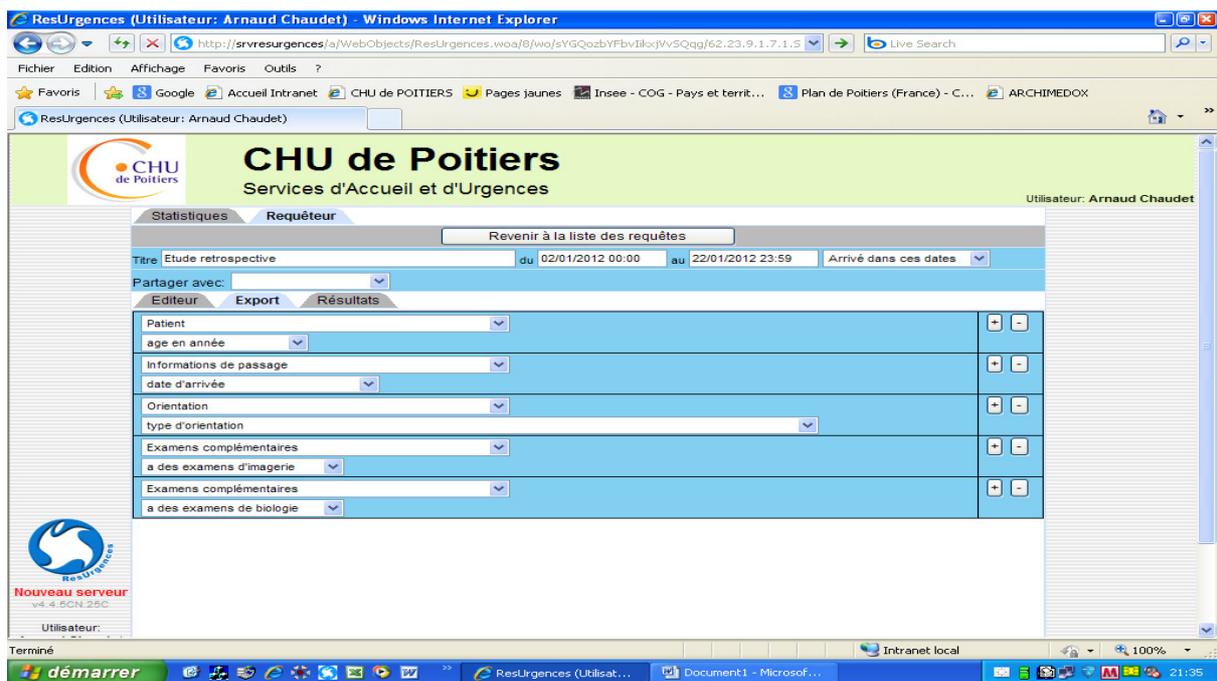


Figure 2 : Écran « Export » de l'onglet « Requêteur » de l'outil « Statistiques » de ResUrgences®

Une fois la requête réalisée, nous avons exporté les données en cliquant sur « Exporter le résultat » (cf. figure 3). En procédant à des tris informatiques sur openoffice.org.calc®, nous avons exclu les dossiers qui avaient :

- une réponse positive à « Examens complémentaires → a des examens d'imagerie » ou « Examens complémentaires → a des examens de biologie »,
- une « Orientation → type d'orientation » différente de « retour domicile », « médecin traitant », ou « consultation ».

Num dossier	Patient->age en	Informations de passage	Orientation->type d'o	Examens complémentaires	Examens complémentaires->a	des examens de biologie
712002831	83	02/01/2012 12:14	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712002911	31	02/01/2012 13:19	RETOUR DOMICILE	non	non	
712003164	80	02/01/2012 15:25	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712003186	21	02/01/2012 15:32	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712003404	92	02/01/2012 17:01	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712003845	46	02/01/2012 20:36	RETOUR DOMICILE	non	non	
712003970	29	02/01/2012 21:51	RETOUR DOMICILE	non	non	
712005385	73	03/01/2012 15:27	RETOUR DOMICILE	oui	oui	
712006049	20	03/01/2012 20:49	RETOUR DOMICILE	non	non	
712006162	37	03/01/2012 21:41	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712006286	19	03/01/2012 23:16	RETOUR DOMICILE	non	non	
712006344	77	04/01/2012 01:01	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712006377	39	04/01/2012 01:22	RETOUR DOMICILE	oui	oui	
712006480	57	04/01/2012 03:35	RETOUR DOMICILE	oui	non	
712007267	51	04/01/2012 14:44	TRANSFERT INTERN	non	non	
712007540	32	04/01/2012 17:03	RETOUR DOMICILE	oui	oui	
712007551	19	04/01/2012 17:11	RETOUR DOMICILE	non	non	
712007868	60	04/01/2012 19:33	RETOUR DOMICILE	non	non	
712007915	25	04/01/2012 19:42	RETOUR DOMICILE	non	non	
712008292	34	05/01/2012 01:34	RETOUR DOMICILE	non	non	
712008340	32	05/01/2012 03:25	RETOUR DOMICILE	non	non	
712008430	20	05/01/2012 05:38	POLICE	non	non	
712009218	35	05/01/2012 14:13	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712009310	80	05/01/2012 14:51	RETOUR DOMICILE	non	oui	
712009422	48	05/01/2012 15:40	RETOUR DOMICILE	non	non	
712009477	29	05/01/2012 16:04	RETOUR DOMICILE	non	non	
712009750	91	05/01/2012 18:18	RETOUR DOMICILE	oui	oui	
712009954	43	05/01/2012 19:55	RETOUR DOMICILE	non	non	
712010239	26	06/01/2012 01:14	RETOUR DOMICILE	non	non	
712010240	21	06/01/2012 01:23	RETOUR DOMICILE	non	non	
712011118	63	06/01/2012 14:18	RETOUR DOMICILE	non	non	
712011388	60	06/01/2012 15:27	RETOUR DOMICILE	non	non	
121000632	20	06/01/2012 18:27	RETOUR DOMICILE	non	non	
712012110	53	06/01/2012 22:00	RETOUR DOMICILE	non	non	
712012154	33	06/01/2012 22:31	RETOUR DOMICILE	non	non	
712012245	60	07/01/2012 00:03	RETOUR DOMICILE	non	non	
712012610	33	07/01/2012 10:26	RETOUR DOMICILE	oui	oui	

Figure 3 : Écran « export » des données issues de la requête du progiciel

Les dossiers restant ont ensuite été examinés un par un pour vérifier l'absence de thérapeutique aux urgences et le caractère spontané de la consultation, aucun filtre informatique ne nous permettant de procéder autrement.

Nous avons réalisé des requêtes similaires pour « Diagnostics » / « Code CCMU » / « = » « 2 » puis « 3 », « 4 », « 5 », « P », « D ».

Puis, nous avons utilisé les mêmes procédures pour créer des requêtes avec comme critère dans l'onglet « Editeur » : « IAO » / « Evaluation » / « = » « CIMU 1 », puis « CIMU 2 ». Ensuite nous avons réalisé une requête avec le critère « CIMU 5 » pour récupérer le score de CCMU. Pour les patients issus des requêtes « CIMU 1 » et « CIMU 2 », nous avons estimé le délai de prise en charge. Ce temps a été calculé en

faisant la différence entre la « Date d'entrée » et la date de prise en charge médicale, estimée selon les indications du dossier (début de la thérapeutique, informations IDE, passage en SAUV, etc.).

En dernier lieu, nous avons réalisé pour les mêmes dates, une requête avec comme données exportées « Orientation » / « type d'orientation » pour déterminer le nombre de patients « partis sans attendre ».

4.1.2. Phase prospective de l'étude

Cette seconde partie de notre travail a consisté en un recueil des données patient, tant au niveau du progiciel ResUrgences® qu'auprès des consultants aux urgences afin de déterminer leur profil. Le but était, dans un premier temps, de réaliser une analyse transversale de la population cible, et, dans un deuxième temps, d'évaluer l'impact de la mise en place de la filière courte. Nous avons comparé diverses périodes d'activité : vacances et temps scolaire, semaine et week-end. Compte tenu de la part des PUMGA dans la population des urgences, la période d'inclusion des dossiers a été déterminée entre le 11 juin 2012 à 00 heure 00 minute et le 05 août 2012 à 23 heures 59 minutes¹.

Les critères d'inclusion étaient les mêmes que pour la phase rétrospective hormis le code de l'UF qui avait changé entre-temps et était devenu 5908. Les critères d'exclusion étaient également identiques à ceux de la phase rétrospective.

Un questionnaire (cf. annexe E) était proposé à la population cible, et en cas d'acceptation, il leur était remis par le médecin junior ou sénior pour être rempli avant la

¹ Détail du calcul au chapitre 5.1.2.

sortie du service. Dans les quinze jours précédant le début de l'étude, une information a été délivrée à l'ensemble de l'équipe (médecins et internes du service des urgences et du SMUR), pour qu'ils puissent expliquer aux patients l'intérêt de remplir le questionnaire.

Les patients ont été inclus dans l'étude de manière séquentielle. Ceux dont le questionnaire n'était pas rempli, et dont le refus n'était pas mentionné dans le dossier, étaient ensuite contactés par téléphone. Dans le mois suivant leur passage, ils ont été appelés à quatre reprises maximum, dont une après 18 heures ou le samedi matin. Au delà, les patients qui n'avaient pu être joints ont été considérés comme non répondants. Les personnes ayant répondu au questionnaire seront, dans la suite de notre travail, appelées « Répondants ».

Nous avons recueilli les éléments suivants à partir des requêtes du progiciel (données exportées) :

- « Patient » / « age en année »,
- « Patient » / « sexe »,
- « Patient » / « nom de la ville »,
- « Informations de passage » / « date d'arrivée »,
- « Informations de passage » / « date de sortie »,
- « Informations de passage » / « date début prise en charge médicale »,
- « Numéro de dossier » (fourni automatiquement).

Les éléments qui ont été récupérés dans le dossier informatique des patients sont :

- priorisation CIMU,
- localisation de l'examen (PMA, filière courte, box),

- dossiers antérieurs¹.

Le questionnaire nous a permis d'obtenir les éléments suivants (cf. annexe E) :

- médecin traitant,
- catégorie socio-professionnelle,
- couverture sociale, régime général ou spécial, Couverture Maladie Universelle (CMU), assurance complémentaire santé ou Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), Affection de Longue Durée (ALD),
- motif de consultation,
- durée d'évolution des troubles,
- contact préalable avec le médecin,
- automédication,
- motif de choix des urgences,
- satisfaction.

Pour une meilleure lisibilité, les motifs de consultation ont été classés selon la classification de la Société Française de Médecine d'Urgence ou SFMU (cf. annexe F).

Suite aux premiers questionnaires remplis, la réponse à la question « Pourquoi avez-vous choisi les urgences ? » : « après conseil d'un médecin » a été reformulée en « après conseil d'un professionnel de santé ».

La dernière réponse au questionnaire était libre. Peu de patients ont répondu, et les réponses obtenues n'ont pas été exploitables.

¹ L'antériorité des données est limitée au 02/02/06, date de début d'utilisation du progiciel dans le service.

4.2. Traitement des données

4.2.1. Critères de jugement

4.2.1.1. Critères de jugement principaux

Les critères de jugement sont : le nombre des PUMGA, leur profil socio-démographique et leur parcours.

4.2.1.2. Critères de jugement secondaires

Les critères retenus sont les délais de prise en charge, les temps de prise en charge, le nombre de patients « partis sans attendre », la satisfaction exprimée par les patients.

4.2.2. Étude statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées sur openoffice.org.calc® 3.4.1 et à l'aide de l'outil statistique en ligne BiostaTGV (INSERM).

La méthodologie statistique a été validée par le département de biostatistiques de l'unité de formation et de recherche de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Nous avons procédé à une analyse descriptive des variables. Les données des PUMGA ont été comparées avec celles des répondants, mais aussi avec l'ensemble des usagers des urgences et à la population départementale.

Les variables quantitatives ont été comparées par test t de Student et les variables

qualitatives par test du Khi². Pour la réalisation de ces tests, des regroupements ont été réalisés afin de remplir les critères de validité. Pour les petits effectifs, des tests non paramétriques de Fisher ont été effectués.

Le seuil de signification retenu est de 0,05.

4.3. Considérations légales et éthiques

Les patients étaient informés de l'étude menée, de son caractère facultatif et de l'anonymat des réponses. Ils étaient libres d'y participer. Leur accord est tacite à partir du moment où ils ont accepté de répondre. Les données des patients non répondants ne concernaient que des données à visée statistique et ne comportaient pas d'informations personnelles.

Le recueil des données a été fait à partir du logiciel ResUrgences®. Les numéros de dossier nous ont permis dans un premier temps de contacter les patients. Puis l'ensemble des données collectées a été regroupé dans un fichier et un nouveau numéro d'anonymat a été attribué. Cette codification était indépendante de l'identité des patients, de leur numéro de sécurité sociale et de toute information susceptible de les identifier. Nous avons pris contact avec le correspondant de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) qui nous a confirmé l'absence d'obligation de déclaration d'un tel fichier à la CNIL.

5. Résultats

5.1. Phase rétrospective de l'étude

5.1.1. Détermination de la proportion de PUMGA au sein de la population des urgences

Le nombre de PUMGA sur cette première phase d'étude est de 209 patients (cf. tableau 1) alors que 2 313 passages ont été enregistrés au cours de cette période (110,14 patients par jour). Les PUMGA représentent 9,03 % de l'activité globale.

Tableau 1 : Nombre de dossiers issus des différents critères d'inclusion

Étapes successives de tri	Requête CCMU 1	Requête CCMU 2
1 ^{ère} étape ^{1.}	157	1508
2 ^{ème} étape ^{2.}	109	423
3 ^{ème} étape ^{3.}	89	340
4 ^{ème} étape ^{4.}	89	192
5 ^{ème} étape ^{5.}	58	151
Nombre total de PUMGA	209	

1. Résultats de la requête dans ResUrgences®

2. Suppression des dossiers des patients ayant eu des examens complémentaires

3. Suppression des dossiers des patients dont la destination de sortie est autre que « retour à domicile », « médecin traitant » ou « consultation »

4. Suppression des dossiers après vérification de la réalisation d'acte(s) thérapeutique(s)

5. Suppression des dossiers des patients adressés.

Source CHAUDET 2013

Aucun des dossiers des patients issus des requêtes « CCMU » 3, 4, 5, P et D ne correspondait à nos critères d'inclusion. Parmi les dossiers des patients évalués de gravité 2 de la CCMU, 10 % correspondaient. Ces 151 patients représentent 72,25 % des PUMGA.

5.1.2. Calcul de la période d'inclusion

Le nombre de patients requis avec un intervalle de confiance à 95 % et une précision de 5 % était de :

$$n = 1,96^2 * 0,0903 * (1-0,0903) / 0,05^2 = 126,23 \text{ patients}$$

Avec une marge de sécurité de 5 %, un nombre de PUMGA de dix par jour, et un taux de réponse de 50 %, le recueil de données a été estimé à 26,5 jours. Nous avons donc fixé la durée de recueil à quatre semaines complètes (28 jours) pour chaque période : temps scolaire et vacances.

5.1.3. Pertinence de la priorisation CIMU 5 comme critère d'inclusion

Parmi l'ensemble des patients priorisés CIMU 5, donc ne devant pas requérir d'acte diagnostique ou thérapeutique, 90 % environ en ont bénéficié. Près de 15 % avaient un état clinique instable, et le pronostic vital a été engagé pour trois d'entre eux (cf. tableau 2).

Tableau 2 : CCMU des patients dont l'évaluation CIMU est 5, du 02 au 22 janvier 2012

Niveau de la CCMU	Nombre de patients	En % de l'ensemble
CCMU 1	57	10,48 %
CCMU 2	406	74,63 %
CCMU 3	75	13,79 %
CCMU 4	2	0,37 %
CCMU 5	1	0,18 %
CCMU P	3	0,55 %
Total	544	100 %

Source CHAUDET 2013

5.2. Phase prospective de l'étude

5.2.1. Nombre de PUMGA et nombre de répondants

Au cours de la période du 11 juin au 05 août 2012, nous avons inclus 557 PUMGA alors que l'on a dénombré 6 373 passages au total (113,8 passages par jour). Cela représente 8,74 % de l'activité globale.

Lors de leur passage aux urgences 89 patients ont répondu au questionnaire. Nous en avons exclu 15 qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Parmi les 483 patients qui n'avaient pas répondu initialement, 87 n'ont pu être contactés faute de numéro de téléphone. Nous avons appelé les 396 autres patients. Nous en avons joint 281, qui ont tous accepté de répondre.

