



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014

N° 68

**Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors.
Etude monocentrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011
des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux :
Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants,
de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service.**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

**et soutenue publiquement le 13 mai 2014
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

Par

AISSAOUI LIAMINE

Né le 20 Mars 1969 à Lyon 3^{ème}

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Secrétaire Général	Alain HELLEU
SECTEUR SANTE	
UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE
SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES	
UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur: Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle Echelon 2)

CHATELAIN Pierre	Pédiatrie (surnombre)
COCHAT Pierre	Pédiatrie
CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
KOHLER Rémy	Chirurgie infantile
MAUGUIERE François	Neurologie
NINET Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
PEYRAMOND Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
PHILIP Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
RAUDRANT RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle Echelon 1)

BAVEREL Gabriel	Physiologie
BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
DENIS Philippe	Ophtalmologie
FINET Gérard	Cardiologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GOILLAT Christian	Chirurgie digestive
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LAVILLE Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN Xavier	Urologie
MELLIER Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
PERRIN Gilles	Neurochirurgie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
SCOAZEC Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (Première classe)

ANDRE-FOUET	Xavier Cardiologie
BARTH Xavier	Chirurgie générale

BASTIEN Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
CLARIS Olivier	Pédiatrie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL Marc	Urologie
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DESCOTES Jacques	Pharmacologie fondamentale et clinique ; addictologie
DISANT François	Oto-rhino-laryngologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
DURIEU Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY Charles	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUENOT Marc	Neurochirurgie
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
JEGADEN Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LINA Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS Patrick	Anatomie
MION François	Physiologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MOULIN Philippe	Nutrition
NEGRIER Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NICOLINO Marc	Pédiatrie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
ROUSSON Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RUFFION Alain	Urologie
RYVLIN Philippe	Neurologie
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TILIKETE Caroline	Physiologie
TOURAINÉ Jean-Louis	Néphrologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLEE Bernard	Anatomie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Seconde Classe)

ALLOUACHICHE Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire
BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
CALENDER Alain	Génétique
CHAPET Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON François	Anatomie
DALLE Stéphane	Dermato-vénéréologie
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON Laurent	Médecine légale
FAURE Michel	Dermato-vénéréologie
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale et clinique, addictologie
GUICHAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
GUYEN Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HOT Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie Médecine physique et de réadaptation
JANIER MARC	Biophysique et médecine nucléaire
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PIGNAT Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie

PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérard	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
VUKUSIC Sandra	Neurologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

LETRILLIART Laurent
MOREAU Alain

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

FLORI Marie
ZERBIB Yves

PROFESSEURS EMERITES

BERARD Jérôme	Chirurgie infantile
BOULANGER Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOZIO André	Cardiologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
ITTI Roland	Biophysique et médecine nucléaire
KOPP Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PETIT Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUSSET Bernard	Biologie cellulaire
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TISSOT Etienne	Chirurgie générale
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Paul	Neurologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie

MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors classe)

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul Cytologie et histologie
BUI-XUAN Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DAVEZIES Philippe	Médecine et santé au travail
GERMAIN Michèle	Physiologie
HADJ-AISSA Aoumeur	Physiologie
JOUVET Anne	Anatomie et cytologie pathologiques

LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
LIEVRE Michel	Pharmacologie fondamentale et clinique; addictologie
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PHARABOZ-JOLY Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
PIATON Eric	Cytologie et histologie
RIGAL Dominique	Hématologie ; transfusion
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
TIMOUR-CHAH Quadiri	Pharmacologie fondamentale et clinique ; addictologie

MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS (Première classe)

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BRICCA Giampiero	Pharmacologie fondamentale et clinique ; addictologie
CELLIER Colette	Biochimie et biologie moléculaire
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARBOTEL-COING-BOYAT	Barbara Médecine et santé au travail
COLLARDEAU FRACHON Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON Grégoire	Immunologie
DUBOURG Laurence	Physiologie
ESCURET PONCIN Vanessa	actériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FRANCO-GILLIOEN Patricia	Physiologie
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LASSET Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAURENT Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA Gaëtan	Génétique
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PERETTI Noel	Nutrition
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RITTER Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROMAN Sabine	Physiologie
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
VOIGLIO Eric	Anatomie
WALLON Martine	Parasitologie et mycologie

MAITRES DE CONFERENCES – PRATICIENS HOSPITALIERS (Seconde classe)

BUZLUCA DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
CHARRIERE Sybil	Nutrition
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PHAN Alice	Dermato-vénéréologie
RHEIMS Sylvain	Neurologie (stag.)

RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
THIBAUT Hélène	Physiologie
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
VENET Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

FARGE Thierry
FIGON Sophie
LAINE Xavier

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGER Françoise	Anatomie et Cytologie pathologiques
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
COLLET Lionel	Physiologie / O.R.L.
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
LAVILLE Martine	Nutrition
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
PERRIN Paul	Urologie
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SAUMET Jean Louis	Physiologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VITAL DURAND Denis	Thérapeutique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale

GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUERIN Jean-Claude	Pneumologie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THAI-VAN Hung	Physiologie
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VIGHETTO ALAIN	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BERARD Frédéric	Immunologie
BOHE Julien	Réanimation médicale
BONNEFOY- CUDRAZ	Eric Cardiologie
BOULETREAUX Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L.
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie

PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Soins palliatifs
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie
GIRIER Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CARRET Gérard	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie - Transfusion
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL-SCHOLTES Caroline	Bactériologie Virologie, Hygiène Hospitalière
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie - Histologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie - Histologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
GRANGE Jean-Daniel	Ophtalmologie
MOYEN Bernard Chirurgie	Orthopédique
PLAUCHU Henry	Génétique
TRAN-MINH Van-André	Radiologie et Imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury

Monsieur le Professeur Jean Louis CAILLOT

Professeur de Chirurgie générale et viscérale
Chef du service de chirurgie d'urgence du Centre Hospitalier de Lyon Sud
Rattaché à la faculté de Médecine Lyon Sud-Charles Mérieux

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter de présider notre thèse.

Vos conseils et remarques nous ont été précieux.

Votre carrière, vos nombreux travaux, forment notre admiration.

Veillez trouver ici l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur Jean Stéphane DAVID

Professeur d'Anesthésie et de Réanimation
Chef de Service Adjoint, Responsable de l'Unité de Déchocage et du Bloc Opératoire des Urgences Chirurgicales du Centre Hospitalier de Lyon Sud
Rattaché à la faculté de Médecine Lyon Sud-Charles Mérieux

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'assurance de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Professeur Associé de Médecine Générale
Rattaché à la faculté de Médecine Lyon Est

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Veillez recevoir l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Pierre Ménard

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Givors
Médecine d'Urgence

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse,
Pour votre aide et vos conseils tout au long de ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect, et de ma grande gratitude.

A notre membre invité

Monsieur le Docteur Alain MARCHAND

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Givors
Chirurgie générale
Président de la Commission médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Givors

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nous.
Recevez l'expression de notre profond respect.

Aux personnes qui nous ont aidés dans notre travail

Ahmed ARKHIS, Docteur en Biologie moléculaire et cellulaire

Merci pour ton aide précieuse, tu as été présent tout au long de ce travail et je t'en suis extrêmement reconnaissant.

A l'ensemble de mes relecteurs pour leurs précieux conseils : **Christine BESSON**, **Christiane NOYER** et **Isabelle GUALDE**. Merci pour votre aide.

A Monsieur **Serge MALACCHINA**, directeur du Centre Hospitalier de Givors pour votre confiance, soyez assuré de mon admiration et de mon profond respect.

A l'équipe des urgences de Givors, merci pour votre aide précieuse dans la collecte des données.

A Madame le Docteur **REBEILLE BORGELLA**, merci de la confiance que vous me faites

A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réussite de ma formation : amis, médecins, équipes soignantes, patients...

Je dédie ce travail à la mémoire du **Docteur OULIE**, médecin généraliste qui m'a donné la vocation et fait aimer ce métier.

A ma famille :

A **Malika**, ma chère et tendre, qui m'a apporté amour et réconfort dans les nombreux moments de doute qui ont ponctué mon parcours. J'espère être toujours à tes côtés et pouvoir en faire autant pour toi.

A mon fils **Mohamed** et ma fille **Alyia**, vous êtes ma fierté et ma plus belle réussite, je vous aime

A **mes Parents** que j'aime tant et à qui je dois tout...

Merci **Maman**, d'être toujours présente dans les bons et mauvais moments. Que ton soutien et ton amour m'accompagnent tout au long de ma vie.

A **mes frères**, pour leur tendresse et leur soutien,

A mes **beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs, neveux et nièces**, merci pour vos sourires et votre amour.

Le Serment d'Hippocrate

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	21
PARTIE I	22
I- INTRODUCTION	22
II- LES URGENCES HOSPITALIERES, CONTEXTE GENERAL	25
III- DEFINITION DE L'URGENCE	28
A. Y-A-T-IL UNE DEFINITION DES URGENCES ?	28
B. URGENCE AVEREE, URGENCE RESSENTIE	29
C. CLASSIFICATIONS DE L'URGENCE	30
1. La Classification CCMU	31
2. La classification GEMSA	32
IV- LES UNITES DE SOINS	33
A. STRUCTURE ET EVOLUTION DES UNITES DE SOINS.....	33
B. LES PASSAGES DES USAGERS DANS LES UNITES DE SOINS.....	35
1. Survol.....	35
2. Les passages dans les Structures d'Urgence en France	36
V- L'ENCOMBREMENT DES STRUCTURES D'URGENCE	41
A. L'ENCOMBREMENT	41
B. LES CAUSES DE L'ENCOMBREMENT	41
1. Le flux	41
2. L'aval	43
C. LES CONSEQUENCES DE L'ENCOMBREMENT	46
D. LES DELAIS D'ATTENTE	47
1. Généralités.....	47
2. goulots d'étranglement : explication de la durée de passage.....	49
VI- LES RECOURS SPONTANES AU SU	51
A. L'USAGER DES SERVICES D'URGENCE	51
B. RECOURS ET MOTIFS DE RECOURS SPONTANES AUX SU	52
1. Les recours spontanés	52
2. Les motifs de recours spontanés	54
a) Principaux motifs de recours.....	55
(1) Les motifs traumatiques	55
(2) Les motifs médicaux	56
(1) Les motifs psychiatriques et comportementaux.....	57
(2) Les motifs de recours liés à la structure des urgences.....	58
b) Autres motifs de recours aux SU	59
C. PROPORTION DE VISITES NON URGENTES DANS LA LITTERATURE.....	59
VII- LA SATISFACTION DES PATIENTS, USAGERS	60
VIII- PRECARITE ET MEDECINE D'URGENCE	62
A. QUELQUES DECLARATIONS	62
B. QUELQUES DONNEES SUR LA PRECARITE EN FRANCE	63

C.	CARACTERISTIQUES DES PERSONNES PRECARISEES.....	64
D.	PRECARITE ET URGENCES : PROBLEMES MEDICAUX LIES A LA PRECARITE.....	64
E.	INDICATEURS DE PRECARITE	66
1.	Le score EPICES.....	66
2.	Le score du CHU de Nantes.....	66
PARTIE II.....		68
I-	GIVORS ET LE CENTRE HOPITALIER DE GIVORS :	68
A.	SITUATION GEOGRAPHIQUE DE GIVORS.....	68
B.	APERCU SOCIO-DEMOGRAPHIQUE	69
1.	Densité et urbanisation	69
2.	Structure de la population	69
3.	Population par sexe et âge.....	69
C.	APERCU SOCIO-ECONOMIQUE	70
1.	Taux de chômage	70
2.	Foyers à bas Revenus	70
3.	Les non diplômés	71
4.	Emploi par catégories socioprofessionnelles à Givors	71
II-	HOPITAL DE GIVORS :	72
A.	HISTORIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS.....	72
B.	LES ACTIVITES MEDICALES DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS	74
1.	Site de Montgelas	74
2.	Site de Bertholon Mourier	75
3.	Le service des urgences	75
a)	L'équipe médicale.....	75
b)	L'accueil	75
c)	Le dossier « Patient »	75
d)	Accueil et orientation des patients.....	76
e)	Plateau technique à disposition	76
(1)	Le service de radiologie	76
(2)	Les examens de biologie.....	76
C.	RAPPORT D'ACTIVITE : ANNEE 2010	77
1.	Activité principale	77
2.	Activité de premier passage :.....	77
3.	Répartition des patients hospitalisés en fonction des unités	77
4.	Evolution de l'activité aux urgences.....	78
5.	Flux de patients en médecine.....	78
6.	Activité du secteur de soins externes et consultation de traumatologie	79
a)	Consultation de traumatologie.....	79
b)	Soins externes	79
c)	Activité UHCD	79
PARTIE III : L'ETUDE.....		80
I-	OBJECTIFS :.....	80
II-	MATERIEL ET METHODES.....	81
A.	TYPE D'ETUDE, LIEU ET DUREE:	81
B.	CRITERE DE SELECTION.....	82
1.	Critères d'inclusion:	82

2. Critères de non inclusion :	82
C. RECUEIL DES DONNEES.....	82
III- RESULTATS ET DISCUSSION	83
A. POPULATION ETUDIEE.....	83
1. L'étude	83
2. La population.....	84
3. Situation assurantielle	85
4. La décision du recours	86
5. Le Score EPICES de la population étudiée.....	88
6. La classification clinique de la population	90
a) La répartition CCMU.....	90
b) La répartition GEMSA.....	91
B. LES MOTIFS DE RECOURS SPONTANES.....	93
1. La pédiatrie	94
2. Les adultes	94
C. LES MOTIFS DE RECOURS MEDICAUX	96
D. LES MOTIFS DE RECOURS EXPRIMES PAR LES PATIENTS.....	97
1. Chez les adultes	97
2. En pédiatrie.....	98
E. FREQUENCES DES VISITES SPONTANEEES.....	99
1. Répartition des recours durant la semaine.....	99
2. Répartition des recours spontanés	100
3. Répartition des visites spontanées selon l'âge	102
4. Répartition des visites selon le sexe	104
5. Durée de passage dans le service	104
a) Chez les 1109 consultants spontanés.....	105
b) Chez les 542 patients questionnés	105
F. LE DELAI D'ATTENTE	107
G. LA DUREE DE PRISE EN CHARGE	109
H. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	110
PARTIE IV : ENQUETE DE SATISFACTION	113
I- LE RECOURS ITERATIF	114
II- L'ACCUEIL.....	115
III- LES MOTIFS DE RECOURS MEDICAUX	116
IV- LE CHOIX DU SERVICE DES URGENCES DU CH DE GIVORS	117
V- EXPLICATION DU DEROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE	118
VI- LE BENEFICE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES	118
VII- INFORMATIONS SUR LA NATURE DES EXAMENS.....	119
VIII- DELAI D'ATTENTE.....	119
IX- DUREE DE L'ATTENTE	120
X- ACCEPTABILITE DE L'ATTENTE	121
XI- PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	121

XII- CONSIGNES ET DOCUMENTS	122
XIII- SATISFACTION	123
XIV- RECOMMANDATIONS.....	123
XV- LA VOLONTE DE REVENIR	124
PARTIE V : CONCLUSIONS	125
BIBLIOGRAPHIE.....	128
ANNEXES.....	140

ABREVIATIONS

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

API : Allocation Parent Isolé

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

AT : Accident du Travail

AVP : Accident sur la Voie Publique

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNUH : Conseil National de l'Urgence Hospitalière

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMS : Durée Moyenne de Séjour

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil

IOA : Infirmier(ère) Organisateur (trice) de l'Accueil

MeaH : Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitalier

MMG : Maison Médicale de Garde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence Des Soins

POSU : Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'Urgence / Structure d'Urgence

UE : Union Européenne

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil Traitant l'Orientation des Urgences

PARTIE I

I- INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les services d'accueil des urgences des hôpitaux sont confrontés à une augmentation constante des usagers, et par conséquent, exposés à une augmentation continue de leur activité à laquelle il faut faire face.

Cet accroissement rapide des consultations, plus particulièrement les consultations spontanées ou recours non programmés aux Services d'Urgences (SU), est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés devenant ainsi un véritable phénomène de société.

En France, l'activité des SU ne cesse de croître. Elle augmente en moyenne de 4% par an depuis 1996. En 10 ans, de 1990 à 2000, le nombre de passages aux SU publics hospitaliers est passé de 7,2 à 12,7 millions soit une augmentation de 76%. De 1996 à 2007, ce nombre est passé de 10 à 15,9 millions. Cela correspond à un taux moyen annuel de recours de 26 passages pour 100 habitants (1 ; 2 ; 3).

- En 2011, le nombre de passages aux urgences était de 18 millions dont 1 819 318 en Rhône-Alpes, soit 10%. Le département du Rhône a enregistré 551 567 passages soit 30,3% au niveau régional et 3% au niveau national (1 ; 2).

- Entre 1990 et 2004, le nombre de passages dans les unités d'accueil et de traitement des urgences a doublé, il est passé de 7,2 à 14 millions alors que, la même année, la médecine générale de ville a pris en charge environ 35 millions de recours urgents ou spontanés (1 ; 4).

Les causes de cet accroissement sont nombreuses notamment le recours spontané aux SU. Ce phénomène est la conséquence, entre autres, de l'évolution de la société, du changement du comportement des patients, de l'évolution de l'organisation des soins de ville. En effet, l'utilisateur, devenant exigeant, sollicite une prise en charge immédiate, rapide et à tout moment, souvent pour répondre plutôt à une inquiétude qu'à une vraie urgence. En outre, certains patients éprouvent des difficultés d'accès à un médecin libéral en raison d'une insuffisance de la

permanence de soins de ville, d'un désengagement des médecins libéraux ou d'un problème de prise de rendez-vous (4-11).