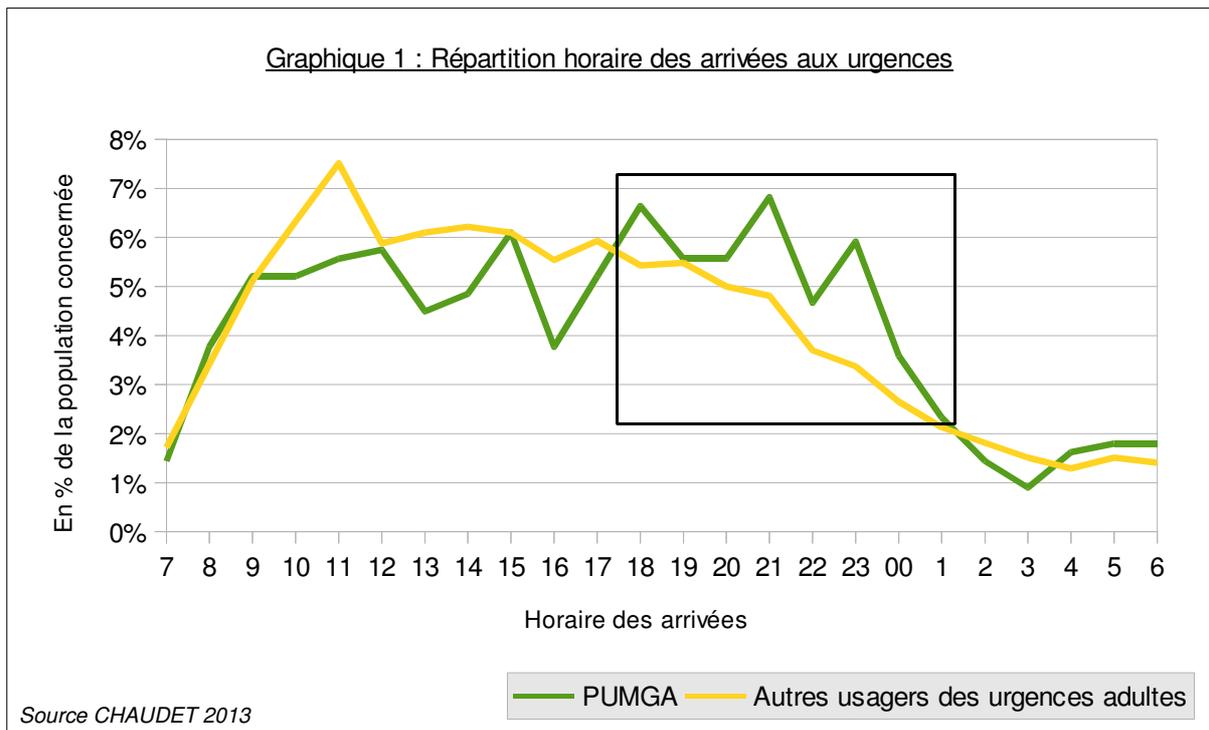
Au total, 355 questionnaires ont été remplis soit un taux de répondants de 63,73 %.

5.2.2. Part des PUMGA dans l'activité des urgences

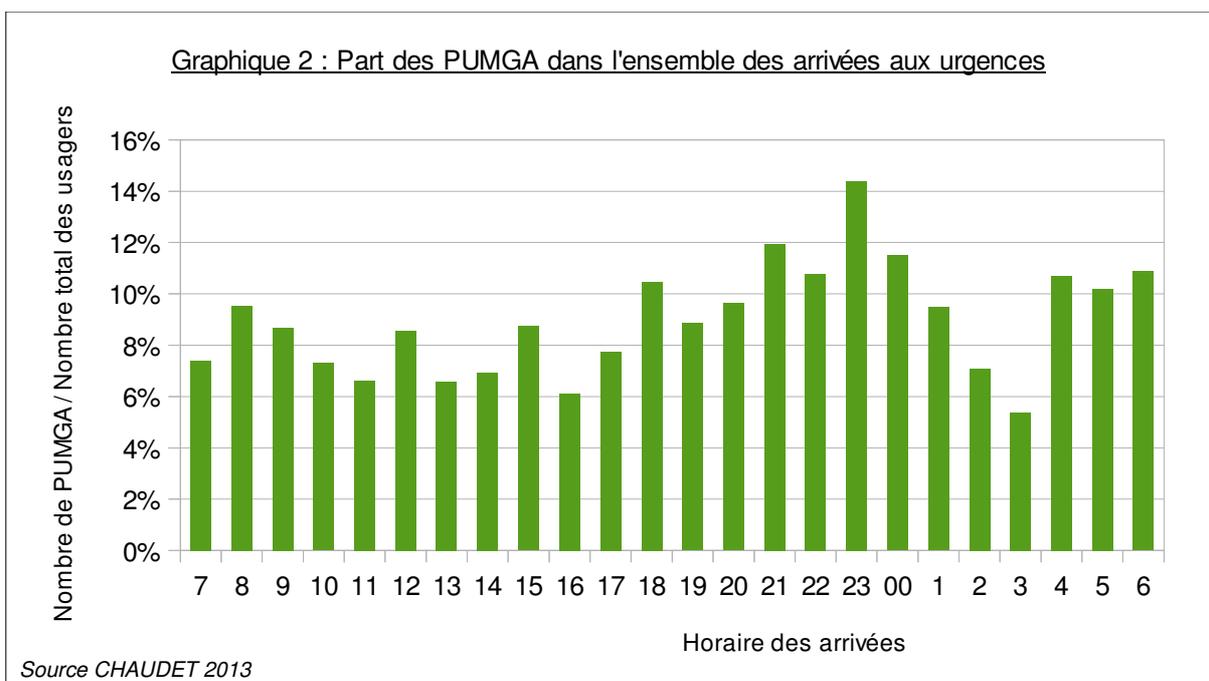
5.2.2.1. Part des arrivées par heure

Le nombre de PUMGA arrivant par heure ne diffère pas de 8h à minuit :

- 0,515 PUMGA/heure de 8h à 20h,
- 0,57 PUMGA/heure de 20h à minuit (cf. graphique 1).



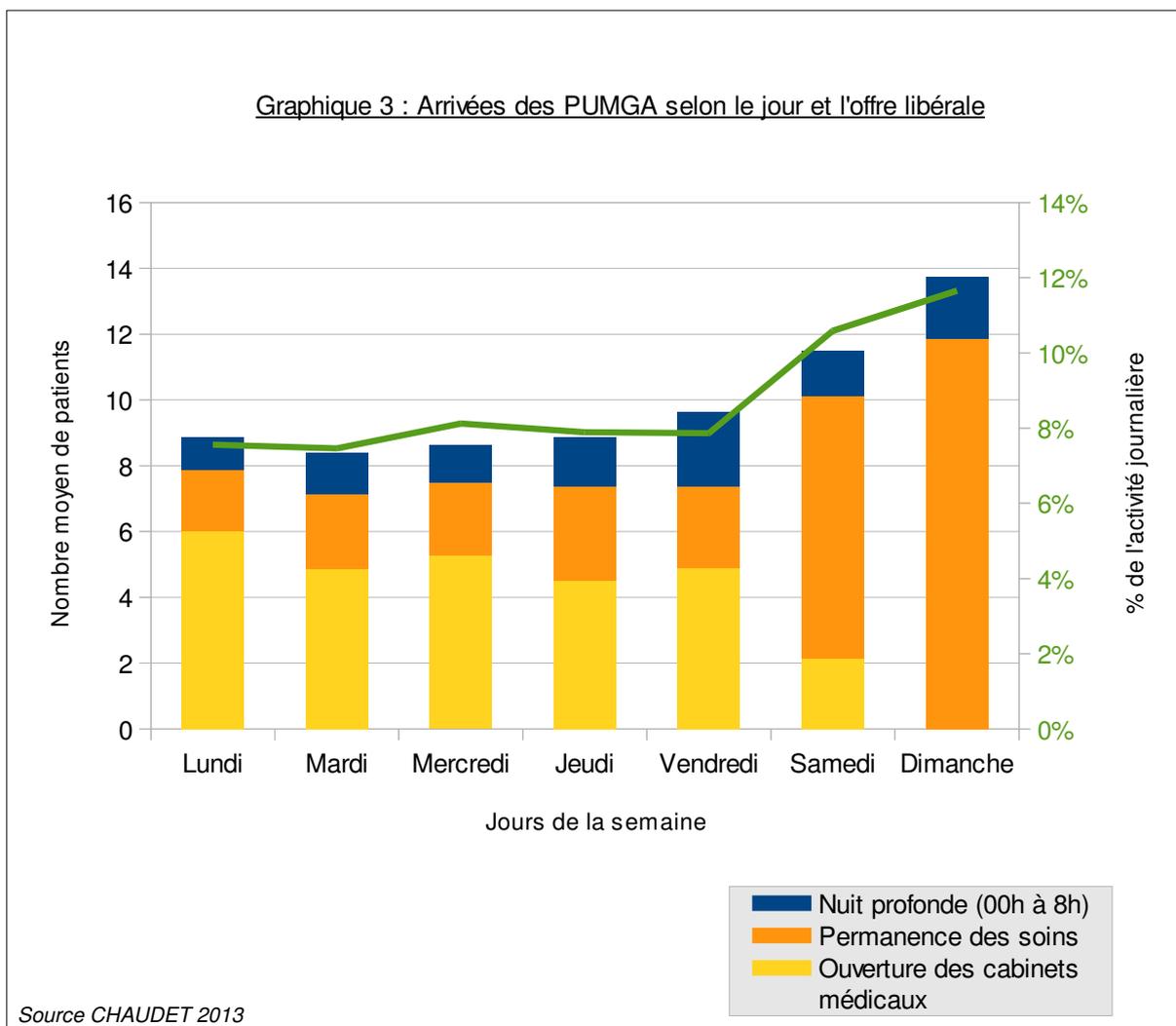
Les PUMGA représentent une part significativement plus importante de l'activité en soirée (cf. encadré du graphique 1 et graphique 2) : 11,5 % en moyenne consultent entre 20 heures et minuit, et 7,9 % en moyenne en journée (p=0,00014).



5.2.2.2. Part des arrivées par journée

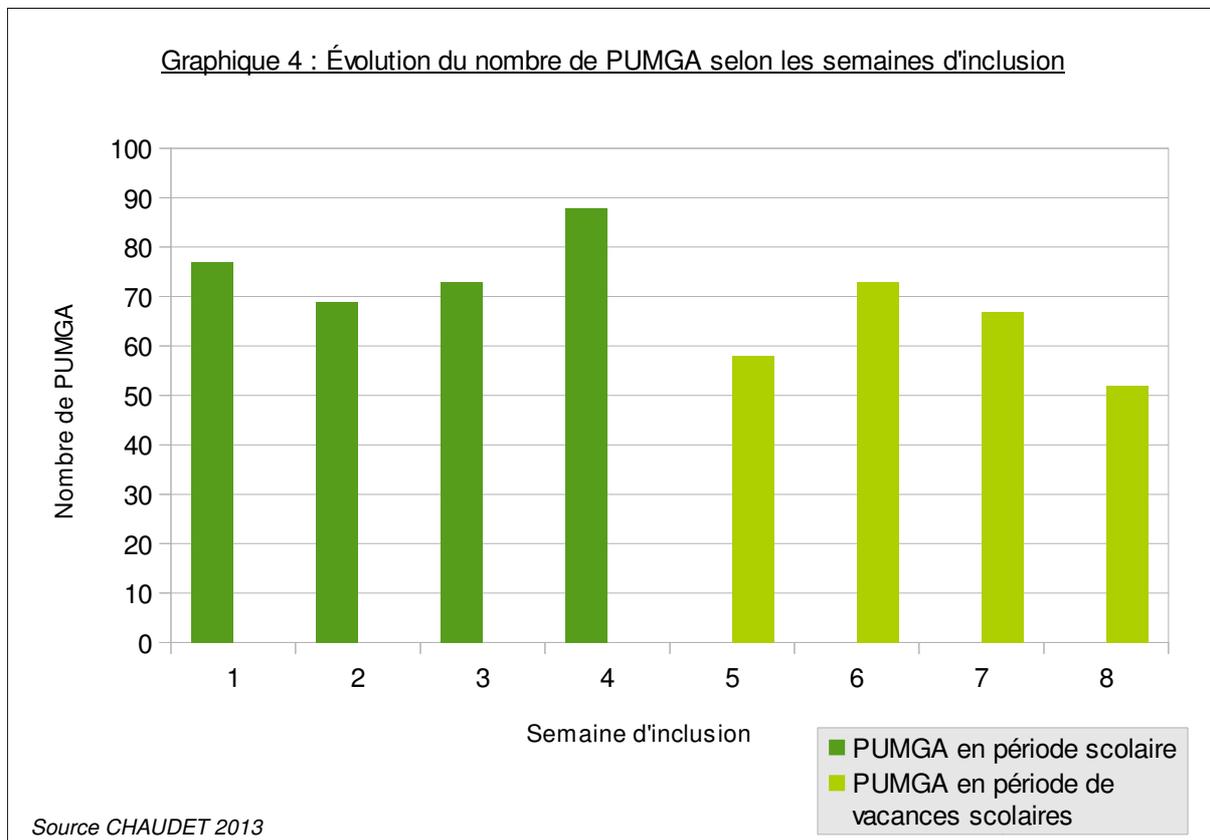
Les PUMGA représentent une part de l'activité significativement plus importante le week-end que la semaine (cf. graphique 3) : 11,1 % de l'ensemble des passages le week-end et un peu moins de 8 % en semaine ($p=1,8.10^{-5}$).

Ils sont près de 85 % à consulter alors qu'il existe une offre alternative en médecine ambulatoire (40 % pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et 45 % pendant la permanence des soins).



5.2.2.3. Évolution du nombre de PUMGA par période d'activité

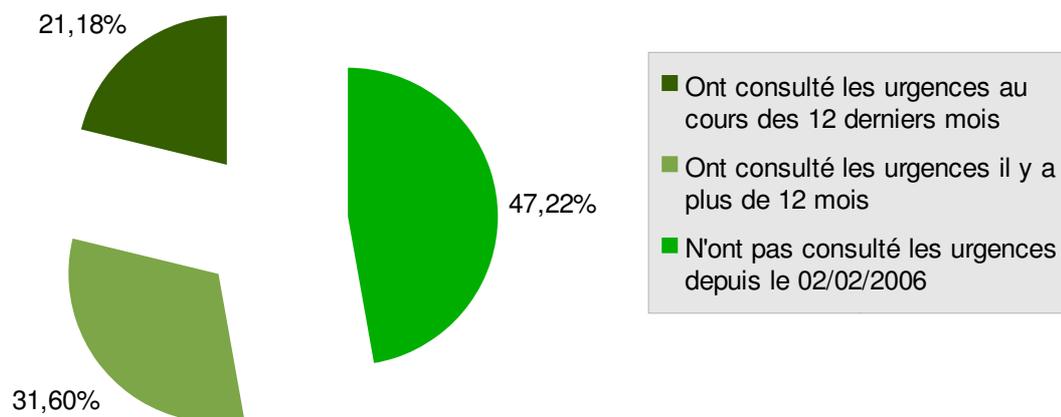
Le nombre de PUMGA diminue significativement de 18,5 % ($p=0,035$) pendant les vacances scolaires (cf. graphique 4).



5.2.3. Habitude de fréquentation du service des urgences du CHU de Poitiers

Ils sont un peu plus de la moitié à avoir déjà consulté le service des urgences adultes, pour eux mêmes, au cours des six dernières années. Ils ne sont qu'un peu plus de 20 % à l'avoir fait durant les douze derniers mois (cf. graphique 5).

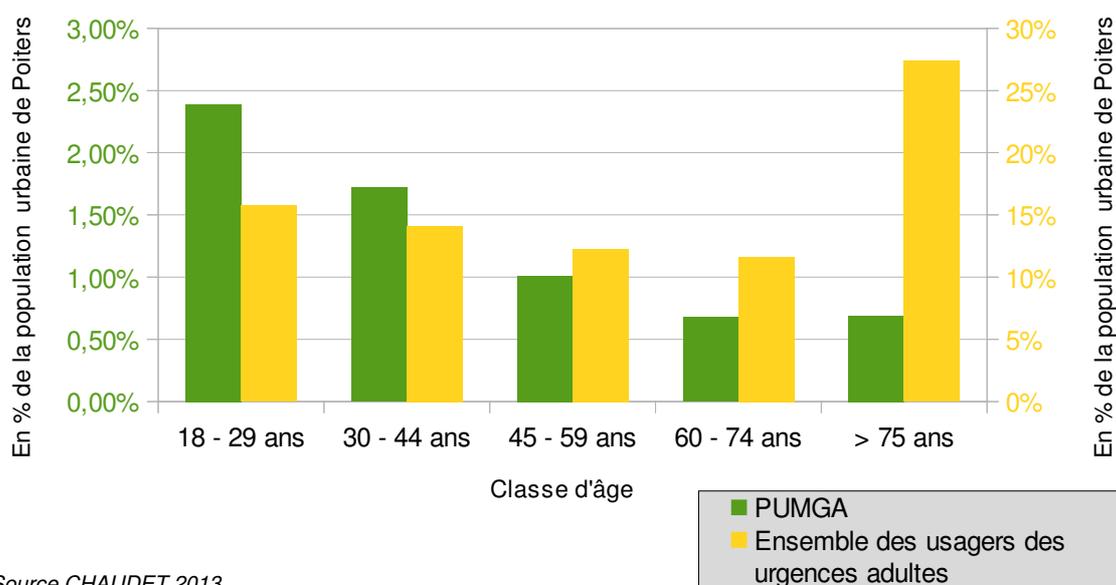
Graphique 5 : Répartition des PUMGA selon l'existence d'une consultation antérieure aux urgences



Source CHAUDET 2013

En extrapolant le nombre de PUMGA sur une année, et en le rapportant à la population urbaine de Poitiers¹, c'est entre 0,7 % et 2,4 % d'une classe d'âge qui consultera dans l'année pour un motif relevant de la médecine générale ambulatoire (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Évaluation du taux de recours moyen aux urgences, sur une année selon la classe d'âge



Source CHAUDET 2013

¹ La population urbaine de Poitiers est définie par l'INSEE, en prenant en compte les déplacements liés à l'activité professionnelle.