De plus, depuis plusieurs années, les campagnes d'information, de sensibilisation pour la prévention et le dépistage de maladies (cancers, maladies infectieuses, etc) se multiplient et avec l'avènement d'Internet et les discussions sur les forums de santé, nouveaux outils d'information pour le grand public, un climat d'inquiétude s'installe et pousse les sujets à s'orienter vers les SU au moindre signe d'alerte.

Par ailleurs, la désertification médicale source d'une réelle difficulté d'accès aux soins de premier recours pousse la population concernée par ce phénomène à recourir directement à l'hôpital ce qui contribue encore au processus d'accroissement d'activité des SU.

En raison de ce recours non programmé, de plus en plus fréquent, les services d'urgence se trouvent donc confrontés à un encombrement considérable et à un flux d'utilisateurs important parfois difficiles à gérer. Cette situation est paradoxale, car le plus souvent, ces consultations ne correspondent pas une urgence vitale ou grave, puisque les trois quarts des utilisateurs ne sont pas hospitalisés. En fait, les patients nécessitant des interventions urgentes représentent moins de 3% des utilisateurs des SU. Il existe une tendance à confondre, par l'utilisateur, soins non programmés ou soins ressentis comme urgents et soins urgents (6 ; 7).

Cette situation crée des insatisfactions tant pour le personnel soignant que pour les utilisateurs. Ainsi, le personnel éprouve des difficultés à gérer les flux de patients et souffre d'épuisement à cause de la surcharge de travail, cela peut aller jusqu'au *burn-out*. Cette altération des conditions de travail des professionnels se répercute sur la qualité des soins (13 ; 14).

Chez les patients, cet engorgement des services peut se traduire par l'allongement du temps d'attente, provoque leur mécontentement, la recrudescence d'actes violents, l'augmentation de leur souffrance, l'aggravation de l'état de santé ou même la perte de vie.

Face à ce constat et dans le but de juguler l'exacerbation de ce phénomène de recours spontané des patients aux services d'urgence hospitaliers et leur encombrement, pouvoirs publics et professionnels de santé ont procédé à la réorganisation structurelle de la médecine d'urgence.

Ainsi, le plan d'urgence 2003-2008 suite à la canicule de 2003 et la permanence des soins (PDS) ont été mis en place (15 ; 16), les UPATOU, POSU et SAU ont été supprimés et remplacée par les « Structures des Urgences » en 2006. La coordination de la régulation médicale a été également améliorée au moyen de l'interconnexion entre les numéros d'appel 15 et 18 assurée par les centres d'appel dédiés aux urgences médicales. Des conventions ont été signées entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), le SAMU, le SMUR et les ambulanciers privés (17 ; 18 ; 19). Les médecins exerçant dans toutes ces structures doivent être « urgentistes » ou s'engager dans une formation universitaire en médecine d'urgence (20 ; 21).

Récemment, le rapport Carli (22) a préconisé plusieurs recommandations telles que :

- ✓ la création d'unités polyvalentes affectées à l'évolution prévisible de l'aval des urgences,
- ✓ les consultations spécialisées non programmées pour les patients adressés par leur médecin traitant afin de contourner les services d'urgences et,
- ✓ la planification de la gestion des lits.

L'hôpital de Givors ne déroge pas à ce phénomène d'engorgement, et devant ce constat, nous nous sommes donc intéressés aux motivations de ces usagers qui décident seuls de se présenter aux urgences du Centre Hospitalier de Givors aux heures d'ouverture des cabinets des médecins généralistes.

Le présent travail comporte quatre parties :

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux sur les services d'urgences d'après la littérature et sur certains des problèmes inhérents à ces services, avant de présenter, dans une deuxième partie, l'organisation de l'activité des urgences du Centre Hospitalier de Givors.

La troisième partie, porte sur la formulation de la question et la conception de l'étude. Nous y décrirons la population qui se présente spontanément aux urgences de Givors, ses motifs de recours à travers un certain nombre de facteurs socio-économiques, sa prise en charge et sur sa perception du Service des Urgences par le biais d'une enquête de satisfaction.

Dans la dernière partie, nous analyserons et discuterons les résultats afin de voir dans quelle mesure la démarche de ces patients peut paraître rationnelle.

II- LES URGENCES HOSPITALIERES, CONTEXTE GENERAL

En raison d'une précarité sociale croissante, de l'évolution des modes de consommation des soins et d'une société en perpétuel changement, le recours aux services des urgences est devenu un véritable phénomène de société. Ce recours en perpétuelle augmentation, a acculé les services des urgences à fonctionner au-delà de leur capacité. Le résultat est un encombrement de ces services dont les conséquences pourraient être potentiellement dangereuses pour les patients et le personnel. Actuellement, un des défis lancés aux responsables et aux autorités est de remédier à ce problème majeur de saturation, un problème retrouvé dans tous les pays qui en sont dotés.

L'encombrement des structures des urgences (SU), une situation devenue chronique, touche tous les pays occidentaux. Au Royaume-Uni, durant les années 1990, la fréquentation des SU n'a cessé de s'accroître ce qui a conduit à un dysfonctionnement majeur et à une saturation de ces services. La situation était exacerbée par une conception dépassée et des processus traditionnels des SU, une capacité insuffisante de lits d'hospitalisation, et par un corps médical constitué de médecins principalement non-urgentistes. Jusqu'à récemment, ces SU étaient tristement célèbres pour leurs « couloirs de la honte » où les patients étaient couchés sur des chariots pendant 12 heures ou plus dans l'attente d'une réception à l'accueil déjà saturée par des patients en attente depuis 6 à 8 heures pour une prise en charge médicale (23).

Cette crise a conduit à un lobbying de grande envergure par *la British Association for Emergency Medicine* aboutissant finalement à une réforme des soins d'urgence par la mise en place de centres de diagnostic rapide et de traitement pour remédier à la surcharge des services d'urgence. Cette réforme a permis également de mettre en place un certain nombre d'indicateurs pour l'amélioration de qualité des soins (délai d'attente, temps de passage, satisfaction du patient) (24 ; 25 ; 26 ; 27).

Par ailleurs, en 1999, pour désengorger les SU, organiser une permanence de soins et remplacer les offres de premier secours moins adaptées pour traiter les affections bénignes et la petite traumatologie dont le délai d'attente est trop long, le gouvernement britannique a procédé

à la création de centres médicaux sans rendez-vous, ouverts toute la semaine, de 7 heures à 22 heures, avec deux objectifs :

- ✓ réduire le délai d'attente à moins de quatre heures en cas de recours aux SU et permettre aux patients d'accéder à un professionnel de santé dans les deux jours ouvrables après sa demande (28),
- ✓ diminuer le recours aux médecins généralistes, aux SU hospitaliers et permettre un accès plus facile aux soins de premier recours, en dehors des heures de travail (29).

En 2000, une quarantaine de centres ont été approuvés par le *National Health Service*. En 2005, on en comptait 71 au Royaume-Uni. Certains centres privés (*Drop-in Medical Centres*) se sont également installés (30).

En Australie, bien que certaines mesures aient un certain succès, comme l'accroissement de la capacité des hôpitaux en lits et du nombre des maisons de soins infirmiers, l'encombrement global des SU ne s'est pas amélioré de manière sensible (31 ; 32).

Aux USA, en 2011, l'*Academic Emergency Medicine* a tenu une conférence-consensus intitulée « *Interventions to assure quality in the Emergency Department* » ou « Les interventions visant à garantir la qualité dans les Services des Urgences » où il était question d'enquêtes sur les interventions visant à améliorer les délais des soins d'urgence, du concept de la rapidité des soins d'urgence, de l'état actuel des interventions qui ont été mises en œuvre pour améliorer ces délais. Un des objectifs de cette conférence était d'utiliser ces données pour la conception d'un futur programme de recherche sur les urgences (33).

Au niveau européen, en 2007, l'OMS a initié un projet destiné à mettre au point un modèle standard à utiliser comme outil de collecte de données afin d'harmoniser les définitions dans le secteur de la santé, de faciliter les comparaisons entre tous les pays de l'UE. Ce modèle permettait également la compilation des informations essentielles, de faire l'état des lieux des systèmes des Services Médicaux d'Urgence des états membres pour mieux gérer les situations de crise (34).

En 2011, une étude d'envergure internationale sur les SU de 15 pays autres que les Etats-Unis (9 européens, Australie, Canada, Inde, Iran, Arabie Saoudite et Hong Kong) a montré une détérioration des services des urgences de ces pays à cause de leur encombrement, malgré la présence d'une couverture maladie universelle facilitant l'accès aux soins dans la médecine libérale. Seule exception, les pays scandinaves où l'encombrement ne semble pas être un problème majeur et ce grâce à l'efficacité de leurs systèmes de gestion de soins de courte durée en dehors des SU basé sur l'activité et la participation des médecins de ville (35).

Les pays du Maghreb et du Moyen-Orient (36 ; 37 ; 38) n'échappent pas non plus au problème de surpeuplement des SU mais très peu d'études ont été réalisées sur le sujet. Ainsi, en Arabie Saoudite, une croissance du nombre de passages de 30% a été observée entre 2003 et 2005 (39). En Iran, pour atténuer l'engorgement des SU, l'accent est mis actuellement sur le développement de la médecine d'urgence en termes de capacités et de compétence: augmentation du nombre des SU, des résidences médicales et de médecins urgentistes qualifiés (40).

En Afrique du Nord, les SU du Maroc et de la Tunisie enregistrent respectivement 3,7 et 3,5 millions de passages/an. Ils sont actuellement confrontés à une augmentation des consultations et un encombrement très important dans un contexte moins favorable que dans les pays occidentaux en termes de structures de soins et de capacité d'accueil des patients. La gratuité des soins, la fausse urgence du motif de recours et les facilités d'accès aux SU sont les principales causes de cet encombrement (41 ; 42).

En France, la prise en charge des urgences médicales repose très largement sur les hôpitaux publics et sur les établissements privés participant au service public hospitalier. En 2003 a été mis en place « Le Plan Urgences 2003-2008 », prenant en compte des mesures globales pour l'ensemble de la filière des urgences. Ce plan a misé, entre autres, sur la permanence des soins pour désengorger les structures des urgences. Bien que ce nouveau dispositif ait connu des difficultés d'application, il a toutefois permis une amélioration et un renforcement appréciables de ces structures (43).

En outre, ce plan a également permis d'améliorer la formation et le métier du médecin urgentiste en mettant en place un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de médecine d'urgence (20 ; 21). Contrairement à la France, à la Belgique et au Royaume-Uni où la médecine d'urgence est une spécialité médicale, il n'existe pas de

spécialisation dans cette discipline en Italie, en Espagne et dans les pays scandinaves. En Suède, les jeunes médecins sont formés à la médecine d'urgence par les hôpitaux (44).

Les raisons principalement évoquées pour expliquer ce phénomène de saturation des urgences sont le comportement consumériste des soins et l'urgence ressentie par les usagers qui souhaitent se faire soigner rapidement, le manque de disponibilité des médecins généralistes en ville et le faible niveau d'information des usagers sur les SU et sur les compétences des médecins (6 ; 42). En effet, une très grande majorité des visites aux SU ne relèvent pas d'une situation d'urgence vitale ou grave puisque plus des trois-quarts des patients ne sont pas hospitalisés et retournent à domicile. En réalité, les patients nécessitant des interventions urgentes représentent moins de 3% des usagers des SU (6 ; 7).

Les autorités ont répondu à ce problème de saturation des SU, en agissant en amont, par la création d'Unités de garde pour les soins primaires (Maison Médicale de Garde) à proximité des hôpitaux. Ces MMG devraient accueillir les patients dont l'état de santé justifie une prise en charge ambulatoire tels les soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples. Ces unités devraient apporter des solutions plus adaptées aux besoins réels de la population. De surcroît, une des spécificités du système de la pré-urgence hospitalière français est la présence d'un médecin urgentiste à tous les niveaux de prise en charge du patient, de l'appel au centre de régulation à l'intervention sur le terrain (5 ; 6 ; 42).

Les leaders d'opinion français ont rapporté que le surpeuplement des départements d'urgence ne sera pas atténué tant que les hôpitaux adopteront une approche large et multidisciplinaire, axée sur des solutions aux contraintes des capacités d'hospitalisation (5).

III- DEFINITION DE L'URGENCE

A. Y-A-T-IL UNE DEFINITION DES URGENCES ?

Notre recherche bibliographique n'a pas pu aboutir à une définition unique de l'urgence, il n'y donc ni **Gold Standard**, ni définition officielle. La notion d'urgence a évolué au cours du temps, passant de « l'urgence vitale » à « l'urgence ressentie » puis actuellement à la notion de

« recours non programmé » ce qui aboutit à un certain nombre de définitions aussi bien médicales que législatives.

La circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991 relative à l'amélioration des SU des établissements définit les urgences comme étant : « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie* » (45).

La définition médicale est plus précise : « *Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant* » (46).

De son côté, l'OMS ne donne pas vraiment de définition de l'urgence mais cite le droit aux soins de santé et aux soins médicaux d'urgence (47).

- l'urgence en matière de santé est généralement définie comme « *un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète - à tort ou à raison- l'intéressé et/ou son entourage* ».

- l'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide (48).

B. URGENCE AVEREE, URGENCE RESSENTIE

Ces définitions sous entendent que cette urgence peut être ressentie par le patient ou avérée. Il incombe au médecin d'évaluer par l'interrogatoire le niveau d'urgence et d'apprécier s'il s'agit d'une urgence :

- avérée ou vraie mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel,
- ressentie apparaissant pour le patient ou son entourage, par son intensité ou sa soudaineté, comme une situation nécessitant un recours médical en urgence.

Cette définition de l'urgence dépend aussi de quel côté on se trouve, urgentiste ou patient. Pour l'urgentiste, il s'agit d'une situation qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel

en l'absence de prise en charge rapide. Pour le patient, l'urgence équivaut à la rapidité sans que la gravité soit mise en avant (49).

Selon le sociologue Jean Péneff : « *Les malades arrivent avec leurs propres interprétations et leur propre conception de la thérapeutique à suivre. Ce qui est urgent, c'est de plus en plus ce que les usagers définissent comme urgent* » (50).

En 2004, on estimait à 14 millions le nombre de recours urgents ou non programmés dans les SU des hôpitaux français pour 35 millions en médecine générale de ville. Ces recours ne correspondent pas le plus souvent à une situation d'urgence vitale ou grave, car environ 80% des patients ne sont pas hospitalisés après consultation. Sur les 80% rentrant à domicile, 65% ont eu des examens complémentaires et 16% une simple consultation (51 ; 52 ; 53)

En l'absence d'un **Gold standard** pour la définition de l'urgence, chaque étude choisit donne sa propre définition. Par conséquent, la proportion des recours urgents et non urgents varie d'une étude à l'autre. Selon la littérature, le terme « urgence » a été utilisé pour désigner des situations très diverses, et les situations où le pronostic vital est engagé sont très peu nombreuses. Elles représentent environ 3 à 6% des interventions des SU suivies d'une hospitalisation (54).

Il est souvent difficile de faire la distinction entre une urgence vitale, situation exigeant une mobilisation rapide, et un cas non urgent. Cette appréciation est différente selon que l'on est du côté médecin ou du côté patient. Souvent, il y a une confusion des usagers entre soins urgents et soins non programmés et seul le diagnostic élaboré par le médecin peut permettre de juger la situation du patient. Toutefois, il existe, a contrario, des situations où le médecin peut être confronté à une urgence avérée qui n'est pas ressentie comme urgente par le patient.

C. CLASSIFICATIONS DE L'URGENCE

L'absence de définition univoque, médicale ou administrative de l'urgence, a conduit à la distinction de catégories ou de niveaux d'urgence et la mise en place de classifications sur lesquelles l'urgentiste peut s'appuyer pour définir les situations cliniques. Ainsi les urgences sont subdivisées habituellement en quatre catégories :

✓ **Urgence vitale** : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence

✓ **Urgence vraie** : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital

✓ **Urgence relative** : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital

✓ **Urgence différée** : pathologie pouvant être soignée avec délai.

De son côté, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), décrit cinq niveaux d'urgence selon la gravité de l'état du patient (55) :

✓ **Niveau 1** : pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence.

✓ **Niveau 2** : le pronostic vital n'est pas engagé, le pronostic est stable mais nécessité d'un plateau technique.

✓ **Niveau 3** : pronostic incertain et instable, nécessite l'accès rapide à un plateau parfois spécialisé.

✓ **Niveau 4** : pronostic vital engagé et nécessité d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR.

✓ **Niveau 5** : situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR.

Cette description du CNOM est proche de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).

1. La Classification CCMU

En France, une échelle de gravité appelée « Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) » a été élaborée par les spécialistes de l'urgence (56). Elle comporte cinq classes correspondant à la gravité de l'état du patient :

✓ CCMU I : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences.

✓ CCMU II : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

✓ CCMU III : état fonctionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.

✓ CCMU IV : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

✓ CCMU V : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.

Et deux classes concernant la psychiatrie et le décès :

- CCMU P: patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

- CCMU D: patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Cependant, cette classification n'est pas obligatoire et elle est insuffisamment utilisée par les SU. Les études épidémiologiques, la recherche clinique et l'activité des établissements auraient beaucoup à gagner si cette classification, sa généralisation et toutes les informations qui en découlent étaient utilisées couramment et efficacement.

2. La classification GEMSA

La classification GEMSA (Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) a été élaborée par la Commission de Médecine d'Urgence, de la Société de Réanimation de Langue Française (57). Le GEMSA a un autre angle de vue que la CCMU.