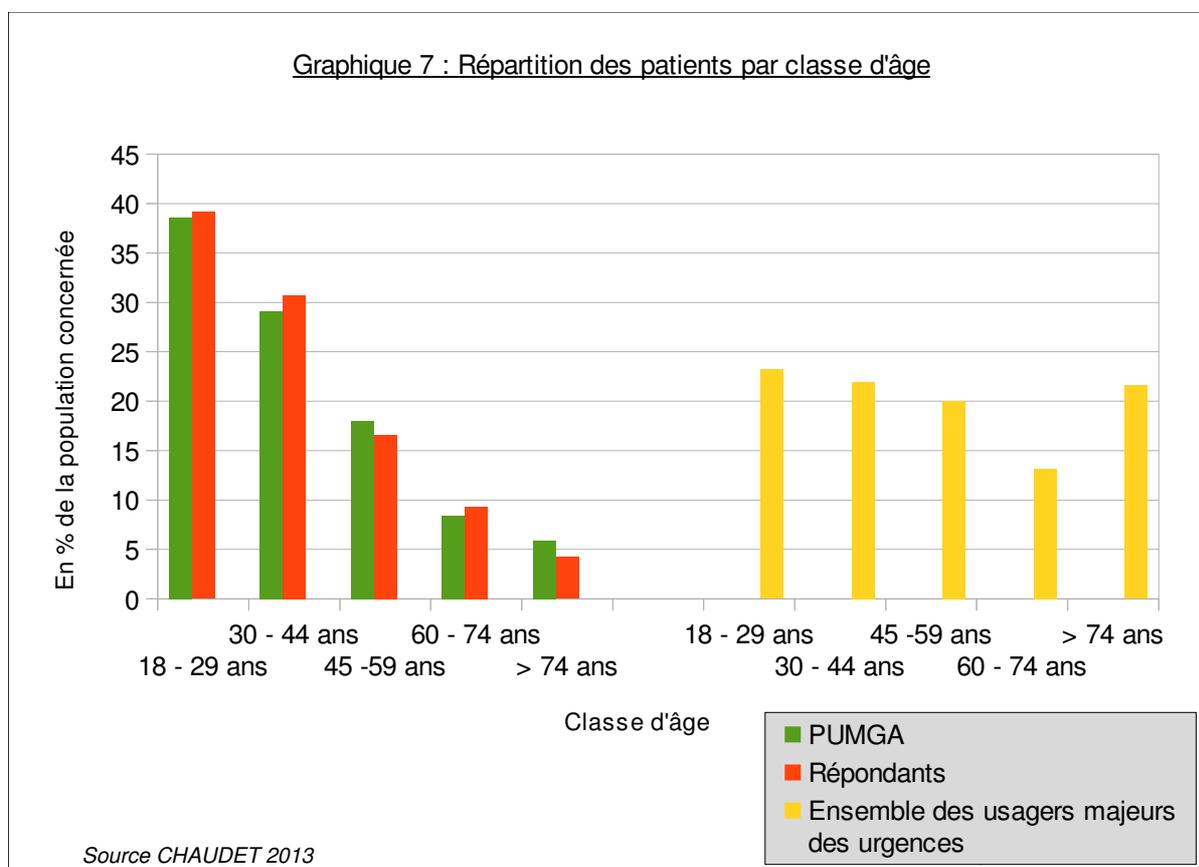
5.2.4. Profil socio-démographique des PUMGA

5.2.4.1. Répartition par sexe et âge

Les PUMGA se distinguent des autres usagers des urgences par une sur-représentation des classes d'âge les plus jeunes (cf graphique 7). Ils sont 75 % à avoir moins de 50 ans avec un âge moyen de 39,19 ans. Ils comptent 296 hommes pour 261 femmes (sex ratio : 1,13).

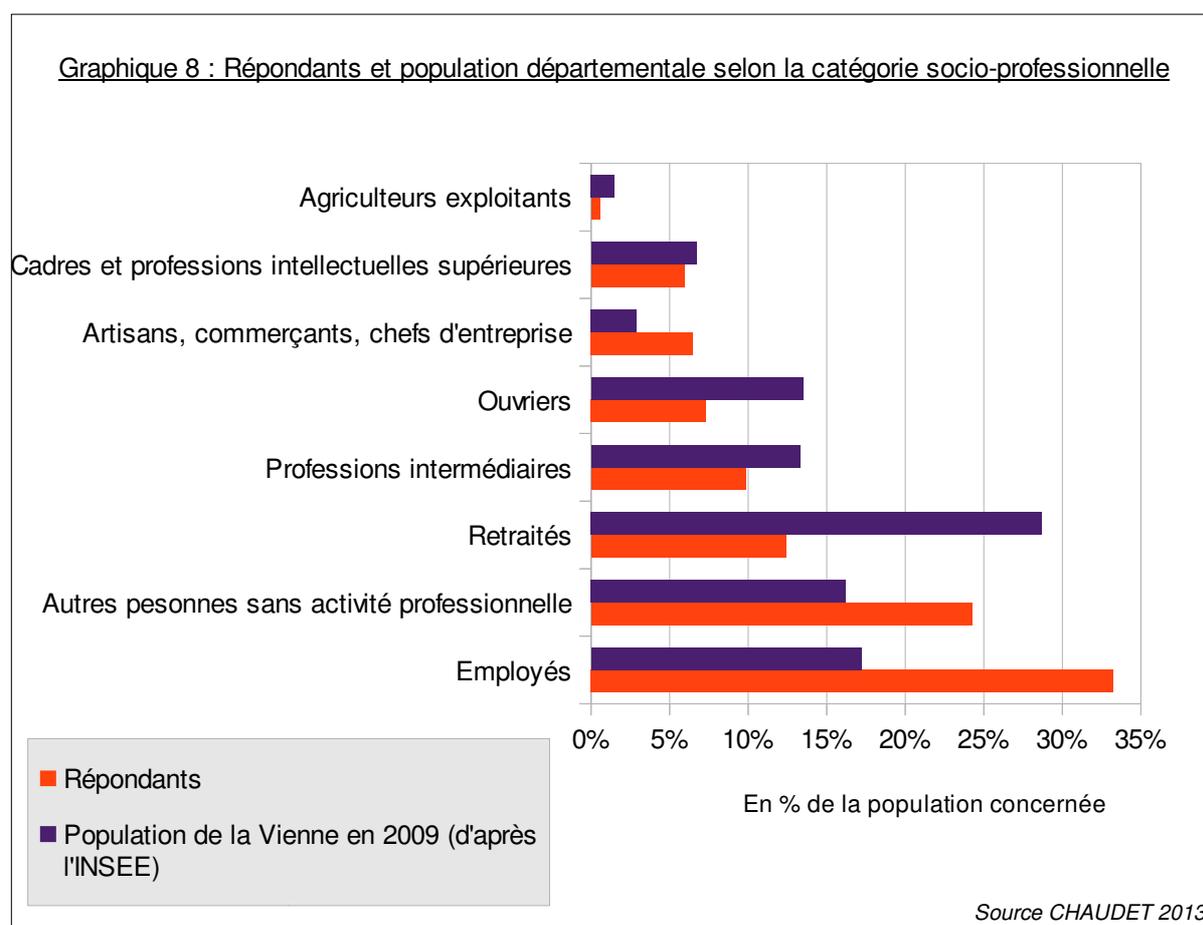
Les répondants ont un âge moyen de 37,59 ans et comptent 190 hommes pour 165 femmes (sex ratio : 1,15). Ils ne sont pas significativement différents des non répondants pour l'âge ($p=0,195$) et pour le sex ratio ($p=0,142$).

L'ensemble des patients majeurs des urgences sur la même période a un âge moyen de 50,81 ans et un sex ratio de 1,21.



5.2.4.2. Répartition par catégorie socio-professionnelle

Les catégories « Employés », « Sans profession » et « Artisan, commerçant, chef d'entreprise » sont sur-représentées au regard de leur poids dans la population totale du Département de la Vienne. Ils concernent 64 % de l'ensemble des répondants (cf. graphique 8). Les retraités sont sous-représentés (12 % contre 29 % dans la population départementale).

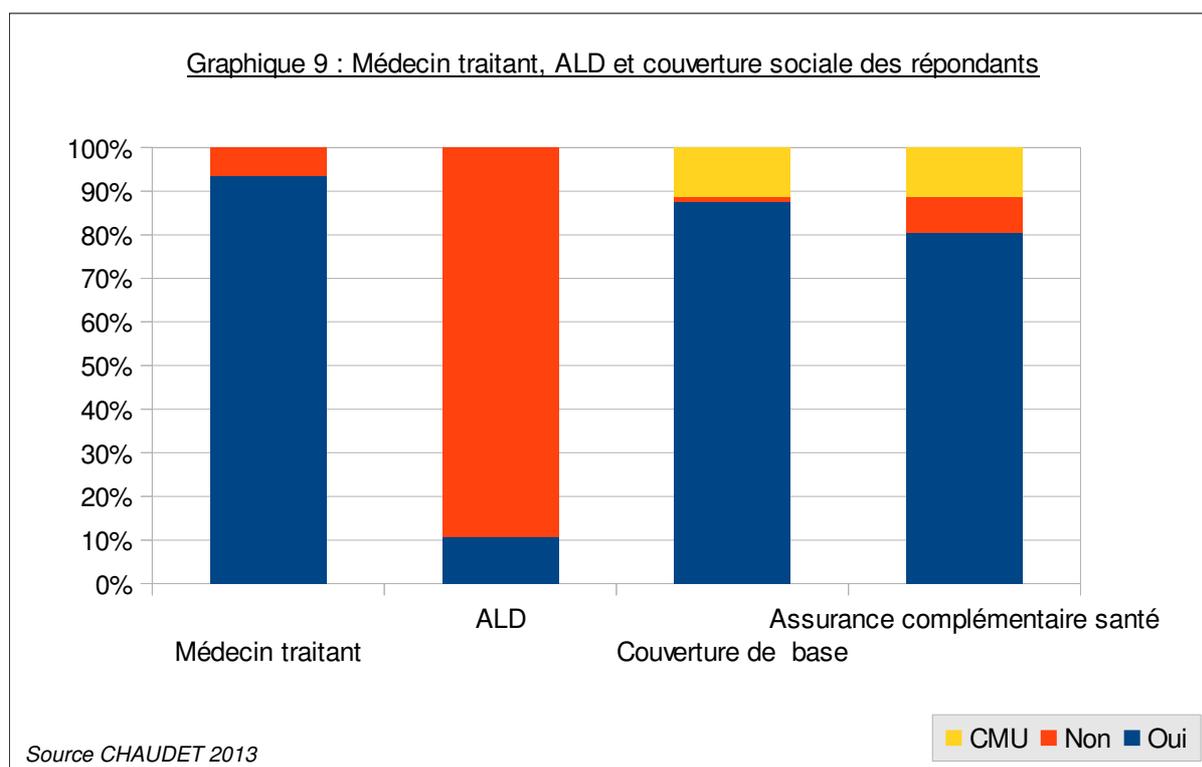


5.2.4.3. Affiliation au système de soin

Les répondants sont 93,5 % à déclarer avoir un médecin traitant. Seuls 1,1 % ne possèdent pas de couverture de base (régime général, mutuelle sociale agricole, régime

social des indépendants, etc.). Ils sont 87,6 % à être affiliés à un régime de sécurité sociale et 11,3 % à posséder la CMU (cf. graphique 9).

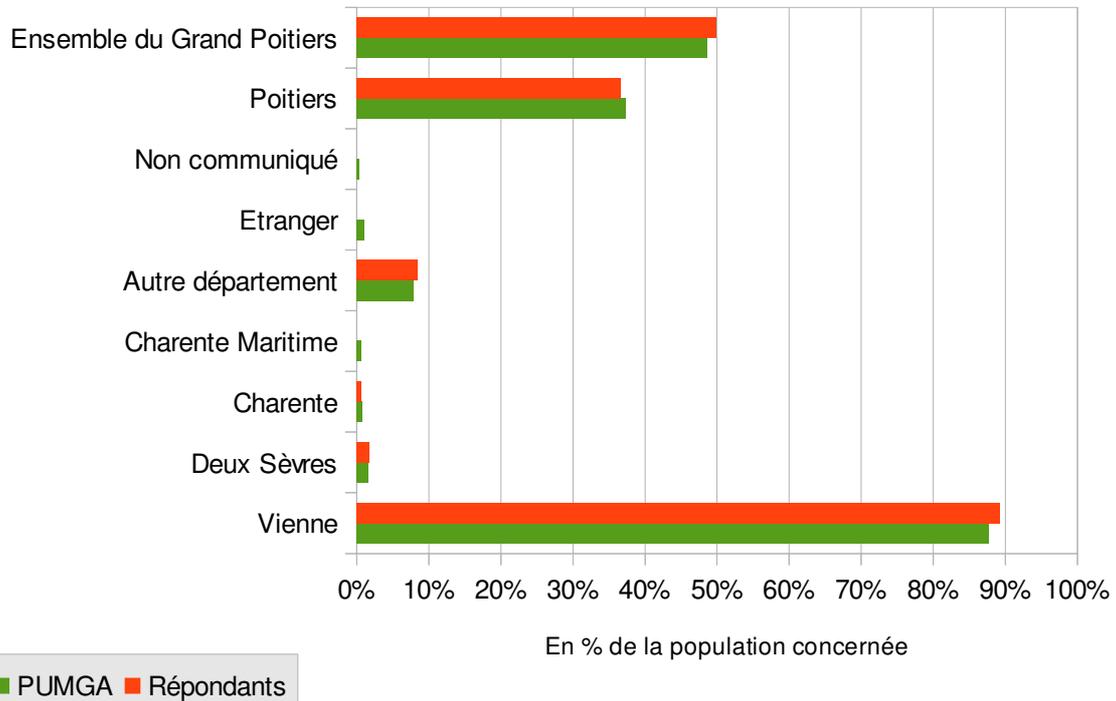
Ce sont 8,4 % des répondants qui n'ont pas d'assurance complémentaire santé déclarée (80,3 % ont une assurance privée et 11,3 % la CMU-C).



5.2.4.4. Domiciliation des PUMGA

Les PUMGA sont 88 % à habiter dans le Département de la Vienne (cf. graphique 10). Ils ne sont que 37 % à vivre à Poitiers, et 49 % dans le Grand Poitiers. Cette communauté d'agglomération représente 32,3 % de la population du département (INSEE, données 2010). Plus de 50 % des patients ne résident pas à proximité du CHU.

Graphique 10 : Lieu de résidence des PUMGA et des Répondants



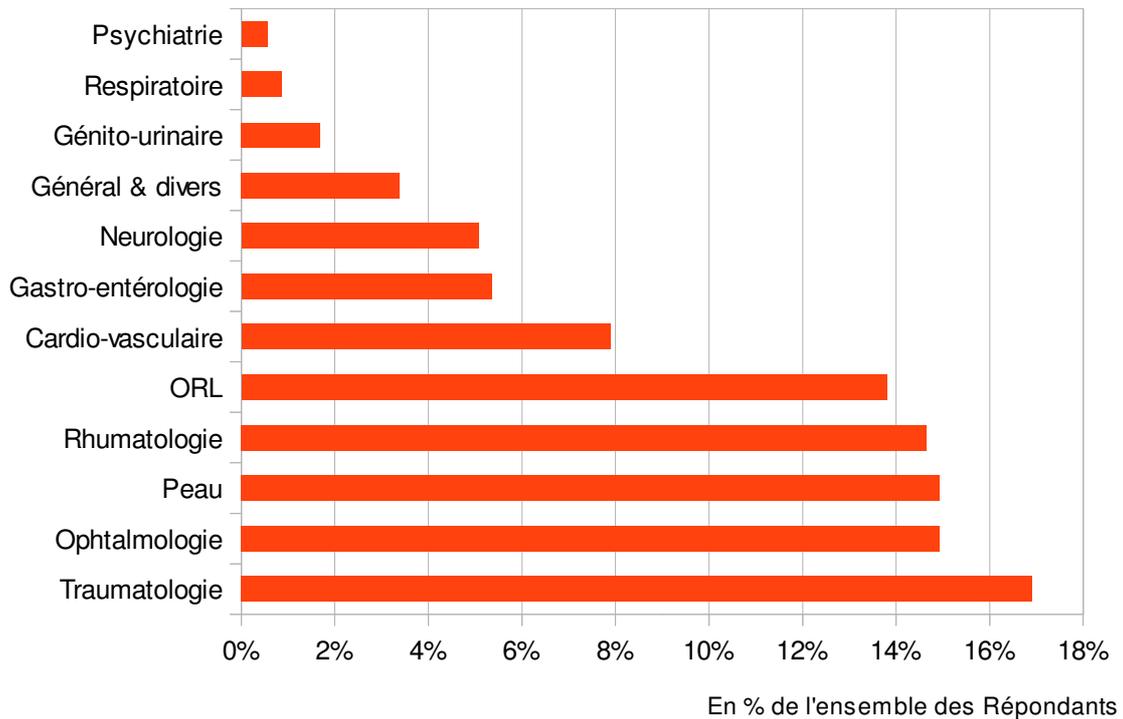
Source CHAUDET 2013

5.2.5. Parcours

5.2.5.1. Motif de recours selon la classification de la SFMU

Le premier motif de consultation évoqué est d'ordre traumatologique avec près de 17 % des répondants. Les causes ophtalmologiques, cutanés, rhumatologiques et ORL arrivent ensuite. Ces cinq motifs représentent 76 % des motifs de consultation des répondants (cf. graphique 11).

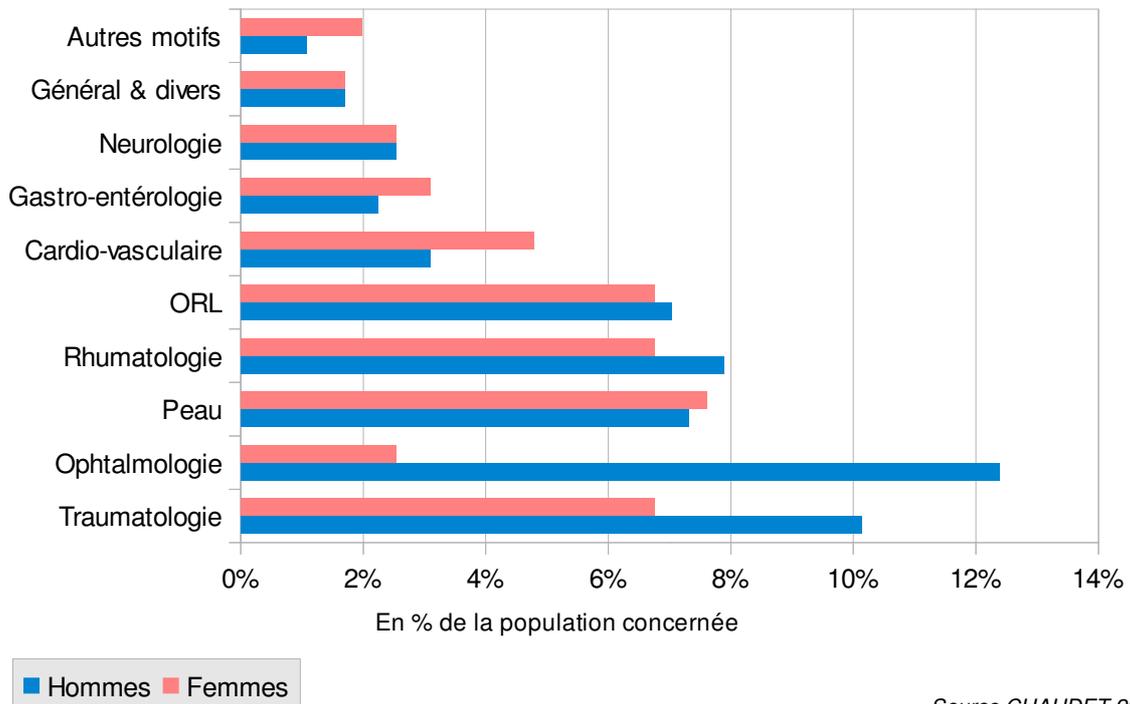
Graphique 11 : Motifs de consultation des répondants selon la classification de la SFMU



5.2.5.2. Motifs de recours selon le sexe

Le premier motif de consultation chez les femmes est un problème de peau. Les causes traumatologiques, rhumatologiques et ORL arrivent à égalité en second motif. Les hommes, eux, consultent préférentiellement pour des motifs traumatologiques ou ophtalmologiques (cf. graphique 12). La différence entre les sexes est significative pour le motif ophtalmologique ($p=1,23.10^{-5}$). Elle s'explique par les traumatismes oculaires qui concernent 23 des 44 motifs ophtalmologiques chez les hommes et aucun des neuf motifs ophtalmologiques chez les femmes ($p=0,0034$).

Graphique 12 : Motifs de consultation selon le sexe des Répondants

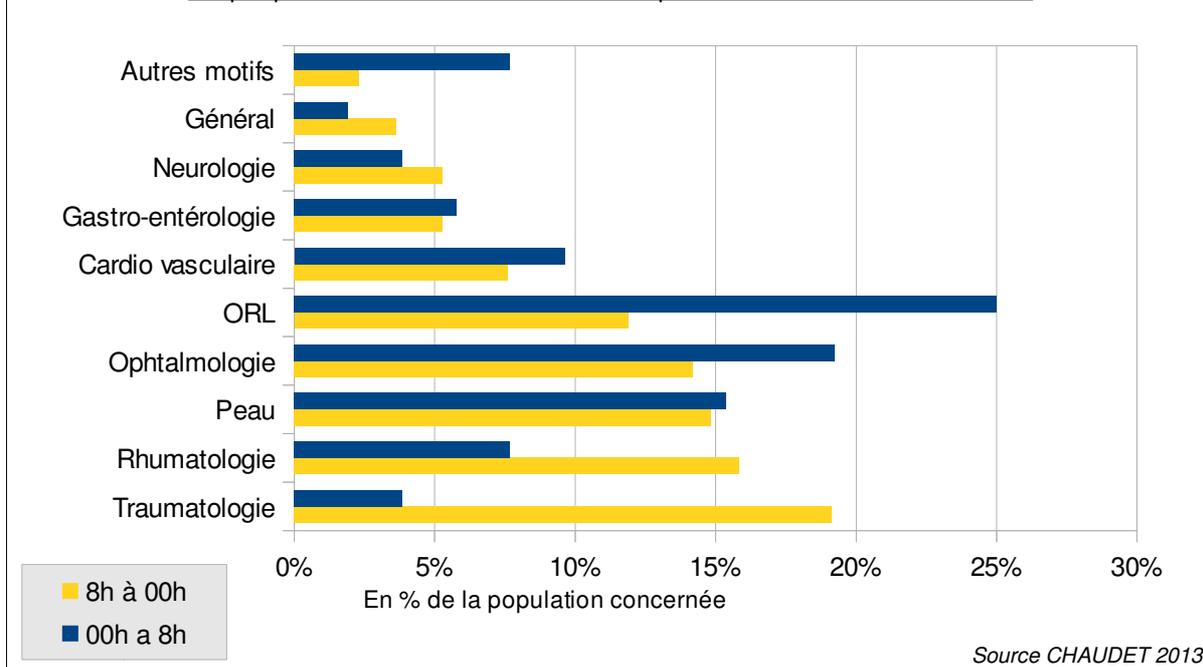


5.2.5.3. Motifs de recours selon l'horaire de consultation

Les patients consultant après minuit, viennent majoritairement pour des motifs ORL (25 %) ou ophtalmologiques (19,23 %), très rarement pour un souci d'ordre traumatologique (3,85 % des motifs). En journée, les causes traumatologiques et rhumatologiques se distinguent très nettement (cf. graphique 13).

Les motifs qui sont significativement différents en nuit profonde par rapport au reste du temps, sont la traumatologie ($p=0,0064$) et l'ORL ($p=0,012$). Ce dernier s'explique par une plus grande prévalence des angines (cinq sur 13 la nuit et trois sur 36 le jour, $p=0,022$).

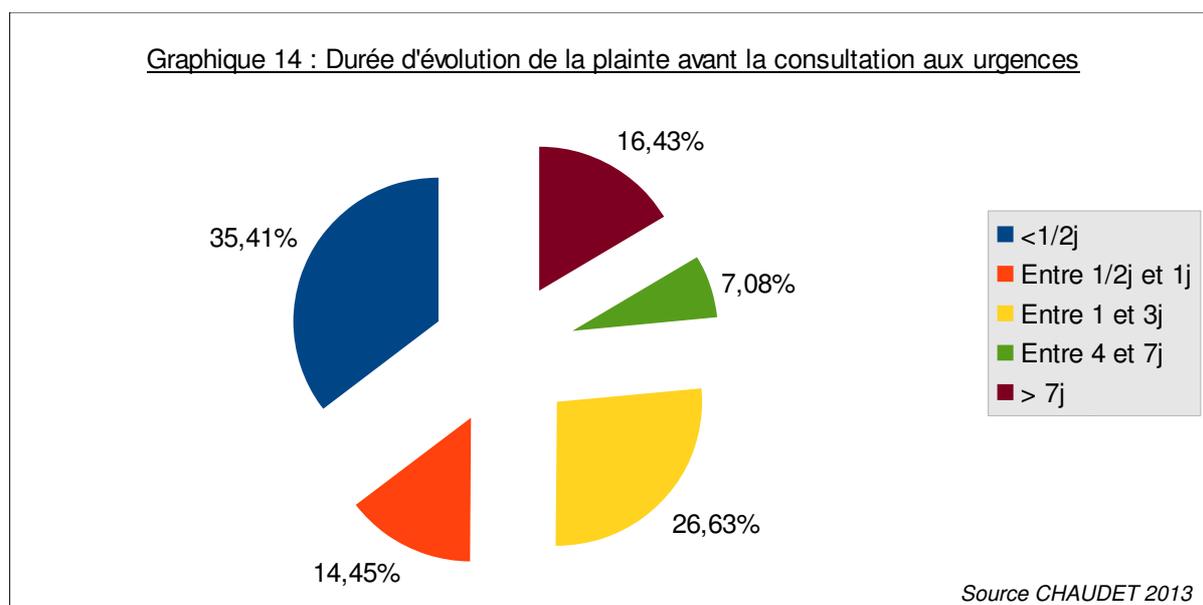
Graphique 13 : Motifs de recours des Répondants selon l'horaire d'arrivée



5.2.5.4. Délai entre le début du trouble et la consultation aux urgences

Seuls 50 % des PUMGA viennent dans les premières vingt quatre heures. Ils sont près d'un quart à venir après trois jours d'évolution. Un sur six vient alors que la plainte évolue depuis plus d'une semaine (cf. graphique 14).

Graphique 14 : Durée d'évolution de la plainte avant la consultation aux urgences

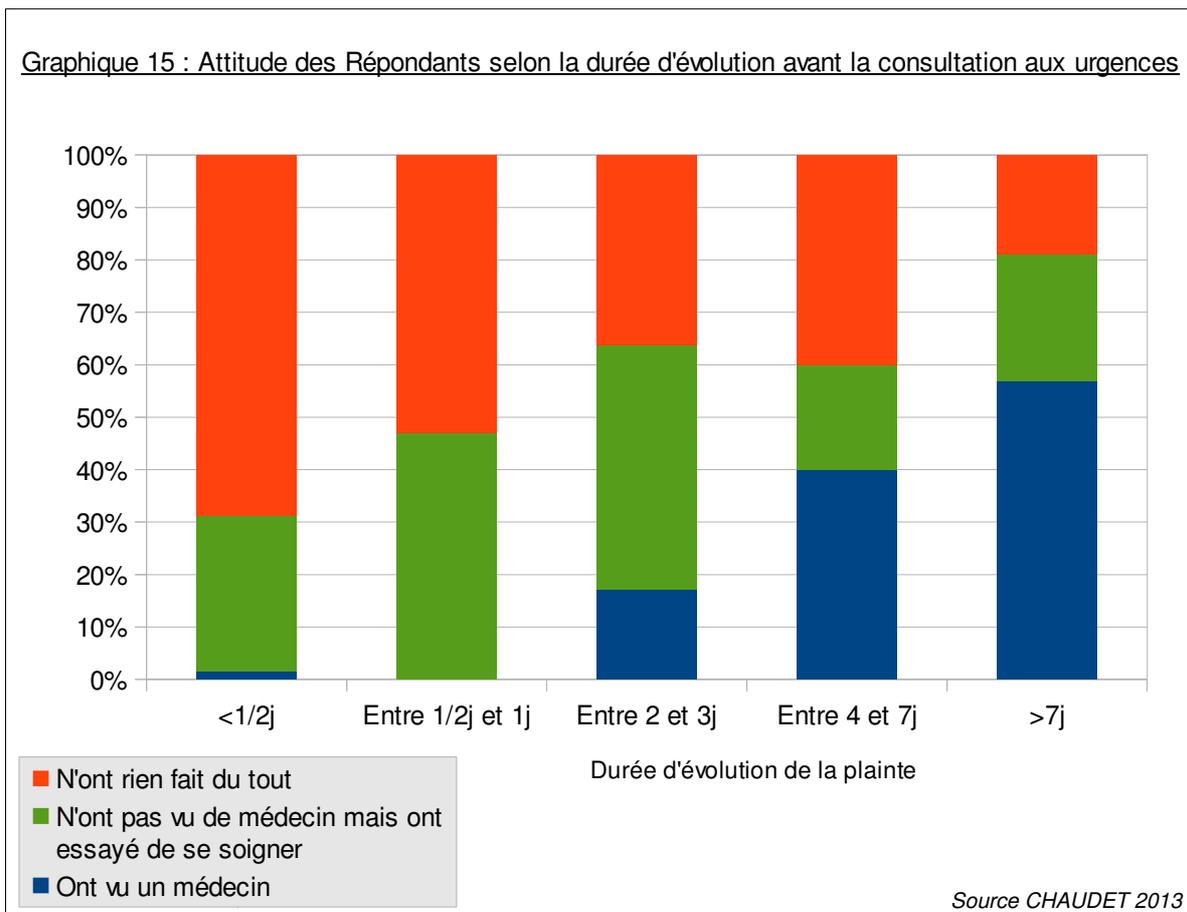


5.2.5.5. Prise en charge du trouble avant la venue aux urgences

Lorsque la plainte évolue depuis une demi-journée, 25 % des répondants ont pratiqué une automédication (cf. graphique 15). Ils sont 50 % quand ce délai est d'une journée. La consultation préalable avec un médecin intervient essentiellement après vingt quatre heures d'évolution mais ne concerne que 56 % des patients après sept jours. Chez ces derniers, la consultation avec le médecin remonte à plus d'une semaine pour 70 % d'entre eux (en moyenne treize jours).

Au total, seuls près de 20 % des répondants, se présentant aux urgences après un délai minimum de sept jours, n'ont ni consulté, ni tenté l'automédication auparavant.

Graphique 15 : Attitude des Répondants selon la durée d'évolution avant la consultation aux urgences



5.2.6. Motivations

5.2.6.1. Explication du choix des urgences

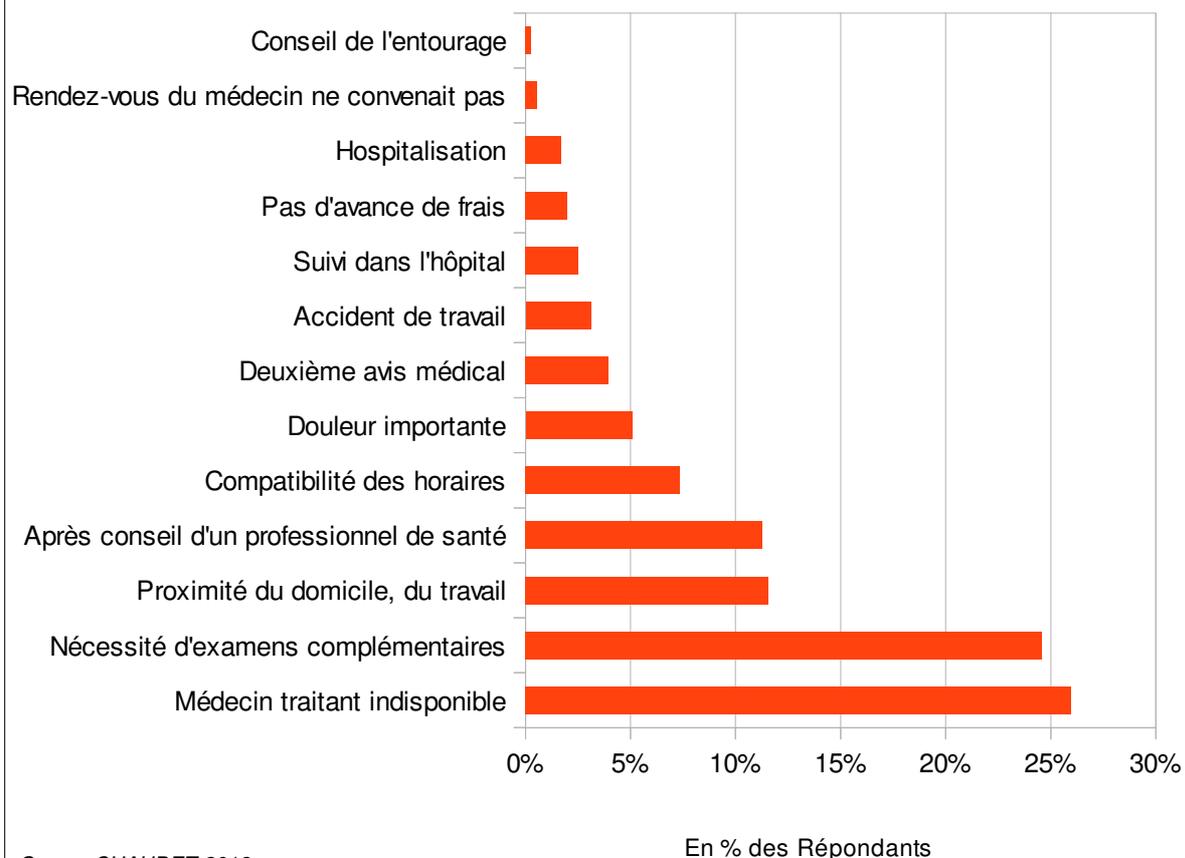
Les PUMGA choisissent de venir aux urgences essentiellement à cause de la spécificité et la disponibilité du plateau technique 24h/24h (pour obtenir des examens complémentaires, se faire hospitaliser, suite au conseil d'un professionnel de santé, pour traiter immédiatement la douleur). En effet 42,9 % des répondants citent ces motifs justifiant leur choix de venir aux urgences. L'indisponibilité du médecin traitant est quant à elle évoquée par 26 % des répondants (cf. graphique 16).

Le service des urgences n'est choisi par convenance personnelle (proximité de l'hôpital, horaires compatible avec l'activité, le rendez-vous du médecin qui ne convenait pas, la demande de papier administratif dans le cadre d'un accident du travail), que par 22,6 % des patients.

La dispense d'avance de frais ne concerne que 2 % des patients. Ce motif n'est exprimé que par un patient bénéficiant d'une couverture sociale complète. Les six autres répondants évoquant ce motif sont soit sans assurance complémentaire soit sans aucune couverture sociale.