Il retrace l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient. Il distingue 6 groupes de patients, dont la nature est déterminée a posteriori. Les critères de classement sont: le mode d'entrée, de sortie du patient et la programmation ou non de la prise en charge

✓ GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

✓ GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins

✓ GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale

✓ GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au Service d'Urgences

✓ GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au SAU que pour des raisons d'organisation

✓ GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée.

IV- LES UNITES DE SOINS

A. STRUCTURE ET EVOLUTION DES UNITES DE SOINS

Les SU des hôpitaux sont un élément essentiel et indispensable du système de santé. Bien que leur mission initiale consiste à prodiguer des soins d'urgence à des personnes dont le pronostic vital est en jeu ou sur le point de subir des dommages permanents de leur état de santé, le rôle de ces SU a évolué au cours des dernières décennies pour répondre aux besoins de la population.

Depuis 2001, on assiste à un partage du « marché » des urgences entre établissements publics et privés. Et bien que les passages aux urgences privées augmentent plus rapidement que dans le secteur public, ce dernier reste prédominant et représente plus de 75% des passages (58 ; 59)

Avant 2006, les services d'urgence étaient constitués, d'une part, de structures pré-hospitalières, SAMU et SMUR, et d'autre part, de structures hospitalières. Ces dernières, localisées sur 631 sites, ont été autorisées par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) suite à l'application de trois conditions : proximité, qualité et sécurité des soins.

Par le passé, ces services d'urgence étaient classés, selon les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 (60), en trois types de structures en fonction de leur niveau de technicité et de normes d'équipement :

✓ les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) qui pouvaient traiter tous les types d'urgences grâce à leur niveau d'équipement le plus élevé. Ils représentent un tiers des structures autorisées.

✓ les Unités de Proximité, d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATOU) pour les cas moins lourds. Structures plus légères que les SAU, elles traitent les cas les plus simples, et orientent les patients dont l'état de santé le nécessite vers d'autres structures.

✓ les Pôles Spécialisés d'accueil et de traitement des Urgences (POSU) pour la prise en charge des urgences lourdes et spécifiques (cardiologie, neurologie, pédiatrie, etc).

En termes de praticiens, tous les médecins exerçant dans ces structures doivent être spécialistes en médecine d'urgence et titulaire d'un diplôme de médecine d'urgence (Diplôme d'études spécialisées complémentaire ou DESC créé en 2004) ou ayant justifié d'une expérience professionnelle de trois ans minimum dans une structure ou dans un service de médecine d'urgence ou encore tout médecin s'engageant dans une formation universitaire en médecine d'urgence (21).

En 2006, l'effectif total de ces unités d'urgence autorisées était de 631 dont 208 SAU, 385 UPATOU et 38 POSU. Parmi les 385 UPATOU, 245 sont publiques et 140 appartiennent au secteur privé à but lucratif alors que 202 SAU sont situés dans des établissements publics hospitaliers (figure 1).

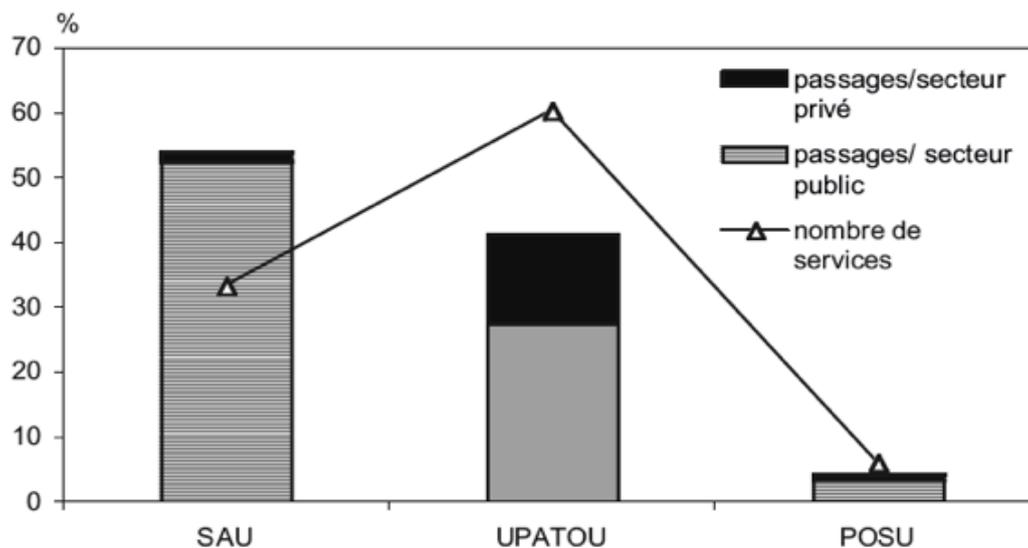


Figure 1. D'après 5_Valérie CARRASCO. L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. N° 524 • septembre 2006

La même année, les deux décrets du 22 mai 2006 introduisent un certain nombre de modifications dans le cadre réglementaire de la prise en charge des urgences (60 ; 61 ; 62). Le premier décret est relatif à la "médecine d'urgence" et vient modifier le code de la santé publique, tandis que le second précise les conditions techniques de fonctionnement applicables aux "structures de médecine d'urgence". Ces modifications ont entraîné la suppression des notions d'UPATOU, de POSU et de SAU. Ainsi, tous les services autorisés par l'ARH sont appelés «

Structures des Urgences » avec distinction entre la structure des urgences adultes généralistes et la structure des urgences pédiatriques. Ces « structures des urgences » auront l'obligation de répondre aux mêmes exigences de qualité en termes d'effectifs et de compétences médicales et paramédicales.

L'organisation actuelle de la médecine d'urgence est donc sous forme de trois types de services : les Structures des Urgences, les SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) et les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). A savoir, les SMUR doivent obligatoirement être rattachés à une structure des urgences pour être autorisés à fonctionner. Suite à ces modifications réglementaires, l'activité de soins de médecine d'urgence est organisée selon trois modalités :

- la régulation des appels adressés au SAMU - centre 15,
- la prise en charge des patients par le SMUR,
- la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences

B. LES PASSAGES DES USAGERS DANS LES UNITES DE SOINS

1. Survol

Depuis plusieurs années, on assiste à une croissance considérable du nombre de passages, et plus particulièrement du nombre de consultations non programmées dans les SU en France et partout ailleurs. Plusieurs études ont montré les difficultés à endiguer l'afflux de ces consultations. Cette tendance n'est pas susceptible de changer.

Aux Etats-Unis, les services d'urgence ont l'obligation de prendre en charge les patients sans « assurance-maladie » et restent donc le premier recours pour ces patients. De même, en cas d'indisponibilité des médecins généralistes le soir et les week-ends (loi COBRA et recommandation EMTAL) (63). Dans cette situation, de 1997 à 2007, le nombre de passages aux SU a augmenté de 23% passant à 116,8 millions/an, soit 39,4 passages/100 habitants (64 ; 65).

De même, les SU du Canada ont connu une situation identique à celle des américains. Ainsi, en l'espace de 10 ans, de 1992 à 2002, les consultations se sont accrues de 23%. En 2004, les SU ont connu 14 millions de passages bien qu'un tri soit effectué par une Infirmière d'Orientation et d'Accueil depuis les années 1970 (66 ; 67 ; 68).

Au Royaume-Uni, l'utilisation des SU hospitaliers a connu une croissance accrue, le nombre annuel de visites a augmenté de 20% entre 2007 et 2012 et la tendance n'est pas au changement (69). Certains patients attribuent leur visite aux SU aux difficultés et à l'incapacité de voir un médecin généraliste pour les soins primaires (70). Par la création de centres de diagnostic rapide et de traitement, le Royaume-Uni, espère remédier à la surcharge des services d'urgence.

En Belgique, en quatre ans, de 1996 à 2000, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 36% pour atteindre 2 millions de passages (71).

2. Les passages dans les Structures d'Urgence en France

En France, l'activité des SU ne cesse de croître de façon importante et parallèlement à l'accroissement du nombre de passages depuis les années 1980. Depuis 1996, cette augmentation constante du nombre de passages est de 4%/an en moyenne, même si un ralentissement s'est fait sentir ces dernières années (figures 2 et 3). De 1990 à 2000, le nombre de passages dans les SU publics est passé de 7,2 à 12,7 millions, soit une augmentation de 76% et ce sans tenir compte des consultations dans les structures privées où on estime les passages à plus de 1 million. (1; 3; 4). En 1999, ce nombre est passé à 12,34 millions, soit un taux de passage moyen national de 18,4% et ce dans 90% des hôpitaux publics. En 2004, il a atteint le double pour passer à 14 millions (5; 6) alors que la même année, la médecine générale de ville a pris en charge près de 35 millions de recours urgents ou spontanés. Cette augmentation des passages dans le service public a été de 43% entre 1990 et 1998 et plus de 60% entre 1990 et 2001 (1; 3; 5)

Après une inflexion en 2003 (+2,8%), la recrudescence des passages s'est poursuivie pour atteindre 3,5% entre 2004 et 2005 (5). Les 15,9 millions de passages ont été atteints en 2007. Cela correspond à un taux moyen de recours annuel de 26 passages pour 100 habitants (26%). Il était de 17,5% en 1996 et est passé à 23,5% en 2003, un taux qui est resté identique en 2004. Néanmoins, ce taux est variable selon les régions. En effet, en 2003, ce taux dépasse les 25% dans 6 régions : Corse (26,1%), Picardie (26,4%), Île-de-France (26,7%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (26,8%), Basse-Normandie (27,5%), et Haute-Normandie (29,3%). En revanche, quatre régions enregistrent un taux inférieur à 20%, la Lorraine, les Pays de La Loire (17,8%); l'Aquitaine et l'Auvergne. En 2011, La Lorraine a vu son taux de passages augmenter à 23,45% : près d'un Lorrain sur quatre consulte chaque année dans un SU (5 ; 20 ; 44 ; 72).

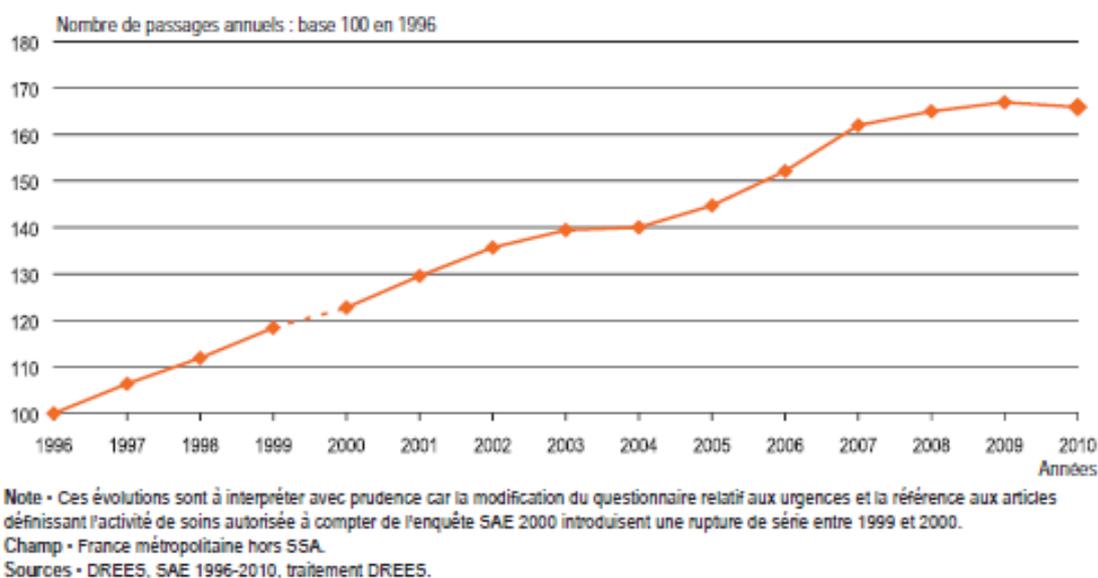
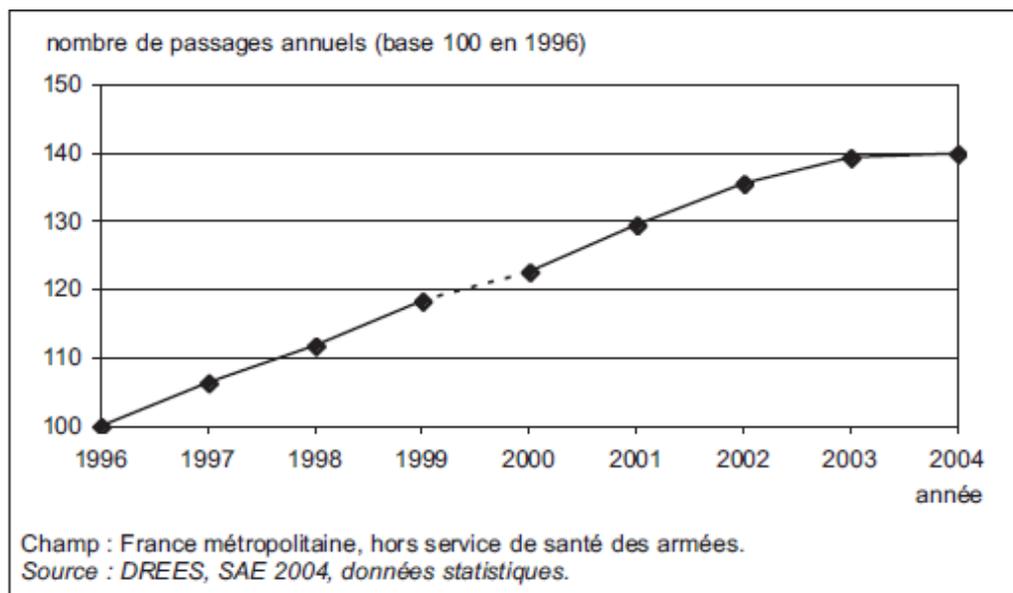
Selon la Statistique Annuelle des Etablissements (1), en 2011, le nombre de passages aux urgences était de 18 millions dont 1 819 318 en Rhône-Alpes, soit 10%. Le département du Rhône a enregistré 551 567 passages soit 30,3% au niveau régional et 3% au niveau national (tableau 1). En 2002, on comptait 1 368 300 passages aux urgences, soit 5 et 27% de plus respectivement qu'en 2000 et 1995 et en moyenne 15,7% des passages ont été suivis d'une hospitalisation (72 ; 73 ; 74 ; 75).

Activité du court séjour hospitalier : alternatives à l'hospitalisation										
Ventes en hospitalisation de jour, nuit et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire en 2011 - Hospitalisation à domicile (HAD) - Chimiothérapie - Accouchements - Urgences - IVG										
Sources : DREES - ARS - Données SAE 2011 déclarées par les établissements										
Disciplines court séjour	RHÔNE-ALPES	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	France
Secteur public :										
Médecine (I)	134 276	4 457	2 670	14 161	24 328	19 811	54 801	2 702	11 346	1 638 313
Chirurgie	70 918	4 903	2 756	5 855	9 514	12 284	20 282	6 365	8 959	729 982
Gynécologie-Obstétrique	20 119	1 166	630	1 254	3 632	2 504	7 655	1 131	2 147	223 120
Secteur privé :										
Médecine (I)	46 922	0	269	1 909	1 382	5	30 730	4 672	7 955	472 163
Chirurgie	302 854	12 388	12 345	20 705	62 019	36 271	108 705	11 326	39 095	3 136 574
Gynéco-Obstétrique	4 396	0	0	35	1 527	879	1 095	0	860	64 754
Ensemble :										
Médecine (I)	181 198	4 457	2 939	16 070	25 710	19 816	85 531	7 374	19 301	2 110 476
Chirurgie	373 772	17 291	15 101	26 560	71 533	48 555	128 987	17 691	48 054	3 866 556
Gynéco-Obstétrique	24 515	1 166	630	1 289	5 159	3 383	8 750	1 131	3 007	287 874
Hospitalisation à domicile (Médecine)										
Journées de prise en charge	372 127	7 362	9 359	55 473	35 465	66 439	150 126	13 312	34 591	3 463 127
Accueil et traitement des urgences										
Nombre de passages année 2011	1 819 318	97 204	81 112	150 901	266 223	258 198	551 567	148 983	265 130	17 997 228
Traitement du cancer :										
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	418 193	13 341	4 092	31 126	57 162	53 397	195 186	26 513	37 376	4 394 773
Nombre total d'accouchements										
dont césariennes	80 908	4 315	3 259	5 253	14 261	10 382	28 208	4 947	10 283	768 162
	16 859	827	724	1 040	2 896	2 190	6 161	1 033	1 988	157 685
Nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse)										
hors IVG médicamenteuses en médecine de ville et hors ITG	16 516	761	629	1 280	2 923	1 780	5 848	827	2 468	179 772
Pourcentage d'IVG de mineures en 2010										
	6,2	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	6,5
Nombre d'ITG (interruptions thérapeutique de grossesse)										
	649	6	3	8	179	55	312	20	66	7 315

20 (1) Nombre de ventes hors séances de chimiothérapie (rupture de série)

Tableau 1. Nombre de passages en Rhône-Alpes en 2011.

D'après http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/20130307_DSPRO_statiss_2012.pdf



Figures 2 et 3. Nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

D'après 76_ <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>

Cette augmentation de l'activité des SU s'explique principalement par l'augmentation des visites non programmées ou spontanées qu'il s'agisse ou non d'une vraie urgence. En effet, les usagers expriment une demande de soins pour des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate et ne s'accompagnant pas forcément d'une hospitalisation. Ainsi, en 1998, seulement 29,32% (3,4 millions) des consultants ont été hospitalisés sur l'ensemble des passages en France. En pédiatrie, le nombre d'hospitalisation n'a augmenté que de 1% alors que le nombre de passage s'est accru de 8,6% (5). Selon la littérature, les patients nécessitant des interventions urgentes représentent moins de 3% des usagers des SU (77; 78).

En 2006, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a publié des recommandations pour atténuer le recours spontanés aux urgences afin d'éviter leur saturation (79), parmi lesquelles:

- L'hospitalisation à domicile de patients en fin de vie comme alternative à l'hospitalisation,
- La réorientation des patients vers les médecins généralistes,
- La gestion des lits des SU,
- Des protocoles pour des populations spécifiques (pédiatrie, psychiatrie...)
- La création d'unités temporaires lors des demandes de pointe
- La coordination entre médecins généralistes et hospitaliers pour les admissions directes sans passer par les urgences,
- Une meilleure gestion du personnel.

En termes d'activité, en 2004, les SAU ont traité 54% des passages pour une moyenne de 37 000 passages/an, soit une activité double de celle des UPATOU (16 000 passages).

En 2009, la France comptait 648 structures des urgences dont 19,3% dans le secteur privé lucratif et 6,5% dans le secteur privé non lucratif, assurant près de 16,9 millions de passages (dont 12,3% et 5,2% respectivement dans les secteurs lucratif et non lucratif). Ainsi, le secteur public prend en charge 75% de la médecine d'urgence. Parmi ces structures, on compte 103 SAMU et 409 SMUR dont la quasi-totalité est implantée dans des établissements publics (100% pour les SAMU et 98% pour les SMUR) (19).

En 2010, ce nombre est passé à 670 SU autorisées à accueillir des urgences, 426 SMUR et 106 SAMU qui y sont rattachés (tableau 2). Ces structures ont enregistré 17,5 millions de passages ce qui correspond à une stabilisation par rapport aux flux observés en 2009 (soit 0,4%) (tableaux 3 ; 1 ; 10).

De taille variable, les structures publiques sont plus grandes que les structures privées à but lucratif et accueillent chacune en moyenne 26 000 patients/an (29 000 vs 17 000 passages/an). Par ailleurs, 70% de ces structures traitent moins de 30 000 passages et les 30% restants en traitent moins de 15 000. Les grandes structures traitent plus de 40% de la totalité des passages : elles recueillent plus de 40 000 passages/an soit 19% du secteur. La part des passages aux urgences du secteur privé pris dans sa globalité était de 17% en 2010 (10 ; 19 ; 77).

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	391	36	128	555
structure générale et pédiatrique	95	4	0	99
structure pédiatrique	14	1	1*	16
Ensemble	500	41	129	670
SMUR				
SMUR général	383	7	1	391
SMUR général et pédiatrique	23	0	0	23
SMUR pédiatrique	11	0	1	12
Ensemble	417	7	2	426
SAMU	106	0	0	106

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lérval.

Note • Une structure des urgences est exclusivement générale si elle n'accueille que des adultes, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants et générale et pédiatrique si elle accueille les deux.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

Tableau 2. Nombre de services d'urgence en 2010 selon le statut et l'autorisation.

D'après 10_le panorama des établissements de santé édition. 2012. Collections Etudes et Statistiques. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Sur le plan national, on observe une certaine hétérogénéité dans la distribution des SU. A titre d'exemple, la région en Île-de-France compte 89 unités d'urgence (34 SU pédiatriques, 8 SAMU, 42 SMUR dont 5 pédiatriques). 40% de ces SU traitent plus de 40 000 passages par an. Dans les autres régions, cette part est en dessous de 20% (19 ; 77).

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Structures générales	9 031 566	-0,3 %	656 526	-5,1 %	2 207 972	4,6 %	11 896 064	0,2 %
Structures pédiatriques	394 936	-18,6 %	22 751	-36,6 %	19 374 (*)	-	437 061	-16,1 %
Structures générales et pédiatriques	4 972 058	-0,5 %	200 338	-0,0 %	0	-	5 172 396	-0,4 %
Urgences générales	3 463 158	-0,4 %	126 977	9,1 %	0	-	3 590 135	-0,1 %
Urgences pédiatriques	1 508 900	-0,7 %	73 361	-12,6 %	0	-	1 582 261	-1,3 %
Ensemble	14 398 560	-1,0 %	879 615	-5,2 %	2 227 346	-	17 505 521	-0,4 %

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lérval.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

Tableau 3. D'après 10_le panorama des établissements de santé édition. 2012. Collections Etudes et Statistiques. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

V- L'ENCOMBREMENT DES STRUCTURES D'URGENCE

A. L'ENCOMBREMENT

Le nombre important et en croissance continue d'admissions aux SU en fait les services médicaux les plus fréquentés et les plus encombrés. En effet, il existe une littérature abondante sur l'encombrement des SU et ses conséquences, mais peu sur les interventions visant à atténuer l'effet de cet encombrement avec efficacité. Très souvent, cette saturation fait référence aux consultations non urgentes (11 ; 12 ; 66).

Dans la littérature de la médecine d'urgence, les consultations non urgentes ou non programmées aux SU sont sujettes à controverse. Elles ont été le plus souvent associées à l'encombrement des SU et à des coûts supplémentaires des soins. En effet, de nombreux auteurs font un lien entre visites non urgentes et encombrement ; une proportion accrue de visites non urgentes serait donc la principale cause de cet encombrement (8 ; 80 ; 81).

D'autres auteurs ont attribué l'encombrement à des problèmes plus complexes: surcharge en patients hospitalisés, espace d'accueil et effectif médical insuffisants, afflux de patients gravement malades nécessitant une prise en charge lourde et longue, nombre excessif de patients ayant des problèmes légers. Enfin, d'autres auteurs ont conclu que le nombre de visites non urgentes ne contribue pas à des séjours plus longs dans les SU (8 ; 81 ; 82 ; 83 ; 84 ; 85)

Selon les professionnels de la santé, pour comprendre et expliquer l'engorgement des urgences, il faut analyser trois facteurs : l'amont, et l'aval des urgences, le flux des passages. Les difficultés en aval et l'absence de fluidité des parcours constituent selon ces professionnels un problème majeur au niveau des SU (22 ; 69 ; 86 ; 87).

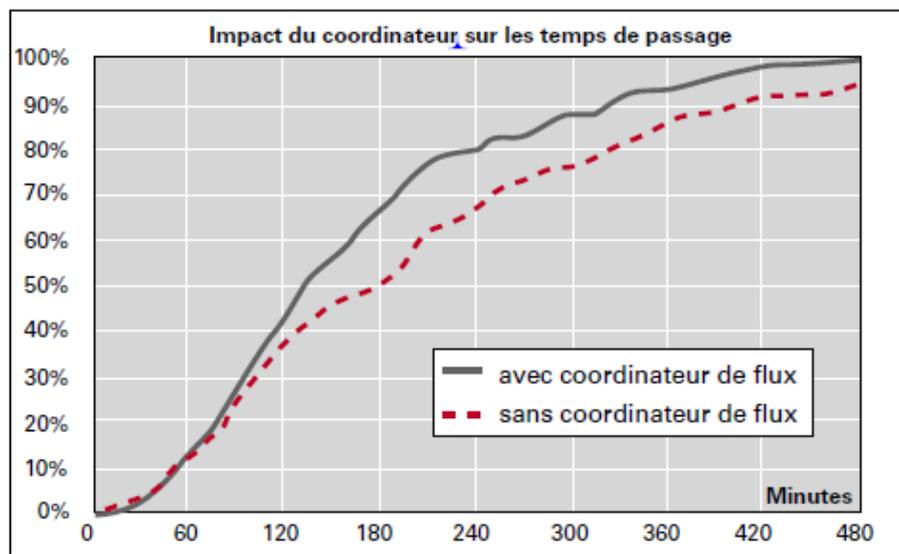
B. LES CAUSES DE L'ENCOMBREMENT

1. Le flux

Le flux se réfère à des problèmes survenant dans les SU qui contribuent à l'encombrement. Ceux-ci comprennent, entre autres, l'état de gravité des patients, les horaires de venue, la structure, le fonctionnement du service, l'effectif du personnel médical et son expérience, l'accès au plateau technique, le temps nécessaire pour les prises de décisions et les interventions...

Bien qu'il soit bien souvent mis en avant, le flux n'est pas le problème majeur des urgences bien qu'ils aient des difficultés à le gérer. Malgré la mise en place de certains services, en amont, comme le 15, les Maisons Médicales de Garde (MMG), les permanences de soins (PDS), le nombre de consultations non programmées et la fréquentation des SU par les usagers ne varie pas. La tendance ne change pas, ou peu, et le flux reste toujours tendu sans s'inverser. Selon certains auteurs, la situation serait donc irréversible (12).

Cependant, l'optimisation de la gestion des flux a été identifiée comme un axe d'amélioration prioritaire. En effet, la mise en œuvre de certaines mesures comme la présence d'une infirmière coordinatrice de flux, d'un « médecin coordinateur » et la sensibilisation des équipes à la gestion de flux a eu un impact positif notamment sur la réduction du temps de passage (Figure 4). Dans certains SU, le temps de passage moyen est passé de 3 h 20 à 2 h 45 et le pourcentage de patients pris en charge en moins de 3 heures est passé de 50 à 70%, et près de 100% des patients ont quitté le service en moins de 7 heures, contre 90% auparavant.



Courbes de distribution (pourcentages cumulés) des temps de passage des patients

Figure 4. D'après 88_Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitalier (MeaH). Réduire les temps de passage aux urgences. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles.2005. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf

Bien que les recours non programmés soient non régulables, les flux sont parfois prévisibles et reproductibles (cycles saisonniers). Ils fluctuent parfois suivant la « catégorie » de patients. Ainsi, certains patients comme les personnes âgées et les malades chroniques sont

fragiles et nécessitent plus de soins, notamment les patients venant des résidences de soins telles que les EHPAD (9 à 37%) (89).

D'autres patients en situation précaire (isolées, personnes démunies, SDF, alcooliques, etc) nécessitent de la part du personnel une prise en charge plus longue (le personnel soignant leur consacre beaucoup de temps ce qui impacte leur temps de travail). Lorsque l'hôpital ne peut apporter une solution adaptée à leur pathologie, ces personnes sont parfois gardées dans le SU pour des examens de surveillance, de bilan ou de prévention. Ces personnes âgées généralement poly pathologiques, à mobilité réduite représente une importante charge en soins.

Les tendances saisonnières semblent exister dans presque toutes les spécialités. Elles affectent les soins primaires en ambulatoire et ont un impact sur la fréquentation des urgences. Cependant le niveau d'admission en SU n'est que très légèrement prévisible. Elles sont l'expression cumulative du climat et des conditions environnementales, y compris les agents infectieux, qui conduisent aux événements des pics saisonniers (90; 91). En effet, les périodes d'épidémies comme la grippe hivernale, les périodes caniculaires, ou les périodes de forte présence de pollen et d'asthme, sont marquées par une forte saisonnalité avec une augmentation pendant l'automne et le printemps.

Enfin, on constate une recrudescence de l'activité des SU, et donc un encombrement des services, au moment des fêtes de fin d'année et durant les week-ends, en rapport avec le manque de permanence de soins en ville.

2. L'aval

L'aval se réfère à des obstacles au flux de passages au SU. Il s'agit notamment de l'absence de lits appropriés dans l'hôpital. En effet, une des principales causes de l'encombrement dans presque tous les SU est le manque de capacité d'hospitalisation (8 ; 86 ; 92). Cela peut résulter soit d'un nombre insuffisant de lits d'hospitalisation soit d'une inadéquation dans le temps entre la disponibilité des lits et le nombre de patients présents dans le SU nécessitant un lit. D'ailleurs, une habitude entravant la fluidité des parcours est le moment d'évacuation des chambres et de libération des lits d'hospitalisation. Cette libération, s'effectuant généralement dans l'après-midi, puisque les médecins font leur tournée le matin dans les services, est incompatible avec le flux tendu des usagers.

Le manque de lits, problème récurrent aux urgences, témoigne souvent d'une déficience importante et chronique dans la gestion des lits et de la sortie des patients hospitalisés. Ainsi, il a été montré que dans la région parisienne, en termes d'outils de gestion de l'aval des urgences, 52% des SU ne disposent d'aucun support de gestion des lits, 40% disposent d'un logiciel d'aide à la gestion des lits et 10% de personnel dédié à la gestion des lits (93).

Dans le passé, des efforts ont été déployés par les pouvoirs publics pour trouver des solutions adaptées à la demande des patients et limiter le flux de ceux ayant recours aux urgences. Des actions incitatives en amont des urgences ont été entreprises telles la permanence des soins (PDS) en 2003, la régulation médicale assurée par les centres d'appel dédiés aux urgences médicales, la signature de conventions entre les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), le SAMU, le SMUR et les ambulanciers privés, les interconnexions entre les numéros d'appel 15 géré par les SAMU (21 millions d'appels par an), le 18 géré par les SDIS (16,4 millions d'appels par an) et le 112 géré à 80% par les SDIS et à 20% par les SAMU. De plus, les médecins libéraux ont été sollicités pour participer à ces actions en contrepartie d'une meilleure rémunération (88 ; 94 ; 95 ; 96).

Selon les dires des professionnels, cette saturation ne correspond pas à un dysfonctionnement des urgences mais plutôt à un dysfonctionnement de tout l'établissement hospitalier en aval des urgences et il est constaté que les actions mises en place auparavant (PDS, régulation médicale, SAMU, SMUR, Centre 15...) ne se sont pas avérées inutiles ou inefficaces mais sont complémentaires de la réflexion sur l'aval. Finalement, il a été conclu qu'une réorganisation importante de l'aval pourrait apporter des résultats concrets.

Récemment, pour remédier à ce problème de saturation des SU, aider les établissements hospitaliers à concilier les différentes réalités des urgences et répondre aux revendications des urgentistes, une mission a été diligentée en avril 2013 par le Ministère de la Santé, sous la direction du Pr. P. Carli, président du CNUH (Conseil national de l'urgence hospitalière). Le rapport (22) émanant de cette mission préconise une dizaine de recommandations parmi lesquelles :

- la création d'une unité polyvalente affectée à l'évolution prévisible (saisonnière) de l'aval des urgences,

- la mise en place de lits polyvalents dans l'établissement
- les consultations spécialisées non programmées pour les patients adressés par leur médecin traitant afin de contourner les services d'urgences
- la planification de la gestion des lits en fonction des risques connus
- la mise en place des gestionnaires de lits à l'issue du passage aux urgences et une commission dans chaque hôpital pour mieux gérer la saturation.

La mise en place de ce plan permettrait de désengorger les SU par la gestion en amont des lits. Actuellement, 162 établissements sont dotés d'un tel outil, puis à plus long terme, 600 établissements disposant d'un service d'urgence devront être dotés d'une « organisation de gestion des lits » rattachée à la direction de l'hôpital.

Le niveau d'encombrement varie d'un service à l'autre, ce qui indique que ce phénomène n'est pas inévitable. Finalement, selon le rapport Carli, l'encombrement des urgences n'est pas dû à un problème organisationnel ou un dysfonctionnement des équipes urgentistes. Il est le plus souvent la conséquence et non la cause d'un défaut d'organisation de l'établissement de santé.

Aux USA, en raison de la relation de cause à effet entre les recours non urgents et l'encombrement des SU prônée par certains experts, l'une des stratégies proposées pour réduire le nombre de visites non urgentes est de réorienter les patients identifiés comme « non urgents » vers des structures alternatives de soins (85 ; 97). Cette stratégie est très débattue, car elle soulève des problèmes d'éthique et de sécurité des soins (84 ; 98 ; 99). Le principal problème éthique est la disponibilité, l'accessibilité à une autre source de soins, en particulier pour les sujets vulnérables (100 ; 101). En termes de sécurité, la réorientation expose les patients nécessitant une intervention d'urgence à un risque de refus des soins par inadvertance (84 ; 98 ; 99). Faute d'un outil de tri performant, une telle mesure peut conduire au renvoi hors des urgences de cas graves.

Aussi, une controverse a été soulevée concernant les coûts supplémentaires qui résulteraient des recours non urgents. Il a été montré que le coût réel de leur prise en charge est beaucoup plus faible que le coût communément admis en raison des coûts fixes élevés de l'exploitation des SU et des coûts marginaux relativement faibles. Le coût moyen devrait donc

diminuer si le nombre de patients augmente. Par conséquent, la réorientation des visites vers d'autres services de soins peut ne pas être très rentable (82 ; 98 ; 101 ; 102).