La demande de second avis médical (4 %) et le suivi dans l'hôpital (2,5 %) sont des motifs rarement mentionnés.

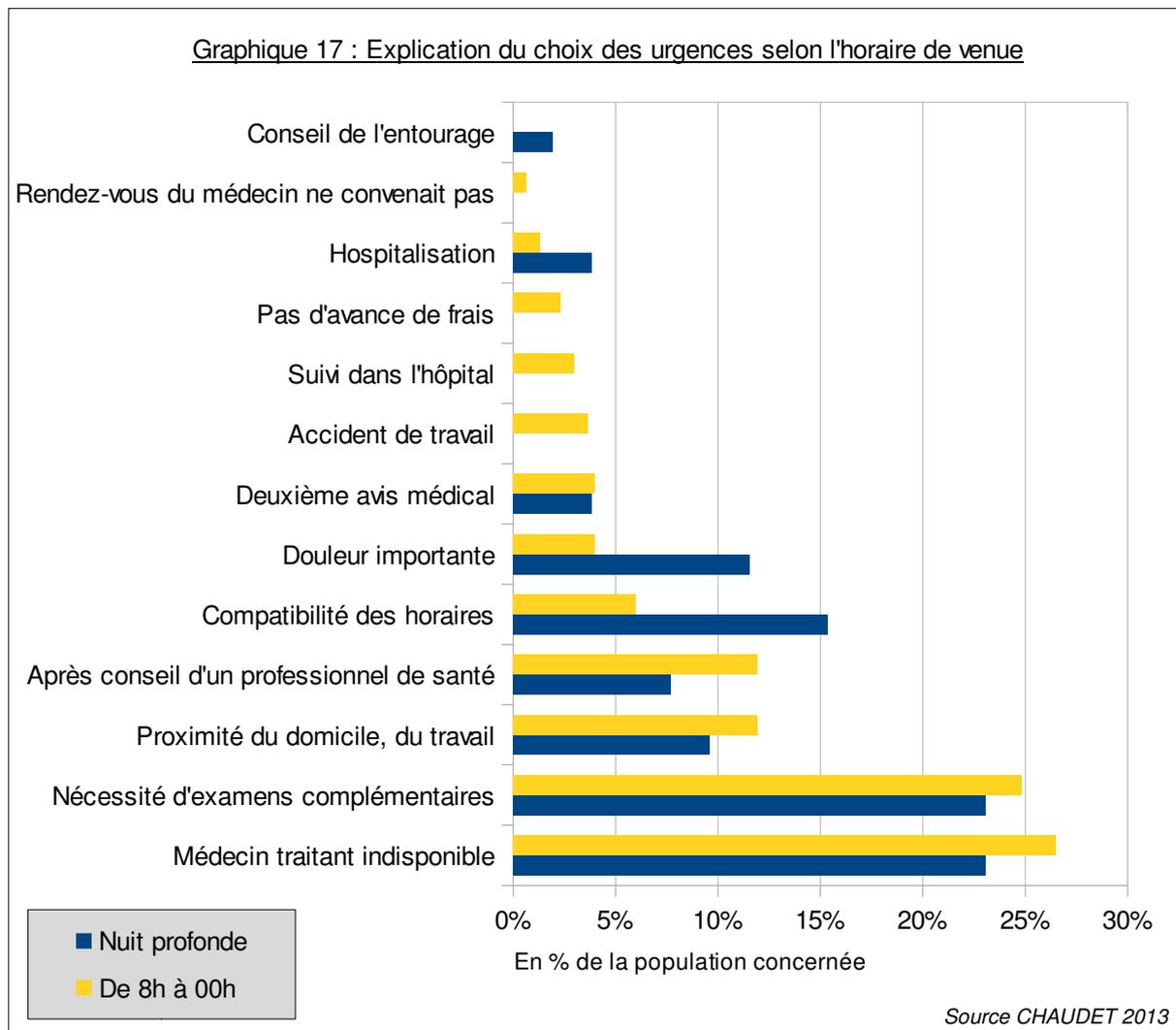
Graphique 16 : Explication du choix des urgences



L'explication du choix des urgences varie en fonction de l'ancienneté de la plainte. La consultation dans le cadre d'accident de travail n'intervient uniquement que dans les premières vingt quatre heures. L'indisponibilité du médecin, la douleur et la compatibilité des horaires concernent essentiellement les plaintes de moins de trois jours.

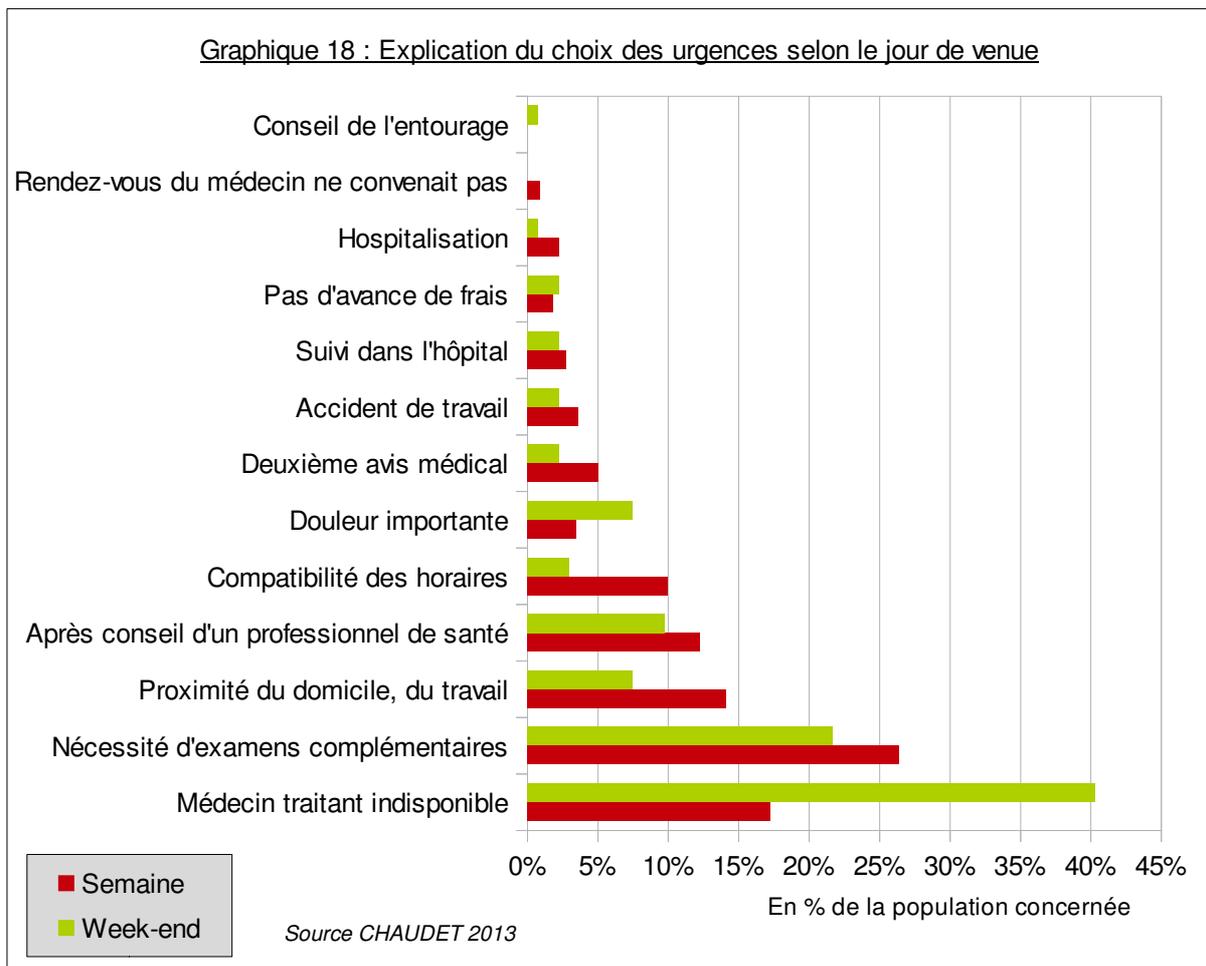
5.2.6.2. Explication du choix selon l'horaire d'arrivée

L'indisponibilité du médecin et la nécessité d'examens complémentaires restent les deux motifs principaux (cf. graphique 17), mais la douleur et la compatibilité des horaires sont trois fois plus souvent évoquées la nuit que le jour (différences significatives avec respectivement $p=0,022$ et $p=0,016$).



5.2.6.3. Explication du choix selon le jour de la semaine

Le week-end, l'indisponibilité du médecin traitant est citée plus souvent que la semaine (différence significative, $p=1,65.10^{-6}$) : 40 % des PUMGA consultant le week-end citent ce critère de choix, alors qu'il est évoqué par 17 % de ceux qui consultent la semaine (cf. graphique 18).



5.2.7. Évaluation des délais de prise en charge

Les répondants sont dans l'ensemble plutôt satisfaits des délais de prise en charge : 63,56 % les trouvent bons ou satisfaisants.

Tableau 3 : Évaluation des délais de prise en charge selon la durée d'attente

Durée d'attente avant la prise en charge médicale	Délais jugés bons	Délais jugés satisfaisants	Délais jugés moyens	Délais jugés mauvais	Total
Moins de 30 minutes (12,1 % des patients)	34,2 %	57,9 %	7,9 %	0,0 %	100,0 %
De 30 minutes à 1 heure (22,5 % des patients)	28,2 %	66,2 %	4,2 %	1,4 %	100,0 %
De 1 à 2 heures (34,3 % des patients)	28,7 %	39,8 %	21,3 %	10,2 %	100,0 %
Plus de 2 heures (31,1 % patients)	8,2 %	20,4 %	38,8 %	32,6 %	100,0 %

Source CHAUDET 2013

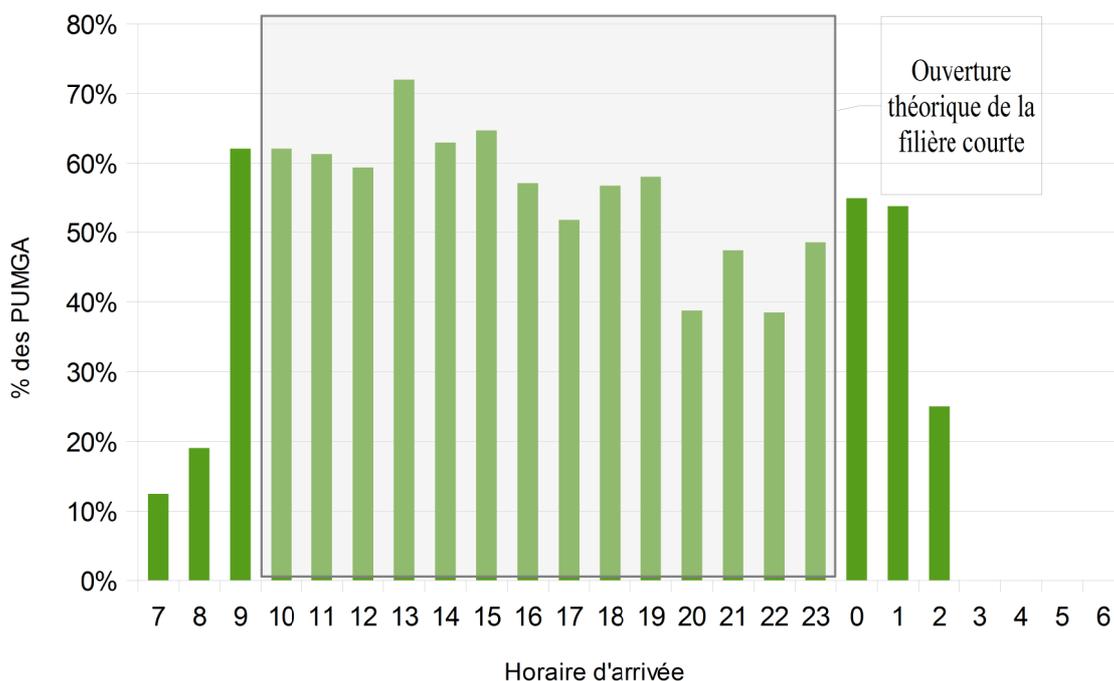
Au delà de deux heures d'attente le mécontentement est majoritaire : 68,5 % des patients sont globalement satisfaits (délais bons ou satisfaisants) lorsque le temps d'attente est de une à deux heures, alors que 71,4 % sont plutôt insatisfaits (délais moyens ou mauvais) après deux heures d'attente (cf. tableau 3).

5.3. La prise en charge des PUMGA

5.3.1. Lieu d'examen des PUMGA

Sur l'ensemble de la période d'étude, 279 PUMGA ont été examinés dans le secteur des box d'examen, 278 en filière courte. La proportion des PUMGA pris en charge dans ce dernier secteur, varie au cours des vingt quatre heures (cf. graphique 19). Ils sont 58 % à avoir été examinés en filière courte en journée (huit heures à vingt heures), 43,75 % en soirée (vingt heures à minuit) et 25,3 % la nuit (minuit à huit heures).

Graphique 19 : Part des PUMGA examinés en filière courte selon l'heure d'arrivée

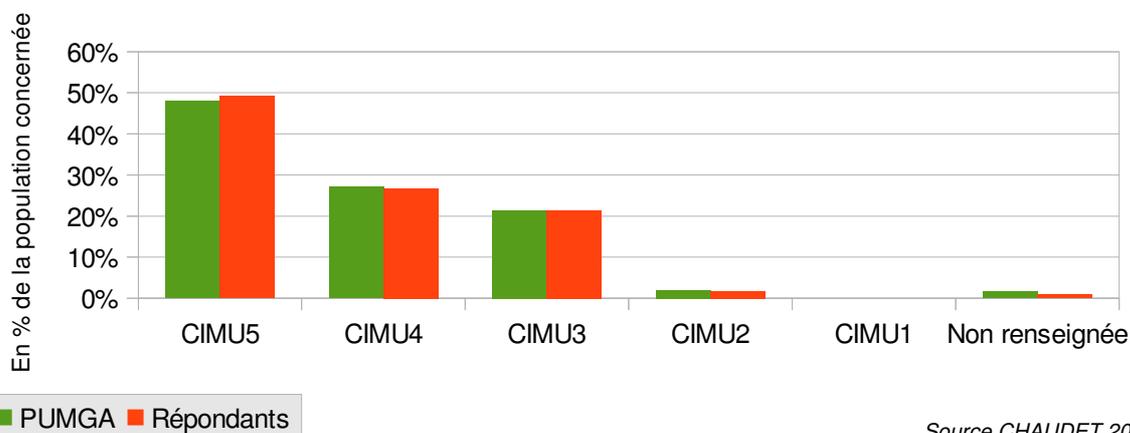


Source CHAUDET 2013

5.3.2. Évaluation initiale des PUMGA : CIMU

Les PUMGA sont 48 % à avoir été priorisés CIMU 5, c'est à dire stables et ne requérant pas d'examen complémentaire ou d'acte thérapeutique. Ils sont près d'un quart à être jugés instables, priorisés CIMU 3 ou 2 (cf. graphique 20).

Graphique 20 : Répartition CIMU des PUMGA et des Répondants



Source CHAUDET 2013

5.3.3. Comparaison des délais et temps de prise en charge entre le secteur

des box et la filière courte

La filière courte réduit de manière significative les délais ($p=1,5.10^{-4}$) et la durée ($p=7,5.10^{-5}$) de prise en charge des PUMGA (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Délai et durée moyens de prise en charge des PUMGA en filière courte et en box

	Filière courte	Secteur des box d'examen	Gain de temps apporté par la filière courte
Délai moyen de prise en charge (en minutes)	79,3	107	26,00 %
Durée moyenne de prise en charge (en minutes)	18,2	33,6	45,80 %

Source CHAUDET 2013

La répartition des PUMGA est sans différence significative entre le secteur des box et la filière courte, concernant :

- l'âge moyen ($p=0,4$ après vérification sur la table de Snedecor),
- la répartition par classe d'âge ($p=0,8$),
- les motifs de consultation ($p=0,31$),
- le sex ratio ($p=0,068$).

5.3.4. Délais de prise en charge des patients priorisés CIMU 1 et 2 avant et

après la mise en place de la filière courte

Nous avons comparé les délais de prise en charge des patients examinés pendant la période d'étude du 02 au 22 janvier (110 passages par jour avec une moyenne d'âge de

49,7 ans) et ceux vus pendant la période du 06 juin au 05 août (113,8 passages par jour avec une moyenne d'âge de 50,8 ans). Nous avons observé une tendance à l'amélioration des délais pour les patients priorisés CIMU 1 et 2 (cf. tableau 5). Cette tendance est surtout marquée pour les « CIMU 1 », avec un gain de temps de 13,5 minutes ($p=0,19$), alors que pour les « CIMU 2 », l'amélioration des délais est plus modérée. Elle est de 5,3 minutes ($p=0,48$).

Tableau 5 : Délais de prise en charge des « CIMU 1 et 2 » avant et après la mise en place de la filière courte

Période d'étude	Résultats	CIMU 1	CIMU 2
Du 02 au 22 janvier 2012	Moyenne (en min)	54,3	115,3
	Écart type	51,8	105,7
Du 11 juin au 05 août 2012	Moyenne (en min)	41,8	110
	Écart type	55,6	98,9

Source CHAUDET 2013

5.3.5. Évolution du nombre de patients « partis sans attendre », avec la mise en place de la filière courte

Leur nombre par jour n'a pas évolué significativement, passant en moyenne de 2,38 à 2,46 après la mise en place de la filière courte ($p=0,65$).