C. LES CONSEQUENCES DE L'ENCOMBREMENT

Les conséquences de l'encombrement sont nombreuses et une littérature abondante décrit les effets négatifs de l'encombrement sur les patients. Il est donc bien reconnu que l'encombrement des SU est un facteur de non-qualité. Il réduit la qualité des soins par manque de temps, retarde la dispensation d'un traitement, affecte les patients vulnérables, augmente le délai d'attente et le nombre d'incidents. Il est à l'origine également d'une morbi-mortalité supplémentaire et d'un allongement de la durée de séjour des patients, d'un taux élevé d'erreurs médicales, de complications et de séquelles (13 ; 103 ; 104)

Parmi les effets négatifs de l'encombrement :

- Les patients en attente d'une prise en charge rapide manifestent une anxiété accrue et des insatisfactions du fait d'un temps d'attente jugé parfois excessif.
- Il contribue également à l'insatisfaction et à l'épuisement (burn out) du personnel soignant à cause de la surcharge du travail et des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement. Cela crée un cercle vicieux du fait que le départ du personnel expérimenté réduit l'efficacité et la qualité des soins du SU.
- Il augmente les erreurs médicales liées à l'admission. Il s'agit surtout d'erreurs d'omission car le personnel d'urgence doit s'occuper simultanément des patients hospitalisés et se concentrer sur les nouvelles urgences. Des études américaines ont montré que 50% des événements causant des blessures graves ou mortelles se produisent dans les SU, et presque 1/3 de ces accidents est lié directement à l'encombrement (104 ; 105; 106).
- Il cause des décès. La communauté de la médecine d'urgence est depuis longtemps consciente des dangers de l'encombrement des SU et des retards dans les soins. Plusieurs études comparant le taux de mortalité dans les SU ont montré que ce taux est plus élevé pendant les périodes d'encombrement que pendant les périodes de fluidité (107; 108 ; 109). Chalfin en 2007 (110) a montré que le taux de mortalité était plus élevé (10,7% versus 8,4%) chez les patients ayant attendu plus de 6 heures avant leur transfert dans une unité de soins intensifs, et une augmentation de la durée de leur séjour hospitalier (7 jours versus 6).

- Il augmente les réclamations et les plaintes pour négligence médicale et pour un délai d'attente jugé excessif par les usagers. Les SU font souvent l'objet de plus de plaintes que les autres services (111 ; 112). Aux USA, les poursuites judiciaires pour faute professionnelle déposées contre les médecins urgentistes ont quintuplé, fondées parfois simplement sur un temps d'attente par le patient de plus ou moins 30 minutes pour être vu par un médecin (113).

D. LES DELAIS D'ATTENTE

1. Généralités

L'attente aux Urgences est le résultat de l'accumulation de multiples « petites » attentes témoignant de la saturation au sein de différents services de l'hôpital : attente d'un acte médico-technique, attente logistique, attente de l'accord d'admission d'un service clinique, attente d'un diagnostic médical, attente de la prise d'une décision pour une intervention, ect. Les délais d'attente dans les SU sont variables en fonction des établissements : spécificité et organisation du service, effectif du personnel soignant, nombre de passages (8 ; 35 ; 88 ; 114 ; 115 ; 116 ; 117 ; 118 ; 119).

Ces délais d'attente sont également variables selon les pays. Ainsi, des études américaines ont montré que le temps d'attente varie entre 1h 45min et 3h 42min et le temps de médical de 6h 33 min à 10h 15 min (120 ; 121). En 2005, une étude réalisée sur tout le territoire américain, basée sur 1,5 millions de questionnaires a révélé que les usagers des services d'urgence des hôpitaux attendent en moyenne 222 minutes soit 3h42 mn, avant d'être pris en charge (122 ; 123).

Toujours aux Etats-Unis, et selon une étude menée auprès des chefs de services d'urgence, une attente de plus d'une heure pouvait être considérée comme un effet indésirable. Une autre étude quantifie l'heure passée aux urgences à 3% d'événements indésirables lors de l'hospitalisation (118 ; 124).

Par rapport aux américains, les Canadiens ont plus recours aux SU (44% vs 37%) et déclarent attendre quatre heures ou plus avant d'être pris en charge (31% vs 13%) (116).

Dans les pays scandinaves (Finlande, Danemark, Suède), les premiers soins sont surtout prodigués par le médecin généraliste. Au Danemark, les patients sont découragés à chercher des

soins directement dans une SU hospitalière évitant ainsi une surcharge et lorsque l'encombrement se produit, il est principalement le résultat de la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux (35 ; 124).

Les SU aux Pays-Bas ne sont pas vraiment confrontés et un encombrement malgré une augmentation moyenne des consultations de 2 à 4% et des passages estimés entre 1,9 à 2,2 millions/an. En effet, cela s'explique par l'efficacité d'un service d'urgence assuré 24 heures/24 par les médecins généralistes (4,3 millions d'utilisateurs en 2009, dont 42% par consultations téléphoniques) (125).

En Allemagne, malgré l'absence de statistiques nationales sur l'utilisation des SU, l'association allemande de médecine d'urgence (DGINA) a relevé une augmentation du nombre de consultations de 4% en 2006 et de 8% en 2007, avec un total d'environ 12 millions de passages en 2007. La surcharge des SU et l'allongement du délai d'attente des patients connaissent également une croissance importante (126).

Plusieurs études ont évalué le délai d'attente et ont fait état d'un temps médian de 30 à 60 minutes. Il en est ressorti qu'entre 25 et 50% des patients attendent plus d'une heure avant une prise en charge par un médecin (114 ; 117 ; 118 ; 127 ; 128).

Une étude française réalisée sur le « temps d'attente » sur une cohorte de patients a montré que le temps médian passé dans les SU était de 1h 40 minutes et que 47% des patients ont été pris en charge par un médecin en moins de 15 minutes après leur arrivée dans le SU. Le temps médical médian était de 45 minutes et la prescription d'examen complémentaires augmentait de manière significative le temps passé dans le SU. De plus, cette étude a révélé l'insuffisance, voire l'absence d'information donnée aux patients sur le temps d'attente et les raisons de l'attente. Des informations pourraient être fournies à l'accueil par une infirmière et au moyen d'affiches sur le temps d'attente prévisible (129).

L'étude diligentée par la MeaH en 2003 auprès de huit établissements (Montreuil-sur-Mer, Dunkerque (H1), le PSPH de St-Joseph-St-Luc à Lyon, Nice (H2), Argenteuil, St-Malo, la Clinique de Trappes (H3) et l'hôpital A. Paré à Boulogne-AP-HP (H4)) a trouvé un délai d'attente d'environ une heure avant la consultation (130 ; 131).

Aussi, la MeaH a évalué le temps de passage entre 1h30 et 3 heures selon les établissements. Cette évaluation a été effectuée dans quatre hôpitaux: Montreuil-sur-Mer, Dunkerque (H1), le PSPH de St-Joseph-St-Luc, Nice (H2), Argenteuil, St-Malo, la Clinique de Trappes (H3) et l'hôpital A. Paré à Boulogne-AP-HP (H4) (Figure 5 ; 131 ; 132).

Schéma : Distribution des temps de passage sur les 4 hôpitaux traités par Optimove.

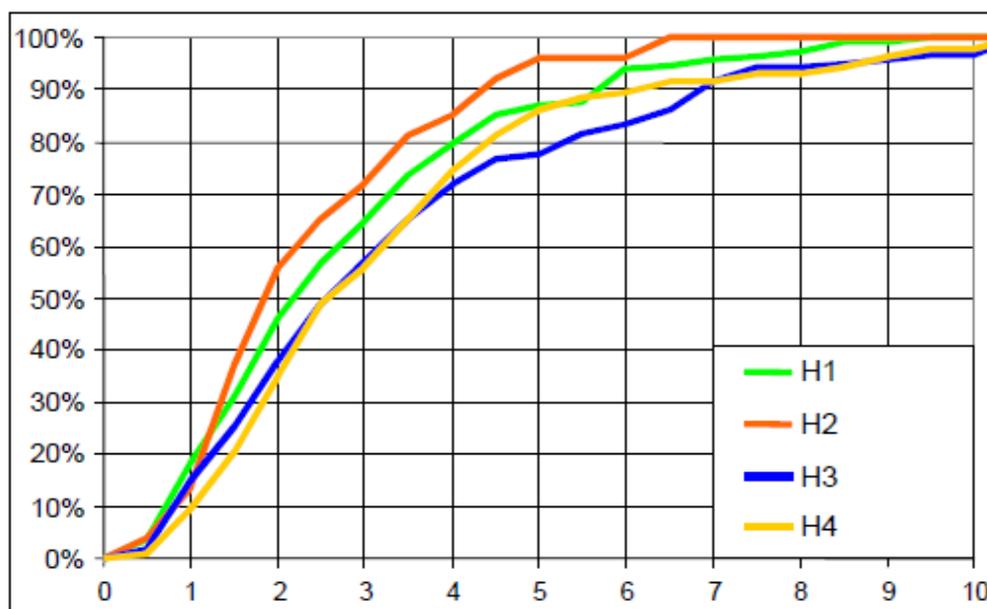


Figure 5. 88_ Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitalier (MeaH). Réduire les temps de passage aux urgences. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles.2005.
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf

Bien que ces quatre courbes dégagent la même tendance et une certaine proximité, il existe évidemment des variations plus ou moins importantes dans l'effectif des patients : à titre d'exemple entre les sites H2 et H4, on relève une variation de 30 à 60% pour une attente de 2 heures. Malgré tout, le temps d'attente dans les urgences françaises est moins important et se compare favorablement à celui des urgences de beaucoup de pays développés.

2. goulots d'étranglement : explication de la durée de passage

Il ressort de cette étude comme d'autres études (129), que les temps relatifs aux examens de laboratoire et/ou d'imagerie constituent les principaux goulots d'étranglement dans les SU. Pour expliquer cette durée de passage, quatre goulots d'étranglement ont été identifiés :

- le premier goulot : de 45 mn à 1h45mn, un délai relativement long. Il est systématique et correspond à l'attente d'un examen complémentaire et concerne 70% des patients,
- le second goulot : d'environ 35 mn, correspond à l'interprétation des examens par le médecin et concerne 60% des patients,
- le troisième goulot : de 30 à 60 mn pour obtenir l'avis du spécialiste,
- le quatrième goulot : apparaît partout, il dure de 20 mn à 2 heures, et correspond au temps nécessaire pour l'obtention d'un lit d'hospitalisation, et 40% des patients sont concernés.

En France, l'enquête de la DREES réalisée en 2002 (132) auprès de 150 services d'urgence, dont l'objectif était de caractériser les pathologies et les motifs de consultations dans un contexte de recours croissant et soutenu aux structures des urgences, a montré que 38%, 38% et 9% des patients ont eu un premier examen par un médecin respectivement au bout de 15 mn, 15 à 60 mn et plus de 2 heures. Avant cet examen médical, 47% des patients ont attendu moins de 5 minutes et 71% moins de 10 minutes avant leur prise en charge.

Ces données sont comparables à celles de l'Australie où 76% des patients se présentant aux urgences sont pris en charge en moins de 10 minutes mais une première évaluation de leur état est réalisée dans les 30 minutes en cas d'urgence avérée et dans les 60 minutes lors d'un cas moins urgent (31 ; 32).

Au Royaume-Uni, 61% des patients en état d'urgence avérée sont pris en charge dans les 30 minutes après leur arrivée en SU. 65 à 70% attendent moins de 2 heures et 20% plus de 4 heures. Enfin, moins de la moitié (45%) des patients a trouvé la durée d'attente aux urgences excessive.

Une étude prospective en Belgique (119) a évalué le temps d'attente avant la consultation médicale et le temps total de passage de 473 patients (0,8 % des passages annuels) admis dans un service des urgences hospitalier. Le temps d'attente médian a été corrélé à un score de gravité apprécié par la CCMU. Le temps d'attente médian est de 48 (22-79) min. Il est de 33 (14-47), 16 (3-28) et 3 (0-3) min pour les patients ayant un score de gravité CCMU classé respectivement 3, 4 et 5. Le temps de passage médian est de 119 (76-186) min. Ce temps de passage dépend également de la catégorie des patients et ceci au sein d'un même établissement. En effet, les

personnes âgées de plus de 75 ans et les CCMU3 ont souvent une durée de passage de plus de 4 heures alors qu'en pédiatrie la durée moyenne est située entre 1 h 43 mn et 2 h 17 mn (131).

VI- LES RECOURS spontanés au SU

A. L'USAGER DES SERVICES D'URGENCE

Si l'enquête de la DRESS en 2003 (132) reste une référence nationale majeure, d'autres études ont été réalisées par la suite et ont pu apporter des informations supplémentaires sur les caractéristiques des utilisateurs des SU. En effet, selon les données de la littérature, en France, les usagers des SU sont majoritairement de sexe masculin et globalement plus jeunes que l'ensemble de la population, la moyenne d'âge étant de 36-39 ans. Le sex-ratio Homme/Femme est de 1,08 à 1,4 (42 ; 133 ; 134). Les hommes représentent 57% chez les adultes âgés de 16 à 50 ans. Ils sont 25% à avoir moins de 15 ans, 43% moins de 25 ans. Les patients âgés de 70 ans et plus représentent 14 à 40% (124 ; 134 ; 135).

Une proportion de 58 à 82% de ces patients se sont présentés spontanément aux SU, cette proportion est inversement proportionnelle à l'âge. Au-delà de 70 ans, le taux d'adressage par un médecin est de 50% et atteint plus de 60% chez les 80 ans et plus (132). D'autres études ont montré que 71 à 89% des usagers des SU sont suivis par un médecin traitant (donc, non exclu du système de soins) et 82% ont une assurance complémentaire (132 ; 134).

Dans l'étude CP290 (135) sur les motifs de recours aux urgences en France, l'âge moyen des usagers des SU est de 30 ans et le sexe ratio est de 1. Environ 42% des usagers ont une activité professionnelle et un niveau d'éducation plus élevé que celui de l'ensemble de la population (46,8% avaient au moins le bac) et 20,5% avaient la CMU. 69,1% des patients ont préféré aller directement aux SU, jugeant que leur problème n'aurait pas pu être réglé par le médecin traitant (68%). 49,2% consultent pour un motif traumatologique et des symptômes récents de moins de 24 heures (61,2%). La médiane de temps de prise en charge était inférieure à 2 heures. Le taux d'hospitalisation est de 14,3%.

Une autre étude rétrospective sur 10 ans portant sur la prévalence des motifs de recours « non urgents » durant la nuit, a montré que les consultations ont progressé de 25% et concernaient plus particulièrement des patients jeunes (moyenne d'âge=35,7 ans) qui se présentaient spontanément aux SU (54,2%) dont 21,5% pour consommation d'alcool.

En termes de gravité des patients et d'après l'enquête de la DREES (132), leur état a été réparti comme suit, selon la « Classification Clinique des Malades aux Urgences » ou CCMU (56 ; annexe 1) :

- CCMU 1 : 14%
- CCMU 2 : 74%
- CCMU 3 : 11%
- CCMU 4 : 2%
- CCMU 5 : 0,4%

A partir de cette enquête (132), six profils d'utilisateurs des SU ont été également déterminés :

- 1- 19% sont des utilisateurs adressés par le SAMU ou les pompiers, surtout des personnes âgées,
- 2- 23% sont des utilisateurs adressés par un médecin généraliste,
- 3- 15% sont des utilisateurs ayant recours au SU suite à un échec des thérapies antérieures,
- 4- 14% sont des utilisateurs n'ayant pas de médecin ou leur médecin traitant n'est pas disponible, ou ayant des difficultés à obtenir un rendez-vous chez un autre médecin,
- 5- 25% des utilisateurs sont attirés par les prestations offertes par l'hôpital : facilités d'accès à un médecin spécialiste et rapidité d'accès à tous les moyens modernes d'investigation,
- 6- 4% des utilisateurs ont recours aux SU pour convenances personnelles ou pour des raisons pratiques sans lien avec la gravité ou l'urgence de la situation.

B. RECOURS ET MOTIFS DE RECOURS SPONTANES AUX SU

1. Les recours spontanés

Aujourd'hui, les SU des hôpitaux prennent en charge une part importante des soins primaires dans les collectivités, traitant un large éventail de problèmes de santé qui incluent des affections mineures et d'autres situations ne relevant pas proprement d'un service d'urgence.

Selon La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), le nombre de passages a doublé entre 1990 et 2008, passant de 7 millions à 14 millions de passages puis à 18 millions en 2011 (1). Cette croissance accrue du nombre de passages n'est pas corrélée à la dégradation de l'état

de santé des patients puisque seulement 20% des visites aux SU sont suivies d'une d'hospitalisation et 3% sont suivies d'un acte médical lourd et immédiat (5 ; 7). Cette augmentation très importante des recours aux SU s'explique par une mutation dans la fonction primaire des urgences passant de la prise en charge des cas les plus graves à des consultations non programmées dues au comportement consumériste des usagers (7).

Par ailleurs, la grande confiance des patients dans les services et les prestations hospitaliers ne fait que renforcer ce phénomène de glissement. Les SU sont devenus le véritable fournisseur de soins de «premier recours» et une grande majorité des patients les considère donc comme un service où on se fait soigner rapidement (24 heures/24) par un personnel compétent utilisant un matériel moderne et très performant. Plusieurs facteurs sont mis en cause (44 ; 49 ; 136 ; 137) :

- des usagers particulièrement exigeants souhaitant une grande disponibilité des services, une intervention rapide et à tout moment comme réponse plutôt à une inquiétude qu'à une urgence,

- les prestations offertes par les SU : une accessibilité permanente et un matériel de diagnostic et de soins de haute technologie constituent les principaux éléments attractifs pour l'utilisateur lui évitant de se disperser chez divers spécialistes et lui permettant de réaliser un bilan complet au même endroit,

- l'anticipation par l'utilisateur du besoin de recours au plateau technique pensant que les examens complémentaires seront nécessaires et ce malgré un long temps d'attente,

- le vieillissement de la population grâce à une qualité de vie bien meilleure et l'acquisition de bonnes connaissances médicales,

- l'absence, la non-disponibilité ou le désengagement de certains médecins de ville pour cause de surcharge de travail et d'horaires contraignants,

- le principe de l'offre et de la demande : les soins médicaux n'échappent pas à ce principe, meilleure est la qualité de l'offre, plus la demande augmente,

- l'échec des traitements thérapeutiques antérieurs : pour certains patients, avant de recourir aux SU, la recherche de solutions s'est avérée inefficace.

Cependant, les principales raisons souvent citées dans la littérature pour expliquer ce recours en puissance aux SU sont :

- L'évolution inéluctable de la société vers une utilisation consumériste de l'offre de soins.

- Alors que les dépenses des ménages baissent dans la plupart des postes de consommation, la part consacrée à la santé est passée de 2,2 à 3,4% entre 1960 et 2006. Cet aspect consumériste est très souvent identifié par les professionnels de la santé.

- Une offre de soins déficitaire dans le secteur libéral où on observe une réticence croissante des médecins libéraux par rapport à la prise de gardes et à la permanence des soins.

La DREES, dans son étude de 2003 (4), a relevé les principales motivations des patients pour s'orienter vers les SU :

- la proximité de l'établissement hospitalier : 47%,
- le besoin d'examen ou d'avis spécialisé : 44%,
- l'exigence de rapidité : 38%,
- la perspective d'hospitalisation : 32%
- l'assurance d'accéder à un plateau technique spécialisé : 25%

Par ailleurs, d'autres raisons de recours aux SU ont été reportées (4 ; 5 ; 88 ; 129 ; 130) :

- le fait de payer en différé les soins donne l'impression qu'ils sont gratuits par rapport au recours à un cabinet médical où le paiement est direct,
- les SU pouvant être les seules installations médicales dans une commune et fonctionnant sans interruption, rendent les soins facilement accessibles
- le fait d'être suivi régulièrement dans l'hôpital pour un problème de santé,
- la confiance en l'hôpital et le recours aux SU pour tout problème de santé.

2. Les motifs de recours spontanés

Il s'agit de la procédure suivie par le patient et par laquelle il décide de recourir de préférence aux SU plutôt qu'à un autre service. Selon Bleichner, le motif de recours est la raison, la plainte ou le symptôme pour lequel le patient demande des soins (138).

Faute de terminologie standardisée des motifs de recours, les SU utilisaient soit un texte libre, soit des listes élaborées localement pour transcrire la plainte du patient. En 2010 et à l'instar des USA (139 ; 140 ; 141 ; 142), du Canada (143 ; 144) ou de l'Australie (145 ; 146), la commission de l'évaluation et de la qualité de la SFMU et la commission de l'évaluation de

SAMU-Urgences de France ont élaboré un thésaurus adapté aux SU (147). Un des intérêts de ce thésaurus est son utilisation, en combinaison avec d'autres indices et critères de gravité, pour le triage des patients lors de leur arrivée aux SU.

a) Principaux motifs de recours

Ces motifs sont généralement bien connus mais variables en fonction des populations étudiées. Etudes et enquêtes épidémiologiques ont montré que les motifs de recours aux SU les plus fréquents peuvent être classés en quatre catégories : les motifs traumatiques, médicaux, comportementaux/psychiatriques et ceux liés à la structure des urgences. La combinaison de ces motifs chez un même patient est très rare.

Dans une étude rétrospective canadienne portant sur 14 223 patients, il a été montré que les motifs de recours aux SU les plus fréquents étaient les troubles du comportement liés à l'alcool, l'anxiété, les nausées/vomissements et la BPCO, ce qui donne à penser que les maladies mentales, somatiques, et chroniques peuvent motiver des consultations à répétition (148).

(1) Les motifs traumatiques

Dans l'Union Européenne, chaque année, près de 40 millions de personnes sont admises dans les SU hospitalières pour motifs traumatiques (traumatisme, lésion, accident, chute...), dont 5,7 millions admis pour des blessures graves et ce à raison de plus de 112 000 admissions/jour. Il est à noter qu'on enregistre plus de passages aux SU chez les hommes que chez les femmes (63 vs 43% entre 16 et 50 ans et 52 vs 39% entre 26 et 50 ans). Cependant, à partir de 70 ans, la tendance s'inverse et les femmes sont plus nombreuses que les hommes, principalement en raison de chutes et de fractures (58 ; 134 ; 149)

En France, les traumatismes constituent le motif principal de recours aux SU. En 2010, plus de 32% et de 38% des admissions correspondaient à des motifs traumatiques respectivement chez les adultes (vs 58,7% en 2007) et les enfants (150). Une autre étude (151) rapporte que 45,8% des recours aux SU sont d'origine traumatique dont 16% pour des chutes et malaises touchant plus particulièrement les personnes âgées puisque sur les 16% de recours, la moitié des patients avaient plus de 65 ans. En effet, chez les personnes âgées, l'incidence des chutes accidentelles avec recours aux SU est de 4,5% (hommes : 3%, femmes : 5,6%). Les fractures représentent 41% des lésions et 37% des chutes ont donné lieu à une hospitalisation (152).

Les traumatismes divers, soit 12,4% des recours, concernent plus particulièrement les plus jeunes avec 34,5% et 41,4% respectivement pour les moins de 30 ans et ceux d'entre 31 et 44 ans. Ils correspondent à des traumatismes en rapport avec une activité sportive ou de loisir, à des lésions traumatiques provoquées par un matériel à usage professionnel ou domestique (151).

A noter également que le nombre de ces recours pour motifs traumatiques est sous l'influence éventuelle des conditions climatiques comme le verglas qui provoque de nombreux accidents de la circulation et des chutes sur la voie publique, à l'origine d'un encombrement important des SU (150).

(2) Les motifs médicaux

L'enquête en 2002 de la DRESS a révélé que les motifs traumatiques et somatiques représentent chacun 48% des passages en SU tandis que le motif psychiatrique ne représente que 2,5% (153). En 2007, les motifs traumatiques (accidents) étaient les plus fréquents (58,7%) suivis par la douleur (42,9%) (154).

La douleur motif de recours très fréquent aux SU et est l'un des principaux éléments déclenchant le besoin d'une prise en charge rapide et efficace. D'un point de vue épidémiologique, sa prévalence varie d'une étude à l'autre et est relativement élevée. En effet, elle concerne plus de 70% des usagers dont 80% l'évoque comme le motif principal de consultation (155, 156, 157). Dans son rapport de 2008, la MeaH montre que plus de 68% des patients sont algiques à l'arrivée aux SU (158). Une autre étude a estimé la prévalence de la douleur aiguë entre 71 et 86% dans les SU et entre 42 et 52% dans les SMUR (157).

La douleur est présente dans les 3/4 des consultations et elle est associée plutôt à un traumatisme qu'à une pathologie, soit à un accident dans 52% des cas. Les motifs de recours traumatique et abdominal/digestif sont associés à une plus grande fréquence de la douleur, respectivement chez 82% et 81% des patients (159).

Chez les personnes âgées, les motifs de recours aux SU sont très pertinents notamment les syndromes douloureux très fréquents dans cette population. Ainsi, on relève une fréquence de

recours de 40 à 70%. A savoir aussi que les motifs de recours sont en premier lieu d'ordre médical (80%) puis traumatique (16%) suite à des chutes et fractures (160).

Par la suite, viennent les motifs de recours d'origine somatique dont la fréquence varie également selon les études et la population étudiée. Dans l'étude de Gentile S et (151) où la douleur est présente chez 35,6 % des usagers, les motifs somatiques en général et les motifs digestifs en particulier représentent respectivement 39,2 et 8,9%. Ces troubles digestifs touchent plus particulièrement les personnes les plus précaires.

Dans le rapport de la MeaH (158), les motifs abdominaux/digestifs, gynécologiques/obstétriques, cardiologiques, neurologiques, pneumologiques représentent respectivement 81 ; 77 ; 49 ; 49 et 41% des recours aux SU. Les hémorragies digestives, un des principaux motifs de recours aux SU sont principalement liées à un ulcère gastroduodéal ou un saignement d'une lésion secondaire à une hypertension portale (161). Les affections neurologiques concernent les personnes âgées de plus de 65 ans (43%) (151).

S'agissant des autres motifs, on observe une certaine hétérogénéité selon les études, dans la fréquence des recours bien qu'elle soit faible notamment les saignements (6 à 8%), les diarrhées ou vomissements (3,3 à 5%), les malaises (2,2 à 10%). L'angoisse ou l'anxiété dont la fréquence augmente avec l'âge (1,6 à 30%) (4 ; 151 ; 162).

(1) Les motifs psychiatriques et comportementaux

Les motifs psychiatriques sont rarement au premier plan et sont peu souvent à l'origine d'un recours aux SU bien qu'ils représentent respectivement 2,5% et 8% de l'activité des SU et de la médecine générale en France (163).

Selon les études, la prévalence des motifs psychiatriques est plus ou moins importante et assez disparate. Ainsi, une étude française révèle une prévalence de 38% des troubles psychiatriques chez les patients des SU (164) alors qu'aux USA, les troubles psychiques (troubles psychotiques aigus, épisodes maniaques, dépression majeure, trouble bipolaire...) et la toxicomanie représentent près de 6% des passages.

Les motifs psychiatriques peuvent coexister avec d'autres pathologies et les associations de motifs sont fréquentes notamment la récurrence des accidents traumatiques qui est un signal de souffrance psychologique (165). Dans son rapport, le MeaH cite que l'association des motifs douleur/psychiatrie représente 16% des recours aux SU (158).

Les diagnostics les plus fréquents sont les troubles liés à la toxicomanie et addiction (22%), alcoolisme (syndrome de sevrage, ivresse (2%), les troubles de l'humeur (17%), l'anxiété (16%), les tentatives de suicide (0,4%). Ces problèmes touchent particulièrement les femmes avec une augmentation significative des recours chez les patients de plus de 70 ans (163 ; 166 ; 167)

La disparité et la variabilité dans les estimations pourraient être expliquées par des problèmes méthodologiques dans les études notamment les biais, les critères d'inclusion, les études prospectives ou rétrospectives, l'effectifs des patients, ou par l'absence de définitions standards.

(2) Les motifs de recours liés à la structure des urgences

Efficacité, technicité et accessibilité sont les arguments avancés par les consultants pour exprimer la compétence du personnel soignant, la confiance en l'hôpital et la sécurité. En effet, le plateau technique de l'hôpital est un motif décisif dans le choix du recours aux SU chez plus de 45% des usagers (133), ce recours peut aller au-delà de 70% (168). Les usagers sont rassurés et peuvent affronter toutes les situations grâce à la présence de spécialistes et du plateau technique.

Un motif de recours aux SU mais non le moindre, est la gratuité des soins. Pour certaines personnes démunies. Pour d'autres, l'impression de se faire soigner gratuitement en n'avancé pas les frais, plus particulièrement pour la classe modeste. Enfin le tiers payant pratiqué à l'hôpital est également attractif.

L'accès aux soins et un accueil sans discrimination à l'hôpital sont inscrits dans le code de la Santé publique qui garantit l'égal accès aux soins pour tous. L'angoisse semble être un motif important expliquant la recherche d'un lieu sécurisé, en l'occurrence les SU qui offrent un panel complet de prestations.

b) Autres motifs de recours aux SU

✓ La difficulté d'accès au médecin de proximité : éloignement, horaires, manque d'information, de numéro de téléphone ou médecin absent, etc... Selon l'étude de S. Gentile et al (151) 24,1% des patients se trouvent dans cette situation.

✓ L'échec des soins précédents : récurrence, traitement en cours, pas de prise en charge par d'autres services, etc),

✓ Les demandes administratives notamment les certificats médico-légaux,

✓ Une mauvaise évaluation de l'état de santé du patient.

Si l'ensemble de ces motifs de recours aux SU hospitalières a été vu du côté de l'utilisateur, le point de vue du professionnel de santé se décline en deux raisons principales (151) :

➤ Raisons liées au patient :

✓ Disponibilité du plateau technique et compétence du personnel soignant,

✓ Demande immédiate de prise en charge / réponse rapide,

✓ Pas d'avance de frais, gratuité des soins,

✓ Accès facile aux soins,

✓ Demandes administratives (certificats, ...),

✓ Comportement consumériste des usagers.

➤ Raisons liées au secteur libéral :

✓ Difficulté d'accès au médecin libéral (Permanence de soins insuffisante, désengagement des médecins de ville),

✓ Problème lié à la prise de rendez-vous,

✓ Durée d'attente trop longue.

C. PROPORTION DE VISITES NON URGENTES DANS LA LITTÉRATURE

Comme il n'y a pas de définition standard de l'urgence et que le problème des visites non urgentes est assez complexe, il est important de savoir comment les auteurs ont donc qualifié et quantifié ces visites. Les proportions des visites varient-elles en fonction des critères retenus. Dans la littérature, deux critères ont été identifiés pour définir l'utilisation inappropriée :

✓ The Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) (169 ; 170 ; 171) qu'on peut traduire par « l'échelle canadienne de triage et de gravité », qui distingue cinq niveaux de soins d'urgence, basée sur le délai d'attente pour d'être examiné par un médecin, le pronostic vital, les signes vitaux, le niveau de la douleur, la possibilité de complications, et l'origine de la blessure.

✓ The Hospital Urgencies Appropriateness Protocol (PAUH) ou le « Protocole de la pertinence des urgences hospitalières », définissant un « cas urgent » à chaque fois que l'un des éléments évalués a été atteint. Ce protocole porte sur les critères de gravité (altération des signes vitaux, hémorragies actives), le diagnostic (tests de laboratoire ou d'imagerie), les traitements (le besoin de 5 médicaments), et l'origine de la nécessité de rechercher un service d'urgence (recours direct suite à un accident de la circulation ou des symptômes suggérant une urgence vitale) (172 ; 173 ; 174 ; 175).

La prévalence de l'urgence inappropriée basée sur les critères CTAS ou PAUH varie de 10 à 90% selon les études. Elle varie également de 24 à 40% dans près de la moitié des études qui utilisent toutes des critères similaires : durée d'attente sans engager le pronostic vital, besoin d'analyses ou de traitements, nécessité d'une hospitalisation, temps d'observation (170 ; 171 ; 172 ; 173).

Certaines études ayant utilisé des critères plus rigoureux pour définir ces visites inappropriées notamment une durée d'observation de plus de 12 heures, l'hospitalisation et l'exclusion des patients très graves, ont trouvé une prévalence supérieure ou égale à 45% (170 ; 172 ; 173 ; 174 ; 175 ; 176).

VII- LA SATISFACTION DES PATIENTS, USAGERS

La santé devient un produit de consommation et les patients exigent rapidité et qualité de soins ce qui conduit parfois à leur stigmatisation par le corps médical qui les qualifie de consommateurs de soins. Dans l'attente d'une prise en charge qui leur apparaît excessive ou, intolérable, quelle que soit la gravité de leur problème, les usagers se laissent dominer par leur angoisse et leur stress. De leur côté, les urgentistes reprochent aux usagers leur impatience et leur incapacité à gérer leur stress.

La satisfaction des patients est devenue un critère important dans l'évaluation de la prise en charge et de la qualité des soins dans un établissement de santé. Cela s'inscrit dans un contexte où la place de l'utilisateur a pris encore plus d'importance dans l'organisation du système de santé, à la montée en puissance des associations des usagers, aux droits des patients et à l'évolution réglementaire notamment l'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (177).

De plus, préoccupés par la qualité de leurs services, les établissements de santé se sont engagés dans des démarches pour améliorer la qualité des services de soins et optimiser l'affectation des ressources pour une meilleure réponse aux besoins des patients.

En France, l'étude de Pitrou et al (178). pour évaluer la satisfaction des patients aux SU, a révélé un niveau général de satisfaction assez élevé (89,7%). En effet, l'accueil des patients, le délai d'attente et les informations médicales fournies par les médecins recueillent respectivement un taux de satisfaction de 92,5 ; 72,6 et 71,9%. Le temps d'attente apparaît comme le seul facteur indépendant responsable de l'insatisfaction des patients. Le délai d'attente moyen était de 149,9 min (médiane = 133,5). Cette étude préconise de communiquer systématiquement ce temps d'attente et ses causes aux patients afin que leur perception change et que leur satisfaction soit meilleure.

Dans l'étude de Frank-Soltysiak et al (129), il en ressort que 40% des patients ont estimé avoir dû attendre trop longtemps, 27,7% ont trouvé le temps d'attente pour un examen médical trop long et 62,5% n'ont pas été informés sur le temps d'attente prévisible et les raisons du retard. Par ailleurs, on relève un taux élevé de satisfaction sur la qualité des soins. En effet, 95,4% des consultants ont estimé qu'ils ont été bien soignés et 88,4% ont bien été informés sur l'évolution possible de leurs problèmes de santé. Les recommandations aux patients pour quitter le SU ont été clairement expliquées (93,7%). Les patients ont jugé qu'ils ont été reçus avec gentillesse (98,6%) et reviendraient au service si nécessaire (96,5%).

Selon l'enquête de la DRESS (132), 17% des patients ont jugé excessif le temps d'attente pour qu'un soignant s'enquière de leur problème et 32% pour l'examen par un médecin. Ces proportions atteignent respectivement 66 et 74% quand l'attente dépasse 20 minutes pour le premier contact et une heure pour l'examen médical. Ainsi, le degré de satisfaction des patients

est variable en fonction du temps d'attente. Ils jugent, en général, de façon favorable leur prise en charge, soit 66% de « très satisfaits », 29% de « assez satisfaits » et 5% de mécontents. Ces taux de satisfaction sont comparables à ceux des consultations externes (179).

VIII- PRÉCARITÉ ET MÉDECINE D'URGENCE

A. QUELQUES DECLARATIONS

« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même de chaque pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays ».

OMS : Déclaration d'Alma Ata, 12 septembre 1978

« La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale »

Haut Comité de Santé Publique ; La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé ; 02-1998, p. IX

Une définition européenne a été adoptée au conseil européen de décembre 1984. Sont considérés comme pauvres *« les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux, acceptables dans l'état membre où elles vivent ».*

Dans la littérature médicale, la situation sociale dans le contexte des soins d'urgence se réduit très souvent à une analyse des facteurs socio-économiques. Il y est particulièrement question de l'utilisation inappropriée, ou abusive, des services d'urgence plutôt que de recueillir des données pertinentes quant à la quantification, la description et la compréhension de la précarité poussant les usagers à se diriger vers les services d'urgence plutôt que vers un soin en ambulatoire.