5.4. Synthèse des résultats

Les PUMGA représentent un peu moins de 9 % de l'activité journalière des urgences. Ce sont des patients jeunes, à prédominance masculine, ayant le plus souvent

un médecin traitant et une couverture sociale complète. Leur lieu de résidence se situe à proximité du CHU dans un cas sur deux. Ils viennent principalement aux urgences pour des motifs d'ordre traumatologique, ophtalmologique, rhumatologique, cutané et ORL. Ils sont 50 % à venir dans la journée qui suit le début de la plainte. Leurs motivations principales dans le choix des urgences sont la spécificité des urgences (notamment la possibilité de réaliser des examens complémentaires) et l'indisponibilité du médecin traitant.

La filière courte améliore les délais de prise en charge, la durée de prise en charge et la satisfaction des PUMGA. Cette voie a tendance à diminuer les délais de prise en charge des patients les plus graves.

6. Discussion

6.1. Les PUMGA, quantification, caractéristiques et parcours

6.1.1. Quantification

Nos résultats montrent que la part des PUMGA dans l'activité globale des urgences est en moyenne inférieure à 10 %, ce qui est peu. Il existe des différences de fréquentation en fonction des jours (11,7 % le dimanche contre 7,5 % le mardi), et des heures d'arrivée. Mais les maximums relevés se concentrent sur des périodes de moindre activité : 6,6 % des entrées à onze heures (pic d'activité des urgences), 14,4 % à vingt trois heures (heure où l'activité des urgences est en décroissance). Des variations sont également retrouvées entre la semaine et le week-end (+38,7 % le week-end) et entre la période scolaire et les vacances (-18,5 % pendant les vacances).

Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Dans le travail de thèse de F. Baquet à Bicêtre, les patients se présentant aux urgences aux heures de la PDS et venant pour un motif de médecine générale ont été étudiés (Baquet, 2010). Ils correspondaient à 20 % des passages pendant la période d'étude. Dans le travail de J. Caron à Créteil, les patients venant pour un motif de médecine générale étaient réorientés vers la Maison Médicale de Garde (MMG). Treize pour cent des patients ont été réorientés (Caron, 2009).

La diversité de résultats observés relève probablement de différences méthodologiques. Dans notre travail les patients ont été inclus à l'issue de la consultation. Dans les travaux de J. Caron et de F. Baquet les patients ont été inclus dès l'accueil. Or il existe une différence entre l'évaluation initiale (la CIMU) et la réalité de la prise en charge (cf. chapitre 6.4.2.).

Au cours de notre étude, nous avons dénombré neuf à dix patients dits PUMGA par jour : quatre venant en journée, quatre et demi en soirée, et un et demi la nuit. Sur une année cela correspond à 3 633 patients. Dans le même temps les médecins généralistes de Poitiers auront réalisé 442 795 actes (87 médecins effectuant 5089,6 actes en moyenne chacun (cf. annexe G)). Les PUMGA correspondent donc à 0,82 % de l'activité des médecins généralistes. Ce chiffre est encore plus bas en ne considérant que les patients consultant aux horaires des cabinets médicaux : 0,33 %.

Ces résultats infirment l'hypothèse d'un engorgement des urgences du CHU de Poitiers qui serait explicable par une population de patients relevant d'une prise en charge ambulatoire en médecine générale. Si les PUMGA peuvent concourir à ralentir le fonctionnement des urgences, ils n'en sont probablement pas la raison principale.

6.1.2. Caractéristiques des PUMGA

Notre étude retrouve des patients plutôt jeunes, dont l'âge moyen est inférieur à quarante ans, majoritairement des hommes (53 %), qui ont un médecin traitant et qui bénéficient le plus souvent d'une couverture sociale complète (cf. graphiques 7 et 9).

Ces résultats sont partiellement en accord avec ceux de la littérature. Dans l'ensemble des publications, le patient consultant pour un motif de médecine générale est jeune (Matonnier, 2008 ; Pujol, 2007 ; Calvo, 2005 ; Delaunoy, 2005 ; Beaubeau, 2003 ; Albaret, 2001). En revanche, la prédominance du sexe masculin n'est pas unanimement retrouvée. Les hommes sont majoritaires selon C. Pujol et L. Meunier mais pas selon J. Caron, F. Baquet ou encore A. Bianco et *al.* (Bianco, 2003). Dans l'étude que ces derniers ont menée dans un hôpital italien, 541 patients ont été inclus pendant la période de

recrutement. Deux observateurs en ont classé 19,6 % comme « non-urgents ». L'analyse des caractéristiques de ces patients a retrouvé comme facteur prédictif de mauvais usage des urgences, l'âge jeune et le sexe féminin. Ils ont également déterminé que le patient en situation précaire avait plus de risque de consulter.

Sur ce dernier point, les patients que nous avons interrogés sont près d'un sur quatre à être sans profession (étudiant ou chômeur), ce qui représente 50 % de plus que dans la population départementale (cf. graphique 8). Ils ont une couverture sociale pour près de 99 %, dont 11,3 % qui bénéficient de la CMU. S. Delaunoy à Angoulême a montré que 88 % de sa population d'étude possédait une couverture sociale (Delaunoy, 2006). Ils n'étaient que 67 %, selon C. Pujol à Montpellier (Pujol, 2007). Les patients bénéficiant de la CMU au sein de notre étude sont également plus nombreux que dans la population régionale. En Poitou-Charentes, 2,47 % de la population est assurée sous ce régime (cf. annexe H). Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature (11,2 % à Paris (Baquet, 2010)).

Les patients PUMGA de notre étude, sont donc le plus souvent des patients jeunes, de sexe masculin. Ils sont également en situation professionnelle et sociale plus précaires que l'ensemble de la population.

6.1.3. Parcours et motivations des PUMGA

Nos résultats montrent que les PUMGA n'ont pas une attitude consumériste vis à vis des soins aux urgences. Environ 20% étaient venus au cours de l'année et un peu plus de la moitié avaient connu les urgences durant les six années passées (cf. graphique 5). Nous n'avons pas spécifiquement étudié les dossiers antérieurs de ces patients, car ce

n'était pas l'objet de ce travail. On ne peut donc préciser si la(les) précédente(s) consultation(s) se justifia(en)t.

La familiarité avec les urgences est décrite dans d'autres travaux. Dans l'étude de la Drees (Beaubeau, 2003), les trois quarts des patients étaient venus dans le même service d'urgences soit pour eux mêmes, soit pour un proche. Dans le travail de L. Meunier, 43,1 % des patients interrogés étaient déjà venus aux urgences (Meunier, 2009).

Le lieu de résidence des PUMGA est éloigné du CHU dans un cas sur deux. Ils habitent Poitiers pour seulement 37 % d'entre eux. Cet éloignement du service des urgences est plus important que dans d'autres travaux à ce sujet (Meunier, 2009 ; Caron, 2009 ; Pujol, 2007). Notre étude se distingue de celles citées ce-dessus, car elle s'est déroulée dans un hôpital universitaire. Ce dernier exerce peut être un attrait supérieur à un hôpital non universitaire : plateau technique, présence de spécialités spécifiques au CHU, etc..

Le motif traumatologique est le principal motif de venue, de peu devant les problèmes de peau (piqûre, morsure, brûlure, contusion, etc.), ophtalmologiques (corps étranger dans l'œil, conjonctivite, etc.), rhumatologiques et ORL (cf. graphique 11). Les accidents et les causes infectieuses sont donc les principaux motifs de venue aux urgences. La Drees, dans son rapport de 2003, (Beaubeau, 2003) citait également l'accident, la douleur, la gêne et la fièvre comme motifs principaux, tout comme d'autres travaux de la littérature (Meunier, 2009 ; Pujol, 2007).

Le PUMGA à Poitiers s'abstient généralement de venir de façon immédiate (cf. graphique 14). Moins de 50 % viennent dans les premières vingt quatre heures et un sur trois au cours de la première demi-journée. Ces résultats sont conformes à ceux de L. Meunier à Nanterre (Meunier, 2009), alors que dans l'étude de la Drees (Beaubeau, 2003), ils étaient 64 % à venir en moins d'une journée. Dans notre étude, il existe

probablement une volonté de trouver une autre solution de soins. Les patients ont recours soit à l'automédication pour la majorité d'entre eux, soit à un médecin généraliste (cf. graphique 15).

Ils ne viennent aux urgences que dans un second temps. Leur motivation principale tient à un sentiment de gravité, ou à l'importance de la douleur (cf. graphique 16). Les patients viennent consulter lorsqu'ils pensent devoir passer des examens complémentaires, voire même être hospitalisés, ou encore lorsqu'ils cherchent à être soulagés rapidement de la douleur. Pour 26 % des répondants c'est également l'indisponibilité du médecin qui entre en jeu. C'est le cas le soir, la nuit, le week-end (horaires de fermeture des cabinets médicaux), ou lorsque le médecin n'est pas joignable.

Il s'agit là d'un sentiment d'urgence ressentie par le patient. Il pense que son problème doit être réglé rapidement et ne peut attendre le lendemain ou la fin du week-end. Cette notion de gravité pour des pathologies mineures est retrouvée dans d'autres travaux (Billemont, 2007 ; Gill, 1996).

6.2. La filière courte

6.2.1. Impact sur la prise en charge des PUMGA

Nos résultats montrent que la filière courte présente un intérêt en terme de diminution des délais d'attente (baisse de 26 %) et de durée de prise en charge (baisse de 45,8 %) (cf. tableau 4).

La baisse de la durée de prise en charge est probablement liée au fait qu'en filière courte, le patient est vu, le plus souvent, directement par le médecin sénior. Dans le secteur des box d'examen, le patient est généralement examiné par l'interne en phase initiale. Celui-ci doit ensuite en référer au médecin sénior, qui autorise la sortie du patient.

Cet intermédiaire supplémentaire dans l'arbre décisionnel allonge de fait la durée de la prise en charge médicale.

Les délais plus importants observés dans le secteur des box d'examen a probablement plusieurs causes. Dans ce secteur, la prise en charge des patients peut nécessiter la réalisation d'actes thérapeutiques et d'examens complémentaires. La durée de passage en box est donc plus importante, le renouvellement des patients est par conséquent plus faible. Le nombre de patients sous la responsabilité du médecin y est également plus élevé. Le temps nécessaire pour aller examiner un patient, nouvellement installé est donc plus long.

L'amélioration des délais de prise en charge par la filière courte, a un impact positif en terme de satisfaction pour les PUMGA. Ils sont 81 % à être plutôt satisfaits lorsqu'ils attendent moins de deux heures. Au delà de ce délais, ils sont 71 % à être plutôt mécontents. En diminuant le temps d'attente il est donc probable que les patients seraient plus détendus et créant par conséquent moins de stress pour le personnel soignant.

6.2.2. Impact sur la prise en charge des patients évalués graves

L'autre impact que nous avons étudié est celui de la mise en place de la filière courte sur les délais de prise en charge des patients les plus graves. Nous observons une diminution de ces délais de 13,6 minutes pour les « CIMU 1 », et de 5,3 minutes pour les « CIMU 2 » (cf. tableau 5). Ces résultats ne sont pas significatifs. Toutefois, seulement près de 50 % des PUMGA sont examinés dans cette filière. Il serait intéressant d'évaluer ces délais, si l'intégralité des PUMGA étaient examinés en filière courte.

6.2.3. Impact sur la prise en charge des patients « partis sans attendre »

Notre dernier critère de jugement portait sur les patients « partis sans attendre ». Notre étude n'a pas pu montrer d'incidence sur la prise en charge de ces patients. Il faudrait sans doute un travail spécifique à cette population pour expliquer leur comportement.

Ces résultats sur la filière courte convergent avec les données de la littérature, sauf en ce qui concerne les patients « partis sans attendre ». Dans les travaux de A. Darrab et *al.*, les voies express ou *fast track* diminuent les temps d'attente d'une heure pour les patients « légers » (niveaux 3, 4 et 5 du tri IAO), de six minutes pour les patients graves (niveaux 1 et 2 du tri IAO), et le nombre de patients « partis sans attendre » baisse de trois pour cent (Darrab, 2006). Dans le travail de K. Nash et *al.*, les voies express permettent de diminuer les temps d'attente des patients « légers », et de baisser de trois pour cent le nombre de patients « partis sans attendre » (Nash, 2007). Pour P. Gerbeaux et *al.*, le temps d'attente est diminué de 24 %, lorsque la prise en charge est réalisée par un médecin sénior (Gerbeaux, 2001). Les revues de la littérature réalisées par N. Hoot et *al.* et le travail de thèse de P. Pericaud arrivent aux mêmes conclusions (Pericaud, 2009;Hoot, 2008).

6.3. Limites de l'étude

6.3.1. Le choix de la définition des PUMGA

Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la définition de ce que nous avons appelé les PUMGA. La définition que nous en avons donnée, sous-estime peut être

leur nombre.

Le caractère spontané de la consultation, ou l'âge supérieur à 18 ans sont des critères d'inclusion ou d'exclusion utilisés dans d'autres travaux de la littérature (Fagot Griffin, 2012 ; Caron, 2009 ; Pujol, 2007). En revanche, nous n'avons pas inclus les patients stables qui avaient eu des examens complémentaires ou des actes thérapeutiques aux urgences. Ces patients évalué de gravité 2 sur la CCMU sont parfois inclus dans des études concernant les patients des urgences relevant de la médecine générale (Baquet, 2010 ; Meunier, 2009 ; Pujol, 2007). En 2011, aux urgences du CHU de Poitiers, ce sont 57,7 % des patients dont le score de gravité est de 2 dans la CCMU. Nous avons peut-être sous-évalué le nombre de patients relevant de la médecine générale en ne les incluant pas. Toutefois, nous avons estimé que si l'urgentiste avait prescrit un examen complémentaire ou un acte thérapeutique en urgence, la consultation ne pouvait pas être considérée comme « non-urgente » ou « inappropriée ».

6.3.2. Le choix des urgences du CHU

L'étude que nous avons réalisée est monocentrique, limitée au service des urgences adultes du CHU de Poitiers. Ce dernier dispose également d'un service d'urgences gynécologiques et obstétricales, d'un service d'urgences pédiatriques, d'une consultation d'urgences ophtalmologiques ainsi que d'un service d'admissions cardiologiques. Il est possible qu'une part des consultations réalisées dans ces services relève également de la médecine générale. Elles ne sont en revanche pas prises en compte dans notre travail.

Dans la ville de Poitiers, il existe aussi un autre centre de soin d'urgences. Cet établissement privé à but lucratif, dénommé Polyclinique de Poitiers, possède un service

d'Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU). Il se trouve à moins de deux kilomètres du CHU. Une étude incluant les services d'urgences de ces deux entités serait intéressante à réaliser. L'ensemble des usagers des urgences de la ville de Poitiers seraient alors inclus.

6.3.3. Biais liés aux patients

Les réponses des patients étant par nature déclaratives, elles conservent un degré irréductible de subjectivité, lui même facteur d'incertitude.

La répartition en catégories socio-professionnelles a été faite selon les indications des patients, pouvant induire un biais d'interprétation.

Les informations concernant la couverture sociale peuvent être aussi partiellement erronées. Certains patients ne savent pas (notamment les plus jeunes encore assurés par leurs parents) s'ils bénéficient d'une assurance complémentaire et sous quel régime obligatoire ils sont assurés.

En ce qui concerne les motivations du choix des urgences, certains patients ont pu éluder la raison financière comme motif de leur présence, de peur d'être jugés.

6.4. Perspectives

Notre travail apporte des informations quantitatives et qualitatives sur les PUMGA, ainsi que sur l'intérêt de la filière courte dans leur prise en charge. Quelles conséquences pour les urgences ? Mieux connaître ces patients nous fait nous poser un certain nombre de questions.

6.4.1. Peut-on diminuer le nombre de PUMGA se présentant aux urgences ?

Vingt six pour cent des répondants disent venir aux urgences car leur médecin traitant est absent ou injoignable. Ces patients sont susceptibles d'être sensibles à une solution alternative aux urgences. Celle-ci existe avec les MMG. En soirée¹ et le week-end², les PUMGA peuvent être pris en charge par le(s) médecin(s) de garde dans cette structure. Malheureusement, cette possibilité est méconnue. Dans une étude réalisée en 2011 aux urgences du CHU de Poitiers³, 84 % des patients qui consultent le week-end ignorent l'existence de la MMG. Cette méconnaissance des structures assurant la PDS est également retrouvée dans la littérature : 89,4 % à Montpellier (Baquet, 2010), et 93 % à Bry sur Marne (Caron, 2009). Il serait peut-être nécessaire de mieux informer la population : messages obligatoires sur les répondants des cabinets médicaux, informations à la télévision, dans les journaux, affichage du fonctionnement des MMG dans certains lieux (cabinets dentaires, médicaux, pharmacies, etc.). Cependant, la population nécessitant une telle information, représente dans notre étude seulement deux patients par jour. Le bénéfice pour les services d'urgences serait modéré.

6.4.2. Peut-on réorienter les PUMGA à l'accueil des urgences ?

La première motivation dans le choix des urgences est le sentiment de gravité et l'urgence ressentie. Il est difficile d'éduquer une population à reconnaître les signes de gravité d'une pathologie. Il paraît donc inévitable que ces patients se présentent finalement à l'accueil du service des urgences. Les PUMGA pourraient alors être réorientés vers une filière de soins ambulatoire. Certains auteurs ont étudié cette

¹ De vingt heures à minuit

² De douze heures à minuit le samedi et de huit heures à minuit le dimanche

³ Étude interne non publiée

possibilité (Caron, 2009 ; Delaunoy, 2006). Le taux de réorientation est assez variable (50 % selon J. Caron, 66 % selon S. Delaunoy), et l'observance de cette réorientation encore plus (respectivement 37 % et 90 %).