B. QUELQUES DONNEES SUR LA PRECARITE EN FRANCE

Malgré le peu de statistiques précises et il ne s'agit souvent que d'estimations sur le nombre de personnes vivant dans la précarité, certains indicateurs peuvent donner une idée sur cette population en France tels que :

✓ Le seuil de pauvreté : en 2011, en fonction du seuil de pauvreté fixé à 50 ou à 60% du niveau de vie médian, on estimait respectivement à 4,9 et à 8,7 millions le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté situé à 60% du revenu médian, pour une personne seule, était de 977 €/mois, celui à 50% de 814 €; le taux de pauvreté est respectivement de 7,9 et 14,3% (180)

✓ Les minima sociaux : en 2002, on comptait 3 millions d'allocataires des huit minima sociaux dont les trois principaux sont le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et l'Allocation de Parent Isolé (API) (181).

En 2011, ils sont 3,7 millions d'allocataires de l'un des neuf minima sociaux après une hausse de 2,5% et de 2,4% respectivement en 2010 et 2011 (182).

✓ La Couverture Maladie Universelle de base ou CMU et la CMU complémentaire (CMU-c) : en 2004, le nombre d'affiliés à l'assurance maladie était de 1,6 millions de personnes sur critère de résidence (CMU) alors que la CMU-c concernait 4,6 millions de personnes (183). En 2012, ce sont 4,10 millions de personnes affiliées au régime général qui bénéficient de la CMU-c contre 4 millions en 2011 alors que 2,2 millions de personnes sont affiliées à la CMU de base (184).

A titre indicatif, en 2008, 246 500 et 92 292 personnes étaient bénéficiaires de la CMU-c respectivement en Rhône-Alpes et le Rhône, soit un taux de couverture des assurés du régime général par la CMU-c de 5% en Rhône-Alpes (185). A la fin de 2011, ce taux est passé à 6,8% (186).

S'il y a une réponse médicale à la précarité et à l'extrême pauvreté, il n'y a pas de maladie spécifique des pauvres. Les maladies généralement trouvées résultent de la situation d'être un sans-abri et souvent dépendant. Une réponse médicale possible à ce problème est de mettre en place des institutions spécialisées comme le Samu social. Des structures spécifiques doivent être créées comme des lieux d'accueil et d'orientation qui permettent à ces patients d'avoir accès aux droits en matière de protection et d'assistance.

C. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES PRECARISEES

D'après « l'Observatoire des inégalités », en France, quatre types de personnes sont touchés par la pauvreté et la précarité : les femmes, les migrants, les seniors et les jeunes. En effet, les femmes sont plus pauvres que les hommes (taux de pauvreté en 2007 : 7,4 vs 6,9%).

On estime le nombre de migrants à cinq millions de personnes. Ils sont pour la plupart du temps défavorisés par rapport à la population non immigrée dans le domaine de l'emploi, du logement, de l'éducation et de la santé. Et pourtant, deux migrants sur cinq ont la nationalité française. Ils connaissent un taux de chômage double, un taux de pauvreté triple et leur salaire est un tiers plus faible que celui des non-immigrés.

Les jeunes eux sont les plus touchés par l'augmentation de la pauvreté et plus particulièrement ceux de moins de trente ans. En 2010, 10,8% des 18-29 ans, 11% des moins de 18 ans, sont concernés contre 7,8% de la population française. Mais la pauvreté augmente aussi chez les personnes âgées. Entre 2000 et 2010, le nombre de pauvres de plus de 60 ans est passé de 433 000 à 583 000, soit un taux de pauvreté de 3,7% vs 4,2%, résultat, entre autres, de l'augmentation de la population âgée.

D. PRECARITE ET URGENCES : PROBLEMES MEDICAUX LIES A LA PRECARITE

La mauvaise santé est à la fois un facteur d'exclusion et une conséquence de l'exclusion. Pour les sujets précarisés, l'accès à un système de soins permet de réduire l'inégalité sociale et lutter contre l'exclusion. Pour cette population, l'accès aux urgences hospitalières est, très souvent, le seul recours possible aux structures de soins qui donnent accès à une prise en charge médicale ou sociale rapide et gratuite. Le recours aux urgences ne relève pas toujours d'une question d'accès aux soins mais aussi d'un besoin d'aide.

Il est bien établi que pauvreté et précarité contribuent, voire expliquent, certaines pathologies. En effet, de nombreuses études ont montré que la précarité est associée à un risque accru en termes de morbidité, particulièrement en ce qui concerne les troubles de santé mentale, les maladies transmissibles comme la tuberculose ou les infections sexuellement transmissibles (Sida, hépatites, etc) ou encore les conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, psychotropes) (187-194).

En 1999, la Commission Nationale Permanente a établi un rapport décrivant les conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé des sujets précarisés (195). Les pathologies les plus souvent rencontrées sont le résultat de l'absence ou d'un défaut de soins et d'hygiène allant de la non-préoccupation jusqu'au déni total de son propre corps. La malnutrition et la dénutrition ont également une importance majeure dans l'apparition de pathologies notamment :

- Les pathologies psychiatriques (angoisse, anxiété, dépression, etc), liées à l'état d'exclusion ou de précarité, secondaires à l'abus et à la dépendance aux différents toxiques (alcool, drogues, psychotropes),

- Les pathologies dermatologiques causées par l'absence d'hygiène comme la gale, la mycose, les œdèmes des jambes, la pédiculose, etc. On observe également une résurgence des maladies infectieuses transmises par les poux chez les personnes en situation de précarité,

- Les pathologies infectieuses, notamment virales comme les hépatites B et C ou l'infection par le VIH ; pathologies d'autant plus graves que, souvent, dépistées tardivement elles ne peuvent être traitées qu'en phase terminale,

- Les pathologies rhinopharyngées et broncho-pulmonaires associées au tabagisme et aux conditions de vie. Il est important de noter une recrudescence de la tuberculose, sans doute en partie attribuable à la dégradation des conditions socio-économiques et à l'infection par le VIH,

- Les pathologies digestives accentuées, par ailleurs, par l'alcoolisme, très fréquentes et liées à la malnutrition-dénutrition, à l'absence d'hygiène bucco-dentaire, à l'usage d'eau non potable. Aussi, sont associées à ces troubles de la nutrition des maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires,

- Les pathologies traumatiques : sont, également fréquentes, notamment chez les SDF, liées à la fois à la violence, aux rixes et à l'alcoolisation (chutes),

- Les pathologies de la famille : l'impact de la précarité est d'autant plus important qu'il fragilise la cellule familiale. Il s'en suit alors dispute des parents, séparation, divorce, maltraitance des enfants qui présentent souvent des problèmes scolaires et des difficultés d'intégration,

- La morbi-mortalité : la dégradation de l'état de santé des précarisés diminue leur espérance de vie alors qu'elle augmente chez les personnes aisées et cet écart progresse et s'accroît.

Cette population est très souvent poly-pathologique et atteinte de maladies graves. Chaque personne à au moins une pathologie chronique. Les maladies cardiovasculaires, les causes externes (suicides, overdoses, agressions, accidents, etc), les cancers et les infections graves sont les principales causes de décès. La consommation de psychotropes (alcool surtout) a été relevée chez la moitié des personnes décédées. Chez les femmes, la précarité engendre également un sentiment d'insécurité pouvant entraîner des comportements morbides et une tendance suicidaire.

De surcroit, les troubles du sommeil, les céphalées, les gastralgies sont également les conséquences du "syndrome de la précarité".

E. INDICATEURS DE PRECARITE

Pour une meilleure prise en charge des personnes précarisées dans les SU, il est nécessaire de mettre en place des procédures spécifiques et de former le personnel médical de façon idoine pour dépister la précarité. En effet, il existe des outils basés sur des indicateurs socio-économiques pour évaluer le lien entre précarité et pathologie sous forme d'auto-questionnaires.

1. Le score EPICES

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est basé sur des caractéristiques de vulnérabilité sociale. Il est constitué de 11 questions binaires dont la réponse est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Une situation de précarité est définie lorsque le score est supérieur au seuil de 30 (196 ; annexe 3).

2. Le score du CHU de Nantes

Ce questionnaire (197), simple et rapide, est basé sur cinq critères pour repérer la précarité sociale et tout patient vérifiant au moins l'un des critères ci-dessous est considéré en situation de « précarité sociale » :

1. Avez-vous la CMU, la CMU complémentaire ou l'AME (hospitalière ou totale) ?
2. Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?
3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?

4. Recevez-vous une des allocations suivantes : RMI, AAH, API, ASS, AI, allocation de veuvage, minimum vieillesse ou allocation supplémentaire de vieillesse ?

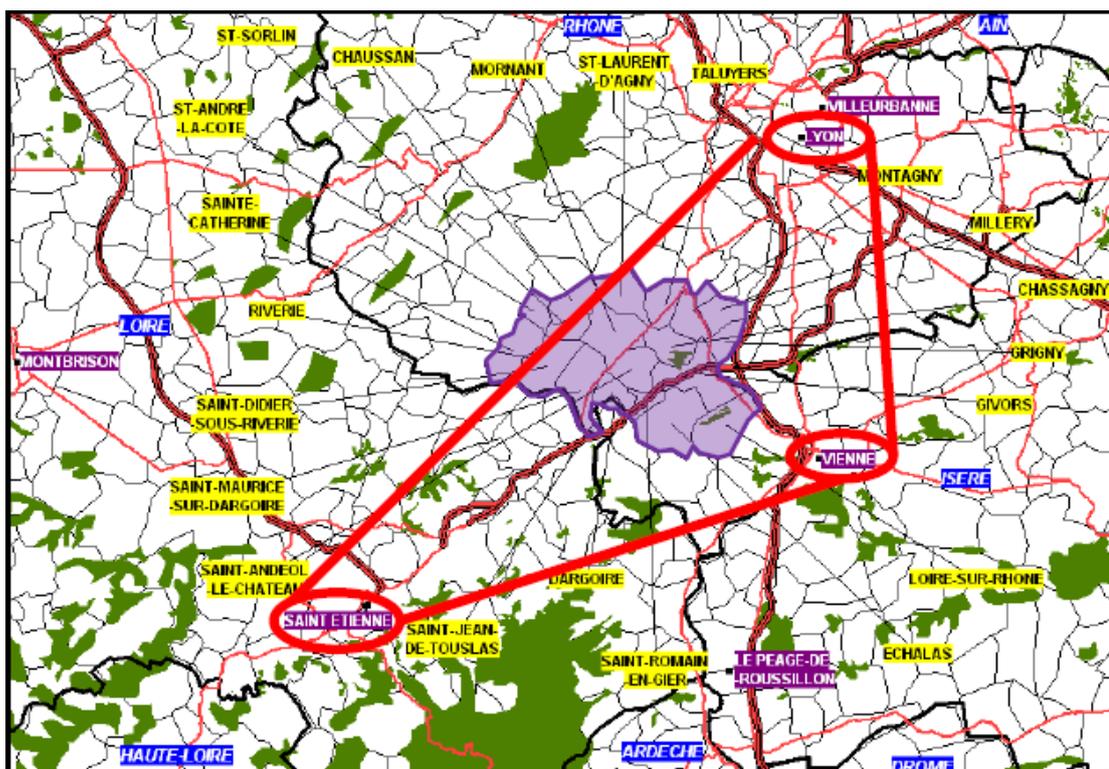
5. Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ?

PARTIE II

I- GIVORS ET LE CENTRE HOPITALIER DE GIVORS :

A. SITUATION GEOGRAPHIQUE DE GIVORS

Givors est une ville du département du Rhône en région Rhône-Alpes. Elle est située dans un triangle entre Lyon à 25 km au nord, Saint-Etienne à 39 km au sud-ouest et Vienne à 14 km au sud-est. La carte ci-dessous relative à l'implantation régionale des services hospitaliers donne une idée sur l'éloignement de chaque commune par rapport aux services des urgences. Ainsi constaté, la grande majorité des communes se trouve à une distance de moins de 30 kilomètres d'un service des urgences.



B. APERCU SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1. Densité et urbanisation

Avec 1 708 671 habitants et une densité de 525,9 habitants/km², le Rhône est le département le plus peuplé et le plus dense de la région Rhône-Alpes. C'est aussi, l'un des plus urbanisés de France, soit 92,4% (France : 75,4%).

Le bassin de Givors est constitué de 21 communes abritant 58 512 habitants sur 170 km², soit 1113 habitants/km². La ville de Givors est peuplée de 19 301 habitants.

2. Structure de la population

La région Rhône-Alpes est sur-représentée en personnes âgées de moins de 20 ans : 27,9% vs 26,5% en moyenne en France. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 17,5% de la population régionale (moyenne nationale : 17,8%).

Le Rhône compte à la fois une part plus faible des moins de 20 ans (25,7%) par rapport à la région et une part plus faible des 65 ans et plus (15,1%).

A Givors, les moins de 20 ans et les 65 ans et plus, représentent respectivement 28,6% et 17% des givordins.

3. Population par sexe et âge

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	9 189	100	10 112	100
0-14 ans	2 136	23,2	2074	20,5
15-29	1813	19,7	1948	19,2
30-44	1738	18,9	1880	18,6
45-59	1684	18,3	1791	17,7
60-74	1142	12,4	1229	12,2
75-89	638	6,9	1040	10,3
90 ans et plus	38	0,4	152	1,5
0-19 ans	2779	30,2	2739	27,1
20-64	5060	55,1	5447	53,9
65 ans et plus	1350	14,7	1926	19

Tableau 3. Évolution et structure de la population. *ENSEE 2012.*

http://www.statistiqueslocales.insee.fr/FICHES/DL/DEP/69/COM/DL_COM69091.pdf

Sexe ratio homme/femme : $9189/10112=0,91$

C. APERCU SOCIO-ECONOMIQUE

1. Taux de chômage

- Rhône : 8,3%
- Rhône-Alpes : 8,9%
- France : 9,5%
- Givors : 17,6% soit un taux supérieur à celui du département, de la région et du pays (Bassin : taux entre 3 et 17,6% ; toutes les communes, excepté Givors, présentent un taux de chômage inférieur au département et à la région).

Chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans	
	2010
Nombre de chômeurs	1 380
Taux de chômage en %	17,6
Taux de chômage des hommes en %	16,3
Taux de chômage des femmes en %	19,1
Part des femmes parmi les chômeurs en %	49,7

Tableau 4. Taux de chômage en 2010. Sources : Insee, RP2010

2. Foyers à bas Revenus

Revenu net déclaré moyen des foyers fiscaux (source INSEE, RP 2009)

- Givors : 16 559 €
- Rhône : 25 404 €
- Rhône-Alpes : 24120 €
- France : 23230

Foyers fiscaux non imposables (source INSEE, RP 2009)

- Givors : 58,3%
- Rhône : 41%
- Rhône-Alpes : 43,5%
- France : 46,4%

Givors présente un revenu déclaré moyen des foyers fiscaux plus faible que celui du département, de la région et du pays. En revanche, la commune présente un taux de foyers fiscaux non imposables nettement supérieur à celui du département.

3. Les non diplômés

- Part des non diplômés (source INSEE, RP 2009)
- Givors : 32,2%
- Rhône : 17,7%
- Rhône-Alpes : 17,5%
- France : 18,9%

La proportion de non diplômés dans la commune de Givors est presque deux fois plus importante que celle du département ou de la région. C'est également la plus élevée du bassin devant Grigny (22,5%) et Saint-Dizier sous Riverie (15,6%).

4. Emploi par catégories socioprofessionnelles à Givors

	2010	%
Ensemble	15 027	100,0
Agriculteurs exploitants	3	0,0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	362	2,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	462	3,1
Professions intermédiaires	1 460	9,7
Employés	2 576	17,1
Ouvriers	2 923	19,4
Retraités	3 923	26,1
Autres personnes sans activité professionnelle	3 318	22,1

Tableau 4 bis. Catégories socioprofessionnelles. Source INSEE, RP 2010;
<http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=com-69091>

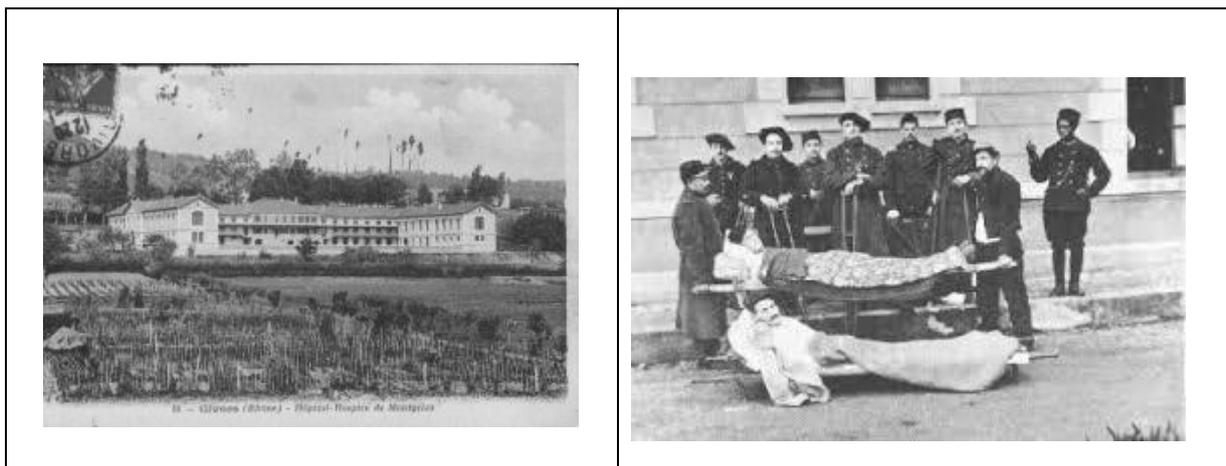
II- HOPITAL DE GIVORS :

A. HISTORIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS



L'hôpital de Givors trouve son origine dans le bureau de bienfaisance fondé en **janvier 1762** par le curé de Givors et les principaux habitants de la ville. En **1904**, les cinq hectares du vignoble du Puits-Montgelas (Côte du Rhône) sont acquis par le conseil municipal de Givors et le terrain a servi à la construction de l'Hospice Montgelas. Le service médical est assuré à tour de rôle par l'un des cinq médecins de Givors. L'hospice de Givors est officiellement inauguré le **25 octobre 1908**, sous la présidence de monsieur Maujan, sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur. Sa capacité est alors de 54 pensionnaires.