Cette réorientation suppose une fiabilité de l'évaluation du patient. Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à la priorisation faite par l'IAO : le score de la CIMU. L'état de santé de 25 % des PUMGA étaient considéré comme instable. Lors de la phase rétrospective, 542 patients étaient évalués au rang 5 de la CIMU (prise en charge non urgente, pas d'examen à prévoir). Ils sont 10 % à avoir été finalement évalués de gravité 1 de la CCMU et près de 14 % de rang 3 de la CCMU (état lésionnel pouvant s'aggraver).

Dans la littérature, les avis divergent : certains auteurs concluent à la fiabilité du tri (Derlet, 1992), d'autres non (Birnbaum, 1994 ; Lowe, 1994), et d'autres encore préconisent des études complémentaires (Diesburg-Stanwood, 2004 ; Washington, 2002).

Dans un travail plus récent, A.C. Durand et *al.* ont réalisé une étude multicentrique comparant l'évaluation faite à l'accueil par le médecin ou l'infirmier, avec le devenir du patient (Durand, 2011b). Cette étude conclut que le tri réalisé par les infirmier(e)s ne permet pas de prévoir la gravité du patient. Le tri utilisé reste utile pour hiérarchiser la prise en charge (c'est d'ailleurs dans cet esprit que la CIMU a été créée), mais s'il sert à réorienter les patients, il peut s'avérer dangereux. Le risque de réorienter un patient potentiellement instable n'est pas nul.

Ainsi, en raison de ces discordances, l'évaluation actuelle des patients entrant aux urgences ne permet pas une réorientation fiable. De plus, refuser de prendre en charge un patient qui en fait la demande pose également un problème éthique indéniable. Le code de la santé publique précise bien que tout établissement autorisé à exercer l'activité de soin de médecine d'urgence «est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est

adressé... » (Code de la santé publique article R 6123-18).

6.4.3. La prise en charge des PUMGA est-elle réellement problématique ?

Notre étude retrouve un nombre de PUMGA de dix par jour environ. Ces patients ne nécessitent qu'un temps de consultation relativement court (32 minutes en moyenne). Leur prise en charge par le personnel médical présent, ne semble pas être la cause principale de l'engorgement des urgences.

De plus, la prise en charge des PUMGA a également un impact économique pour les services d'urgences. La mise en place de la tarification à l'activité (aussi appelée T2A) depuis 2004, a introduit dans les hôpitaux ce qui existait dans le système libéral, c'est à dire un financement à l'activité. Les services d'urgences sont depuis financés selon (Loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004) :

- une part des Groupe Homogène de Séjours ou GHS,
- une facturation à l'acte concernant uniquement les consultations non suivies d'hospitalisation, dont le montant est égal au prix de la consultation ou de l'acte auquel s'ajoutent les majoration : ATU (Accueil et Traitement des Urgences), nuit, week-end, nourrisson, etc.,
- un Forfait Annuel d'Urgence (FAU) dépendant du nombre de majorations ATU facturées l'année précédente,
- auxquels viennent s'ajouter les actes externes (consultation, petite chirurgie, etc.).

Nous avons estimé la population de notre étude sur une année à un effectif de 3 633 patients. Nous avons appliqué les diverses majorations en fonction des heures et jours de venue. En prenant également en compte la diminution de tranche dans la FAU

dont résulterait l'absence de leur prise en charge aux urgences, la perte financière annuelle pour le service s'élèverait à 579 949 euros (détail du calcul en annexe I). Ne pas prendre en charge les PUMGA s'accompagne d'une perte financière importante.

Pour l'ensemble de ces raisons la prise en charge de ces PUMGA ne semble pas être un réel problème pour les services d'urgences.

6.4.4. La filière courte est-elle la solution adaptée ?

Notre étude suggère que la filière courte améliore les délais et la durée de prise en charge et la satisfaction des patients. Elle retrouve également de manière non significative une amélioration des temps de prise en charge des patients graves. Des exemples de ce type d'organisation existent.

En France, à l'hôpital d'Instruction des Armées Laveran à Marseille, une consultation libérale de médecine générale a été mise en place. Elle prend en charge 50 % du flux des patients en bénéficiant du plateau technique des urgences (examens radiologiques et biologiques si nécessaire). Seuls 12 % des patients examinés sont redirigés vers les urgences les soulageant ainsi de 45 % de leur flux journalier . Cette organisation montre son efficacité dans l'optimisation des flux. L'auteur de ce travail suggère la généralisation de ce modèle d'organisation (Sarrat, 2010). Il rejoint les recommandations contenues dans le rapport du Dr J.Y. Grall : « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » (Grall, 2007). Selon ce rapporteur, « L'accès à une consultation de médecine générale sera organisé sur des points fixes, de type maison médicale de garde MMG. Ceux-ci seront situés préférentiellement au sein ou à proximité des services d'urgences ». Ce mode d'organisation est également préconisé par la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers dans son rapport sur les bonnes

pratiques organisationnelles (MeaH, 2006).

Aux Pays-Bas, des structures coopératives de médecins ont été implantées sur le même site que les services d'urgences. Cette stratégie diminue le nombre de patients vus aux urgences de 53 % (Van Uden, 2005).

L'articulation entre la médecine libérale et la médecine hospitalière sur un même lieu semble tout à fait possible. Dans la littérature, il existe des exemples d'intégration de médecins généralistes au sein même des urgences : en Espagne et aux Pays-Bas. Ces études démontrent le bénéfice en terme de temps d'attente et de satisfaction des patients (Bosmans, 2012 ; Kool, 2008 ; Jimenez, 2005). Il serait intéressant de mener de telles études en France.

7. Conclusion

Une des raisons avancées pour expliquer l'augmentation de l'activité des services d'urgences, est l'utilisation abusive qui en est faite par la population. Ce mésusage serait tel qu'il serait responsable d'un engorgement de ces services. Notre travail infirme cette hypothèse. Il existe bel et bien des patients qui consultent aux urgences alors qu'ils pourraient relever de la médecine générale, mais leur nombre est bien moindre que l'on pourrait l'imaginer. Si l'absence d'offre ambulatoire en médecine générale est une des raisons évoquées au choix des urgences, elle est loin d'être la seule. Il existe en fait une multiplicité de motifs et de profils de patients différents. Une information et une éducation renforcées permettraient peut-être de diminuer leur nombre dans les services d'urgences, mais rien n'est moins sûr. Il paraît tout autant incertain d'organiser de manière fiable une réorientation de ces patients.

Ce n'est d'ailleurs pas dans l'intérêt des services d'urgences. Les patients concernés prennent peu de temps, et le législateur en a fait des patients « rentables ». Dans ces conditions, les voies de prise en charge spécifiques constituent une solution intéressante. Elles permettent de prodiguer des soins adaptés, de qualité, dans des délais acceptables. Des exemples de ce type d'organisation existent. Elles font cohabiter les médecins généralistes et les médecins urgentistes au sein d'un même lieu, permettant à chacun de tirer bénéfice de la relation. Chaque professionnel est reconnu dans sa spécificité et ses compétences et le patient est satisfait. Il n'existe pas de solutions parfaites mais celle-ci semble plus intéressante que les autres.

Références bibliographiques

Albaret C. La réorientation des patients à l'accueil des urgences par le médecin de régulation et de tri. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris 7 Bichat. 2002. 57p

Agence Régionale de Santé (ARS) Poitou-Charentes. Schéma régional d'organisation des soins, volet hospitalier juin 2011. Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr> (consulté le 01 février 2013)

Baquet F. Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients, pour une consultation pendant la permanence des soins. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris. 2010. 78p

Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et résultats, Drees, n° 215. Janvier 2003

Beaubeau D, Deville A, Joubert M, et al. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins programmés. Études et résultats, Drees, n°72. Juillet 2000

Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy ; *Public Health*. 2003 Jul;117(4):250-5

Billemont M. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe Cochin-St Vincent de Paul-Port Royal, à partir de 245 consultations spontanées. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris 5. 2007. 65p

Birnbaum A, Gallagher J, Utkewicz M, et al. Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency-department patients. *Acad Emerg Med*. 1994 May-Jun;1(3):213-7

Bosmans JE, Boeke AJ, Van Randwijck-Jacobze ME, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department : a cost-effective innovation in emergency care. *Emerg Med J.* 2012 Mar;29(3):192-6

Burt CW, Mccaig LF. Trends in hospital emergency department utilization : United States,1992-99. *Vital Health Stat 13.* 2001;150:1-34

Calvo A. Étude d'opinion auprès des consultants non urgents du SAU de l'hôpital de la Conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins ? Thèse d'exercice de médecine générale. Aix Marseille. 2005. 59p

Capwell S, The continuing rise in emergency admissions. *BMJ.* 1996 Apr 20;312(7037):991-2

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 d'exercice de médecine générale. Créteil. 2009. 68p

Darrab A, Fan J, Fernandes CM, et al. How does fast track affect quality of care in the emergency department? *Eur J. Emerg Med.* 2006 Feb;13(1):32-5

Derlet RW, Kinser D, Ray L. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med.* 1994 Feb;25(2):215-23

Delaunoy S. La réorientation des patients à l'accueil du service des urgences du centre hospitalier d'Angoulême. Thèse d'exercice de médecine générale. Poitiers 2006. 106p

Diesburg-Stanwood A, Scott J, Oman K. Nonemergent ED patients referred to community resources after medical screening examination: characteristics, medical condition after 72 hours, and use of follow-up services. *J Emerg Nurs.* 2002 Aug;30(4):312-7

Durand AC, Palazzalo S, Tanti-Hardouin N, et al. Nonurgent patients in emergency departments : rational or irresponsible consumers ? Perceptions of professional and patients. *BMC Res Notes*. 2012 Sep 25;5(1):525

Durand AC, Gentile S, Devictor B et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. 2011 Mar;29(3):333-45

Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P et al. Be careful with triage in emergency departments : interobserver agreement on 1,578 patients in France. *BMC Emerg Med*. 2011 Oct 31;11 :19

Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence au Havre. Thèse d'exercice de médecine générale. Rouen. 2012. 83p

Fourestie V, Roussignol E, Elkharrat D et al. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Réa Urgences*. 1994;3(5):573-8

Gerbeaux P, Ledoray V. Medical student effect on emergency department length of stay. *Ann Emerg Med*. 2001 Mar;37(3):275-8

Gill Jm., Riley Aw. Nonurgent use of the emergency department : Appropriate or not ? *J. Farm. Pract*. 1996 May;42(5):491-6

Gillet JB. Les fausses urgences un vrai problème ? *Revue hospitals.Be*, N° 1, Volume 2, 2004 – Disponible sur : <http://www.abhbvz.be/francais/revue/index.html> (consulté le 20 octobre 2012)

Grall JY. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2007. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534/0000.pdf> (consulté le 22/01/2013)

Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008 Aug;52(2):126-36

Houck PM, Bratzler DW, Nsa W, et al. Timing of antibiotic administration and outcomes for medicare patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med.* 2004 Mar 22;164(6):637-44

Jimenez S, De La Red G, Miro O, et al. Effect of the incorporation of a general practitioner on emergency department effectiveness. *Med Clin (Barc).* 2005 Jun 25;125(4):132-7

Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HC. Towards integration of general practitioner posts and accident emergency departments : a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2008 Nov 4;8:225

Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, et al. Refusing care to emergency department of patients : evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med.* 1994 Feb;23(2):286-93

Matonnier A. Analyse du comportement des patients aux urgences de la Ciotat pour un motif relevant de la médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale. Marseille 2008. 84p

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH). Réduire le temps d'attente aux urgences. Les bonnes pratiques organisationnelles. 2006 Mars. Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf (consulté le 23/01/2013)

Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris 7. 2009. 101p

Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, et al. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J. Emerg. Nurs.* 2007 Feb;33(1):14-20

Pericaud P. Évaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume Uni, Canada, Etats-Unis). Revue internationale de la littérature. Thèse d'exercice de médecine Générale. Paris 5. 2009. 91p

Pujol C. Les patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de la permanence des soins, leurs caractéristiques et parcours de soin. Thèse d'exercice de médecine Générale. Montpellier 1. 2007. 127p

Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours. Thèse d'exercice. De médecine Générale. Marseille. 2010. 109p

Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2004 Dec;44(6):577-85

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence. Disponible sur : http://www.sfmou.org/urgences2010/donnees/pdf/078_debaty.pdf (consulté le 28 octobre 2012)

Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei A, et al. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Influence sur la durée d'attente et la satisfaction des consultants aux urgences. *Réa Urgences.* 1997;4:433-42

Touraine M. Discours au congrès des urgences 2012. 2012 Mai 31. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/congres-urgences-2012-discours-de-marisol-touraine-jeudi-31-mai-2012.html> (consulté le 06 novembre 2012)

Triage Urgence. CIMU. Disponible sur : http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf (consulté le 12 avril 2012)

Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med.* 2005 Jul;20(7):612-7

Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG. Next-day care for emergency department users with nonacute conditions. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2002 Nov;137(9):707-14

Textes juridiques et réglementaires

France. Ministère De La Santé, De La Famille Et Des Personnes Handicapées. PLAN « URGENCES » 2004-2008. Disponible sur : [http://www.vie-publique.fr/documents-
vp/plan_urgences.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf) (consulté le 12/05/2012)

France. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9D0D6D0CDDFF690946EFE072D48927E86.tpdjo07v_1?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=20051219 (consulté le 20/01/2013)

France. Article R6123-18 du Code de santé Publique sur la Structure des urgences. Disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?
idSectionTA=LEGISCTA000006198988&cidTexte=LEGITEXT000006072665](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198988&cidTexte=LEGITEXT000006072665) (consulté le 20/01/2013)

France. Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. JO n°293 du 19 décembre 2003 page 21641

France. Ministère De La Santé, De La Famille Et Des Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-50/a0503819.htm> (consulté le 20/10/2013)

France. Ministère De La Santé, De La Famille Et Des Personnes Handicapées Circulaire DHOS N° 2003-195 du 16 Avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm> (Consulté le 20/01/2013)

France. Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. JO n°214 du 16 septembre 2003 page 15864

France. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. JO n°299 du 27 décembre 2003 page 22267

Sites internet

Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Etudes Statistiques (Drees). Données administratives. consulte sur le site :

http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/dwd_dwsaff1.aspx

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). UMPC U707. BiostaTGV. Disponible sur : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/#main>

Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Eco-Santé Régions & Départements 2013. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/>

Annexes

A. Évolution de l'activité des services d'urgences en France de 1990 à 2011

B. Évolution de l'activité du service des urgences adultes du CHU de Poitiers de 2006 à 2012

C. La CIMU

D. Pathologies éligibles à la filière courte

E. Questionnaire

F. Classification de la SFMU

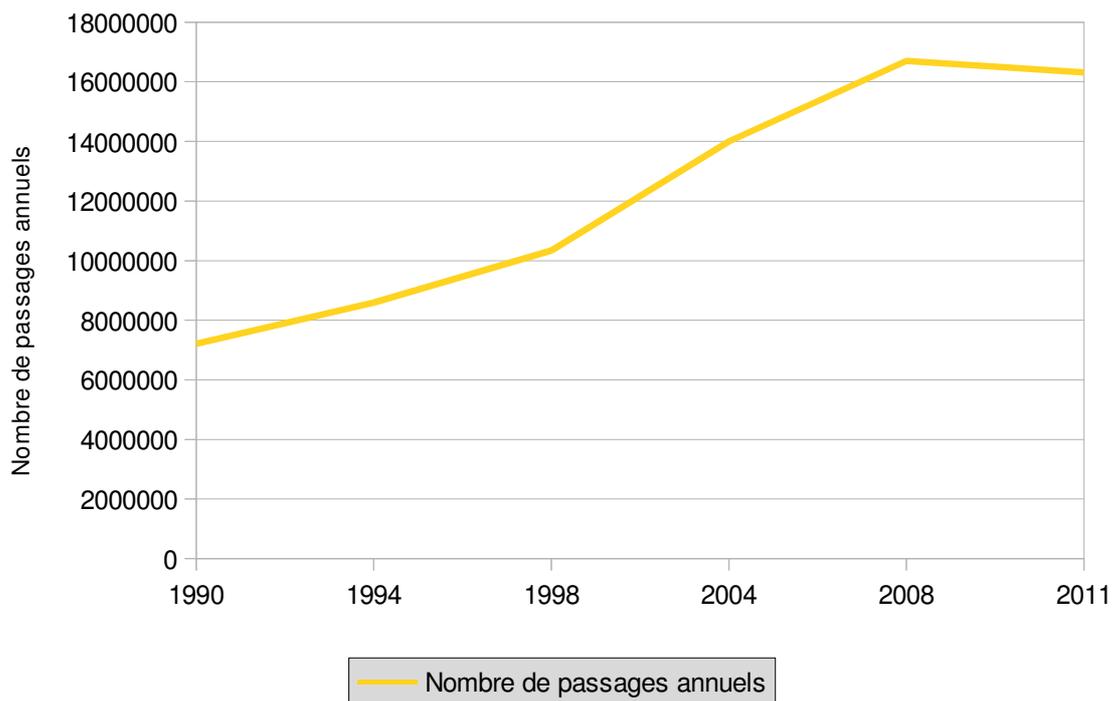
G. Évolution de l'activité des médecins généralistes libéraux dans le département de la Vienne (86)

H. Effectif et répartition des CMUistes de base par région en 2010

I. Détail du calcul de l'impact financier des PUMGA

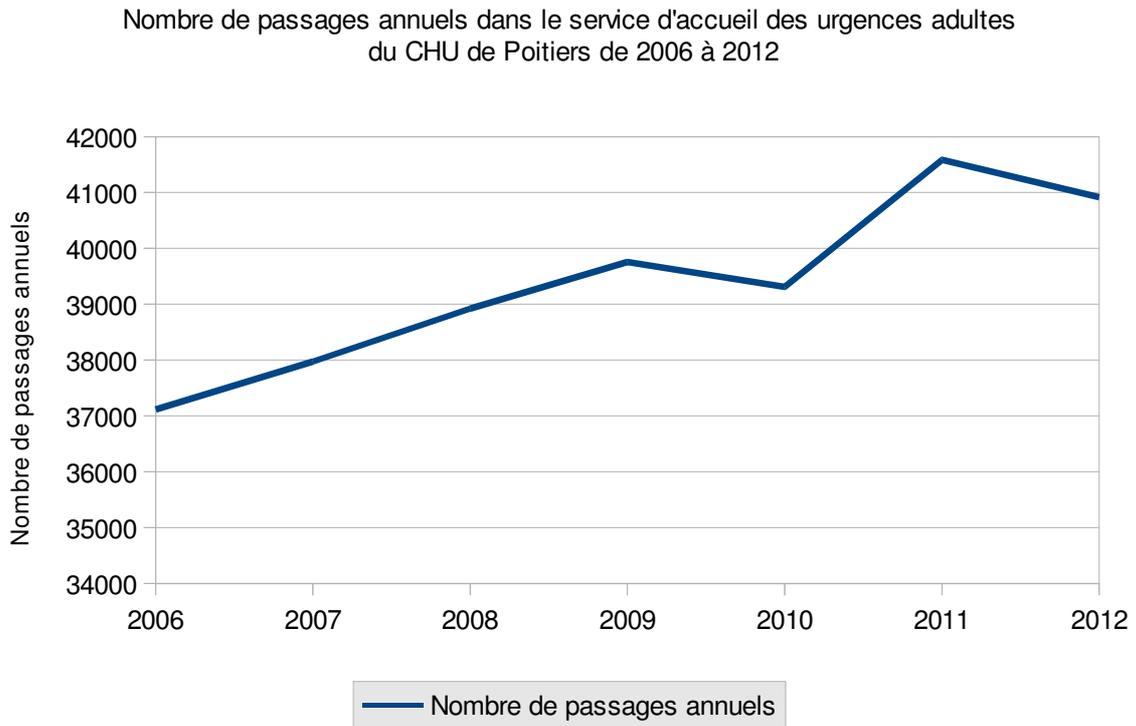
Annexe A : Évolution de l'activité des services d'urgences en France de 1990 à 2011

Evolution du nombre de passages annuels dans les services d'urgences en France entre 1990 et 2011



Source : Drees

Annexe B : Évolution de l'activité du service des urgences adultes du CHU de Poitiers de 2006 à 2012



Source : Étude interne au service des urgences adultes du CHU de Poitiers

Annexe C : La CIMU

Mise à jour Avril 2011 – Pierre Taboulet

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Consommation des ressources hospitalières	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchocage (SAUV)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchocage (SAUV)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Source : Triage Urgence. Disponible sur : http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf (consulté le 12 avril 2012)

Annexe D : Pathologies éligibles de filière courte

Source : Document interne du service des urgences adultes du CHU de Poitiers

Traumatologie

Traumatismes : ne nécessitant pas d'antalgie majeure

Contusions et traumatismes bénins

Traumatisme crânien sans perte de connaissance initiale

Traumatismes de la face et du nez

Traumatismes du rachis cervical et thoracique

Traumatismes des membres supérieurs et inférieurs

Traumatismes thoraciques bénins

Complications post-traumatiques : problème de plâtre

Contusions multiples, elongations

Douleurs cervicales, douleurs dorso-lombaires

Suspicion d'entorse, ou fracture des membres supérieurs et inférieurs

Entorses (doigt, poignet, coude, épaule, genou, pied, cheville)

Fractures des membres supérieurs et inférieurs non ouvertes (méta, poignet, coude, bras, épaule, genou, pieds, orteils, col du fémur)

Plaies de faible profondeur, sauf langue et œil

Membres supérieurs et inférieurs

Abcès, ongles incarnés, panaris, corps étrangers sous-cutanés

Brûlures 1^{er}, 2^{ème} degrés de petite surface, autre que le visage

Hématome sous unguéal

Complications chirurgicales, lâchage de sutures, infection de plaie

Morsures

Pansements et suivi de pansements

Ophthalmologie (sans baisse de l'acuité visuelle)

Corps étrangers oculaires

Conjonctivite

Infection palpébrale

Urologie

Sujet jeune sans fièvre : infection urinaire basse

Sujet âgé : changement de sonde urinaire à demeure

ORL / dentaire

Corps étrangers ORL

Épistaxis

Otalgies, angine, etc.

Abcès dentaire, douleurs dentaires

Dermatologie

Urticaire

Éruption bénigne (sans fièvre)

Piqûres

Autres

Certificats médicaux

Allégation de coups et blessures

Accident d'exposition au sang

Pathologies de médecine générale

Sciatique non déficitaire

Lombalgie

Bilan d'adénopathie

Gastro-entérologie

Ingestion de corps étrangers simples voies digestives (pièce de monnaie,...)

Douleur abdominale sans signe de gravité (exemple gastroentérite, constipation, diarrhées, suspicion d'appendicite,...)

Douleur épigastrique simple (sujet jeune attention +++), reflux gastro-œsophagien, gastrite simple

Pathologies psychiatriques

Spasmophilie, angoisse

Consultation psychiatrique hors tentative de suicide

Patients adressés d'autres centres hospitaliers pour chirurgie (notamment orthopédique) ou avis spécialisé

Annexe E : Questionnaire

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : __/__/__/__/__

Etiquette

Couverture sociale :

- Sécurité sociale
- Mutuelle complémentaire
- CMU / AME
- ALD
- Sans

Avez vous un médecin traitant ?

- Oui
- Non

Profession :

- Agriculteur, exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvrier
- Retraités
- Pas d'activité professionnelle

Motif de venue aux urgences : (libre) _____

Date de début des troubles : _____

Avez vous déjà consulté pour ce motif ?

Oui Non

Si oui il y a combien de temps ? _____

Avez-vous essayé de vous soigner par vous même ? Oui Non

Pourquoi avez vous choisi les urgences ?

- Proximité domicile ou travail
- Horaires compatible avec mon activité
- Médecin traitant indisponible
- Rendez vous proposé par mon médecin ne me convenait pas
- Après conseil d'un médecin
- Je souhaitais un autre avis médical
- Je pensais avoir besoin d'examens complémentaires
- Je pensais devoir être hospitalisé
- Je n'ai pas d'argent à avancer
- Je suis suivi dans l'hôpital
- Autre : _____

Estimez-vous les délais de prise en charge :

- Satisfaisants
- Bons
- Moyens
- Mauvais

Comment estimez-vous votre prise en charge aux urgences ?

Annexe F : Classification de la SFMU - Thésaurus des motifs de recours

en structure d'urgence

Source : Société Française de Médecine d'Urgence. Disponible sur :
http://www.sfm.u.org/documents/File/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf (consulté le 12 octobre 2011)

Cardio-vasculaire

Arrêt cardiaque
Douleur thoracique
Palpitations
Hypertension
Malaise sans PC
Malaise avec PC
Hypotension / collapsus
Œdème des membres inférieurs
Membre inférieur froid sans pouls / symptômes compatibles avec ischémie de membre
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de la maladie thrombo-embolique
Problème de matériel implantable cardiologique

Environnemental

Gelure / Lésions liées au froid
Hypothermie
Coup de chaleur / insolation

Gastro-entérologie

Douleur abdominale
Corps étranger voies digestives
Inappétence / perte d'appétit
Constipation
Diarrhée
Corps étranger dans le rectum
Nausées et/ou vomissements
Proctologie (thrombose, fissure, douleur ...)
Vomissement de sang
Sang dans les selles / Méléna
Ictère
Hoquet
Masse ou distension abdominale

Géno-urinaire

Douleur de la fosse lombaire ou flanc
Hématurie
Écoulement ou lésion génitale
Douleur ou œdème des OGE
Rétention d'urine ou anurie
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles

Intoxication

Intoxication accidentelle et/ou iatrogène (occasionnée par le traitement médical)
Intoxication médicamenteuse volontaire
Intoxication non médicamenteuse volontaire
État de manque / sevrage / toxicomanie
Ébriété, ivresse

Neurologie

Altération de la conscience / coma
Confusion / désorientation temporo-spatiale
Étourdissement / vertiges
Céphalées
Convulsions
Anomalie de la marche / ataxie / trouble de l'équilibre
Tremblement
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC
Perte de sensibilité / paresthésies

Gynécologie

Problèmes menstruels
Corps étranger dans le vagin
Pertes vaginales
Agression sexuelle / sévices
Rougeur ou tension du sein
Méno-métrorragie en dehors de la grossesse
Douleur pelvienne
Obstétrique
Problèmes de grossesse 1er trimestre (saignement, douleur, ...)
Problèmes de grossesse 2ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique, ...)
Problèmes de grossesse 3ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique, ...)
Accouchement imminent ou réalisé
Problème de post-partum (allaitement, hémorragie, ...)

Ophtalmologie

Corps étranger, brûlure oculaire
Trouble visuel / diplopie / baisse de l'acuité
Douleur oculaire
Démangeaison, œil rouge
ORL
Otalgie
Corps étranger ORL
Acouphènes ou trouble de l'audition
Otorrhée / écoulement oreille
Problème de dent ou de gencive
Douleur de la gorge, difficultés à avaler, dysphagie
Tuméfaction ORL
Tumeur ORL et complications
Épistaxis

Congestion nasale / rhume des foins

Peau

Morsure
Piqûre
Brûlure
Prurit
Érythème étendu et autres éruptions
Œdème / rougeur localisée / abcès
Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées
Parasitose
Hématome non traumatique
Corps étranger – Peau

Pédiatrie < 2 ans (pathologie spécifique)

Troubles alimentaires du nourrisson (<6mois)
Ictère néonatal
Pleurs incoercibles
Sifflement respiratoire sans autres symptômes (bronchiolite, laryngite, ...)
Convulsion hyperthermique
Diarrhée du nourrisson (<6 mois)
Fièvre < 3 mois

Psychiatrie

Dépression / suicidaire
Anxiété / Crise d'angoisse / spasmophilie
Hallucinations
Insomnie / troubles du sommeil
Comportement violent / agitation
Comportement étrange / troubles du comportement social / anorexie / boulimie

Respiratoire

Dyspnée
Cyanose
Toux
Hémoptysie
Corps étranger voies aériennes
Réaction allergique
Asthme

Rhumatologie

Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)
Douleur au niveau d'un membre supérieur
Douleur au niveau d'un membre inférieur
Épanchement articulaire
Douleur diffuse / sans précision

Traumatologie

Traumatisme multiple
Traumatisme crânien avec PC
Traumatisme crânien sans PC
Traumatisme maxillo-facial
Traumatisme oculaire
Traumatisme oculaire

Traumatisme cervical (hors rachis)
Traumatisme rachidien ou médullaire
Traumatisme thoracique
Traumatisme abdominal
Traumatisme du bassin
Traumatisme membre supérieur
Traumatisme membre inférieur
Traumatisme anal ou du rectum
Traumatisme OGE, priapisme
Dermabrasion / plaie
Amputation

Général & Divers

Accident d'exposition au sang et/ou aux liquides biologiques
Exposition à une maladie contagieuse
Fièvre
Hyperglycémie
Hypoglycémie
Conseil / consultation / renouvellement ordonnance
Problème de suture et pansements chirurgicaux / pansements
Demande d'examen complémentaire
Problème de matériel médical
Anomalie de résultat biologique
Complication post-opératoire
Problème social
Soins palliatifs / fin de vie
Examen à des fins administratives / certificat / réquisitions
Perte d'autonomie
AEG / asthénie

Annexe G : Évolution de l'activité des médecins généralistes dans le département de la Vienne (86) de 1997 à 2010

Source : Eco Santé Régions & Départements 2013. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA> (consulté le 28 octobre 2012)

Année	Nombre de médecins en APE *	Nombre de consultations / APE *	Nombre de Visites / APE *	Nombre de Consultations + Visites / APE *	Nombre total de consultations + visites pour l'ensemble du département
1997	360	3 528,4	1 686,9	5 215,3	1 877 508
1998	360	3 688,9	1 675,5	5 364,4	1 931 184
1999	363	3 703,8	1 579,9	5 283,7	1 917 983
2000	367	3 940,2	1 575,6	5 515,8	2 024 298
2001	371	4 041,5	1 466	5 507,5	2 043 282
2002	369	4 158,2	1 240,6	5 398,8	1 992 157
2003	370	4 445,8	949,1	5 394,9	1 996 113
2004	377	4 337,4	861,9	5 199,3	1 960 136
2005	373	4 473,5	822,4	5 295,9	1 933 003
2006	365	4 380,4	716,7	5 097,1	1 860 441
2007	367	4 531,6	689,8	5 221,4	1 916 253
2008	360	4 490	629,2	5 119,2	1 842 912
2009	354	4 639,1	628,9	5 268	1 864 872
2010	350	4 509,7	579,9	5 089,6	1 781 360

Variation sur la période 1997 - 2010	-2,78 %	27,81 %	-65,62 %	-2,41 %	-5,12 %
--------------------------------------	---------	---------	----------	---------	---------

* APE : Activité à Part Entière

Annexe H : Effectif et répartition des CMUistes de base par région en 2010

Source : Eco-Santé Régions & Départements 2012, d'après données Drees, Fonds CMU. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA> (consulté le 28 octobre 2012)

	Effectif CMU de base	Population	% CMUistes / population	Répartition de la population en %	Répartition CMUistes en %
France entière en 2010	2 159 253	64 647 600	3,34	100	100
Région Poitou Charentes en 2010	43 767	1 770 149	2,47	2,7	2

Annexe I : Détail du calcul du poids financier des PUMGA

Calcul de la facturation liée à l'ATU

	Journée	20h à 00h et 6h à 8h	00h à 6h	Dimanche et jours fériés
Calcul du prix de la consultation	$C^1+ATU^2 = 23+25,32 = 48,32$ euros	$C+ATU+Majoration = 23+25,32+35 = 83,32$ euros	$C+ATU+Majoration = 23+25,32+40 = 88,32$ euros	$C+ATU+Majoration = 23+25,32+19,06 = 67,38$ euros
Nombre de consultation de l'étude	259	146	65	87
Montant facturé à la consultation	12 514,88 euros	12 164,72 euros	5 740,8 euros	5 862,06 euros
Montant estimé sur une année	<u>236 646 euros</u>			

Calcul du montant du FAU

	Nombre de consultations donnant droit à une facturation ATU	Montant de la tranche FAU 2012 ³	Perte de FAU liée à la non prise en charge des PUMGA
Si prise en charge des PUMGA	40 656	3 012 610 euros	<u>343 304 euros</u>
Si non prise en charge de 100 % des PUMGA	37 023	2 669 306 euros	

1 C correspond à la cotation d'un acte de consultation fixé à 23 euros
 2 et 3 sont fixés par Arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

Résumé

Introduction : Les patients consultant pour des problèmes non urgents sont souvent rendus responsables de l'engorgement des services d'urgences. Dans la littérature, ils représentent de 4,8% à 90% de l'activité totale. Une filière de prise en charge spécifique intégrée au sein des urgences est une solution peu préconisée en France. L'objectif de ce travail est d'étudier les patients des urgences relevant de la médecine générale ambulatoire (PUMGA) et d'évaluer l'intérêt de leur prise en charge dans une filière spécifique (filière courte).

Matériel et méthodes : Durant huit semaines nous avons inclus les patients majeurs consultant spontanément aux urgences adultes du CHU de Poitiers, et sortant sans avoir eu d'examen complémentaire ou d'acte thérapeutique. Un questionnaire leur était proposé sur leurs caractéristiques socio-démographiques, parcours de soins et motivation à choisir les urgences comme lieu d'examen. Nous avons comparé les délais et temps de prise en charge des PUMGA entre les diverses filières de soin. Enfin, les délais de prise en charge des patients évalués graves et le nombre de patients « partis sans attendre » ont été collectés puis comparés avec une période antérieure à l'instauration de la filière courte.

Résultats : 557 patients ont été inclus (8,7% de l'activité totale) et 355 questionnaires remplis. Ils sont jeunes, masculins et plutôt précaires. 50% consultent en journée, pour des motifs d'ordre traumatologique, rhumatologique et cutané. La nuit, les motifs ophtalmologiques et ORL prédominent. Ils choisissent les urgences pour la spécificité du service (42,9%) et l'indisponibilité de leur médecin (26%). La filière courte permet de diminuer les temps et délais de prise en charge des PUMGA, respectivement de 45,8% et de 26%. Elle est associée à une amélioration non significative du délai de prise en charge des patients évalués graves. En revanche, elle n'a aucun retentissement sur les patients « partis sans attendre ».

Conclusion : Les patients qui viennent aux urgences de manière réellement inappropriée sont peu nombreux. Une filière de prise en charge spécifique intégrée au sein des urgences est une solution performante permettant d'améliorer la gestion du flux de patients.

Mots clés : Urgences, engorgement, médecine générale, filière courte.



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je 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 !