En **1914**, l'Hôpital de Montgelas met à disposition 40 lits pour accueillir les blessés du premier conflit mondial. Dès la fin de la seconde guerre mondiale, le premier service de chirurgie de l'hôpital est créé, suivi en **1947** d'une maternité, pionnière de l'accouchement sans douleur.





- Le **13 février 1965**, un nouveau bâtiment vient s'ajouter aux infrastructures existantes. Il abrite un nouvel hospice pour personnes âgées, doté de 87 lits.

- Le **24 juin 1978**, le service médecine est inauguré par Camille Vallin, sénateur-maire de Givors qui durant plus de quarante ans aura été président du conseil d'administration.

- En **1989**, une nouvelle maternité ouvre ses portes et l'année suivante, le nouveau service de gériatrie, entièrement remis à neuf, entre en fonction.

- Le **9 juin 1989**, le conseil d'administration adopte le premier projet hospitalier. Il décide la reconstruction du plateau médico-technique et de la chirurgie.

- En **1995**, l'hôpital soutenu par le maire Martial Passi et l'ensemble de la population se mobilise pour que le projet aboutisse. Une pétition recueille plus de 17000 signatures de soutien et le **18 juin 1996** le premier coup de pioche est donné.

- Les **25, 26 et 27 juin 1998**, des portes ouvertes sont organisées, permettant à la population largement mobilisée pour le maintien de son hôpital de proximité de découvrir avant son entrée en service, le nouveau plateau médico-technique.

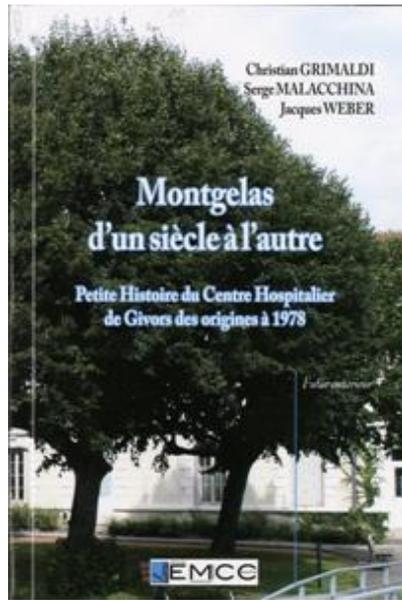
- En **2001**, est inauguré le pôle de médecine sportive au sein du centre hospitalier de Givors.

- En **2007**, l'hôpital se restructure et l'activité de chirurgie polyvalente s'est spécialisée au profit de l'activité de maternité et de gynécologie. Une unité de soins de suite et de rééducation (SSR) est créée.

- En **2008**, la restructuration de l'établissement se poursuit avec :

L'implantation du Scanner, la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein du service d'urgence, l'ouverture de lits d'état végétatifs chroniques (EVC), la création d'une unité d'hospitalisation de jour et le renforcement de l'offre médicale notamment l'endocrinologie, la pneumologie, l'addictologie et la cardiologie.

- En **2012**, lancement de l'extension des urgences et la construction du nouvel hôpital de Givors avec modernisation et humanisation des unités d'hospitalisation.



B. LES ACTIVITES MEDICALES DU CENTRE HOSPITALIER DE GIVORS

Le centre hospitalier de Givors est un établissement public disposant de 435 lits répartis sur deux sites : Montgela et Bertholon Mourier.

1. Site de Montgela

Il comprend :

- **Un service d'urgence** (plus de 15000 passages/an) qui assure une prise en charge globale de tous les patients se présentant aux urgences quel que soit l'âge ou le motif de recours et assure les suites de soins en traumatologie.
- **Un service de Gynécologie-obstétrique** comprenant une maternité de niveau 1 (plus de 800 accouchements/an), 5 lits de chirurgie gynécologique et un centre de planification familiale.
- **Deux services de médecine polyvalente** comprenant 60 lits répartis sur deux unités.
- **Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)**
- **Une équipe d'addictologie (ELSA)**
- **Une unité de psychiatrie de liaison (UPL)**
- **Un service de suite de soins et de rééducation** médical et post chirurgical d'une capacité de 49 lits
- **Un service d'hospitalisation de jour** d'une capacité de 5 lits.
- **Un service de gériatrie** qui regroupe une unité de soins de suite et de réadaptation, une unité de moyen et long séjour et une EHPAD.

2. Site de Bertholon Mourier

C'est un Etablissement d'Habitation pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) d'une capacité de 112 lits. Il accueille des personnes âgées très dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

3. Le service des urgences

a) L'équipe médicale

En semaine, le jour de 9 h à 19 h, l'équipe est composée de deux médecins séniors dont un est chargé de l'UHCD et des soins externes et d'un interne en médecine générale.

Le weekend, les jours fériés et la nuit de 19 h à 9 h, la garde est assurée par deux médecins séniors, ils assurent également une intervention dans les services si nécessaire et peuvent participer à une césarienne en urgence comme aide opératoire.

b) L'accueil

L'accueil est assuré par un agent administratif, le service d'urgence ne dispose pas d'IOA (infirmière chargée de l'accueil et de l'orientation).

En semaine, de jour de 7h30 à 19h30, deux infirmières assurent la prise en charge et l'installation des patients se présentant au service d'urgence et une infirmière de 7h30 à 13h30 assure la prise en charge des patients en UHCD (3 lits).

Le soir et la nuit de 19h30 à 7h30, la prise en charge est assurée par une seule infirmière associée à un aide-soignant.

c) Le dossier « Patient »

La gestion des données s'effectue à partir de la base AGFA ORBIS qui est en cours de déploiement aux urgences. Elle permet le stockage des informations administratives, du dossier médical mais le dossier infirmier reste inopérant suite à des anomalies de fiabilité.

Tous les examens complémentaires effectués aux urgences sont prescrits par voie informatique. A cette fin, chaque box de consultation est doté d'un ordinateur.

Un dossier papier est toujours d'usage avec une partie administrative (annexe 4) qui a été un élément d'information essentiel pour mon travail. Ce dossier comprend :

Identité, âge et lieu de résidence du patient

Mode, heure d'arrivée et de sortie

Motif de recours et heure de prise en charge.

Les classifications GEMSA et CCMU renseignées lors de la sortie du patient.

d) Accueil et orientation des patients

A leur arrivée, les patients sont pris en charge par l'agent d'accueil qui recueille et note sur un registre et sur le dossier (annexe 4) le motif de consultation, heure d'arrivée, mode d'arrivée ainsi que d'autres informations. L'agent d'accueil repère éventuellement des signes de gravité et avertit l'équipe paramédicale et le médecin.

Le patient est installé par l'infirmière dans un box approprié au motif de recours, mis en condition avec prise des constantes : température corporelle, fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, saturation en oxygène...

A l'issue de cette première évaluation, les urgences sont triées entre médicochirurgical et traumatologie, ainsi qu'en fonction de leur degré de gravité.

e) Plateau technique à disposition

(1) Le service de radiologie

Situé à proximité du service d'urgence, il effectue tous les clichés de radiologie standard, les échographies. Il dispose d'un scanner. Le service fonctionne 24h sur 24, et les comptes rendus sont effectués instantanément en journée. Le radiologue et le manipulateur radiologique ne sont pas présents sur place la nuit, mais peuvent se déplacer pour effectuer un examen urgent.

(2) Les examens de biologie

Ils sont effectués 24h/24h par le département de biologie de l'hôpital Lyon-Sud via un ramassage régulier des prélèvements et les résultats sont transmis en moins de 2 heures par fax ou intranet.

Il est également possible, en journée, et selon la disponibilité des médecins, de faire appel à différents spécialistes : chirurgien viscéral, orthopédique, cardiologue, neurologue, ORL, gastroentérologue, psychiatre, endocrinologie...

En cas de situation menaçant le pronostic vital, lorsque des gestes de réanimation sont nécessaires, le réanimateur de garde peut être appelé en renfort.

C. RAPPORT D'ACTIVITE : ANNEE 2010

1. Activité principale

Le nombre de patients pris en charge au service des urgences pendant l'année 2010 est de 16 945 passages.

- Premiers passages : 15 299
- Suite de soins externes : 1137
- Hospitalisation UHCD : 509

2. Activité de premier passage :

Un nombre de passages ayant fait l'objet d'une facturation dans le logiciel d'hexagone administratif est de 14 425, soit une augmentation de 3,17 % par rapport à l'année 2009.

Le nombre de passages non suivis d'hospitalisation, ce qui correspond au nombre de consultations externes aux urgences, est de 15 299 (contre 14 824 en 2009), soit une augmentation de 3,2%.

Le nombre de passages suivis d'hospitalisation est de 1509, soit près de 9% du nombre total des premiers passages. Ce nombre est en augmentation de 4% par rapport à l'année 2009 (1450 en 2009).

3. Répartition des patients hospitalisés en fonction des unités

Services	UHCD	Médecine 8	Médecine 9	Soins palliatifs	SSR	Maternité- Chirurgie gynécologique
Nombre de patients	509	440	473	21	4	62

4. Evolution de l'activité aux urgences

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var 12/07
nombre total de passages	15511	16300	15628	15873	17033	17200	10,9%
dont consultations (ATU)	14170	14828	14824	15299	15409	15712	10,9%
dont suivi hospitalisation	1341	1472	1481	1509	1624	1488	11,0%
dont transferts	88	96	92	188	215	172	95,5%
taux d'hospitalisation	9%	9%	9%	10%	10%	9%	

Source : DIM CH Givors

Ces résultats sont la confirmation d'une augmentation de l'activité, principalement portée par les passages externes, avec un taux d'hospitalisation de 10 % en 2011.

5. Flux de patients en médecine

- 62,8% des patients en hospitalisation complète (HC) de médecine passent par les urgences dont 45% sont âgés de 75 ans et plus (tableau ci-dessous)
- Les entrées directes : 37,2%
- Les patients qui passent par les urgences ont une DMS allongée de 7%

Cette proportion de recrutement en médecine via les urgences est particulièrement élevée. Il témoigne de la faiblesse de la filière programmée de l'établissement et de la forte dépendance du fonctionnement de l'hôpital vis-à-vis de son service d'urgence.

	Nombre de séjour en HC	DMS séjour HC (jour)	Nombre de séjour passés par les urgences	DMS séjour passés par les urgences	Part des personnes passées par les urgences et hospitalisées par la suite en HC
Médecine en HC	1966	9,15	1234	9,8	62,8%
Dont pour les 75 ans et plus	886	12,8	603	13,4	68,1%
%	45		49		

(Source : projet médical/CH Givors ; février 2013)

6. Activité du secteur de soins externes et consultation de traumatologie

a) Consultation de traumatologie

Le nombre de patients suivis en 2010 est de 766 (486 adultes et 280 enfants). Seuls les patients ayant une immobilisation plâtrée, des traumatismes importants ou de grosses entorses sont revus en consultation externe. Ces consultations sont programmées sur des plages horaires définies de 9h30 à 13h30 (mardi, mercredi et vendredi) et sont assurées par un médecin sénior des urgences.

b) Soins externes

Ils assurent la prise en charge et le suivi des pansements. 704 patients ont été pris en charge en 2010.

c) Activité UHCD

Dans cette unité, ont été hospitalisés 509 patients en 2010. L'activité est en forte augmentation avec près de 35% d'augmentation.

PARTIE III : L'ETUDE

I- OBJECTIFS :

En Rhône-Alpes, en 2002, on compte 1 368 300 recours aux SU, soit 5% de plus qu'en 2000 et 27% qu'en 1995. En 2011, le département du Rhône a enregistré 551 567 passages aux SU, soit 30,3% des passages au niveau de la région Rhône-Alpes et 3% au niveau national. Il s'agit surtout de recours non programmés où il est souvent question de demande de soins pour des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate. Il se pose donc la question de la pertinence de ces admissions.

Devant cette explosion de recours spontanés aux SU, le Centre Hospitalier de Givors et son service des urgences semblent être un cadre propice à l'étude de la fréquentation des urgences. L'idée de cette thèse est donc née de la nécessité de comprendre la logique du cheminement qui conduit les usagers à s'adresser aux urgences.

L'objectif principal de ce travail est l'analyse des motivations des patients se présentant spontanément en journée et l'appréciation de la pertinence de ces recours spontanés au Service d'Urgence du Centre hospitalier de Givors et ce pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux.

Pour mieux connaître les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants de ces recours, la population ciblée sera caractérisée en termes sociodémographiques, de la pathologie présentée et de la gravité de l'état de santé lors de l'arrivée au Service des urgences. A travers les caractéristiques recueillies et de leur influence, nous essaierons d'obtenir des éléments de réponse à certaines questions notamment :

- ✓ pourquoi ces usagers ne suivent-ils pas le parcours de soins déjà établi ?
- ✓ leur trajectoire découle-t-elle de la méconnaissance du système de soins ?
- ✓ répondent-ils à une stratégie personnelle ou agissent-ils selon leur classe sociale ?

L'objectif secondaire est une enquête de satisfaction qui nous permettra, le cas échéant, d'améliorer la qualité de l'accueil, des services et des soins que nous dispensons. Cette enquête nous permettra également de :

- ✓ disposer d'informations sur la perception des usagers du service des urgences,
- ✓ identifier les points forts et les points faibles de la prise en charge des patients,
- ✓ déterminer les facteurs associés à l'insatisfaction des patients pour répondre à leur attente,
- ✓ définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration,
- ✓ de contribuer à l'enquête de qualité réglementaire qui concerne l'ensemble de l'établissement du CH de Givors.

II- MATERIEL ET METHODES

A. TYPE D'ETUDE, LIEU ET DUREE:

Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective et prospective se déroulant sur une période de 28 jours consécutifs allant du 1^{er} mars au 28 mars 2011. Les patients sont inclus consécutivement durant la semaine et le week-end.

La partie principale de l'étude porte sur l'analyse des motifs des recours spontanés des patients au service des Urgences de l'hôpital de Givors. Elle consiste à déterminer ces motifs non urgents et non suivis d'une hospitalisation, qui ont amené ces patients à consulter aux urgences aux heures d'ouverture des cabinets médicaux de ville (8h -18h59) plutôt que de faire appel à la médecine de ville. L'analyse est faite à travers les caractéristiques sociodémographiques et pathologiques des patients.

La partie secondaire est une enquête de satisfaction basée sur un questionnaire au patient pour évaluer sa perception du service. Au terme de sa consultation, si le patient ne relève pas d'une hospitalisation, il est informé de l'enquête et son consentement à répondre au questionnaire est demandé.

Une note d'information sur le déroulement de l'enquête est affichée en salle d'attente. L'équipe des urgences (agent d'accueil, paramédicaux et médecins) a été informée de l'enquête et de ses modalités.

B. CRITERE DE SELECTION

1. Critères d'inclusion:

Est inclus tout patient ayant un recours spontané aux urgences pour un motif médical ou chirurgical, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Les patients de moins de 15 ans doivent être accompagnés d'un des deux parents.

2. Critères de non inclusion :

Ne sont pas inclus :

- les patients amenés par le SAMU, les pompiers, les ambulances ou adressés par un médecin ou encore amenés par les forces de l'ordre,
- les patients adressés par une maison de retraite, une institution médicosociale.
- les patients dont la gravité de l'état justifie des mesures immédiates de réanimation,
- les patients qui avaient été convoqués aux urgences après une première consultation,
- les patients partis sans soins, les moins de 15 ans non accompagnés d'un des deux parents.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les données sont recueillies par les médecins après la consultation médicale. Un registre de passage est tenu et renseigné par l'agent administratif d'accueil. Ce registre a été d'une grande aide dans notre étude pour les informations enregistrées et le suivi des dossiers.

Pour chaque patient consultant aux urgences, un dossier médical papier (annexe 4) est créé avec un numéro de dossier unique affecté par l'agent administratif. Ce dossier comprend

- le N° de dossier
- la date, les heures d'arrivée, de prise en charge et de sortie
- l'identité, les coordonnées, le sexe, l'âge
- le motif de recours ou type de consultation
- le mode d'entrée ou d'adressage
- si accident : précision si AVP, AT...
- classification CCMU et GEMSA
- si examen : imagerie, biologie
- le mode de sortie : domicile, mutation, hospitalisation.

Pour chaque dossier correspondant aux critères d'inclusion, et consultant dans la tranche horaire 08h00 – 18h59, une fiche médicale anonyme (fiche rose) comportant le N° de dossier est glissée dans le dossier médical par l'agent administratif d'accueil. Lorsque la décision de sortie du patient est prise :

- dans un premier temps, le médecin informe le patient de l'enquête et lui remet la fiche médicale comprenant un questionnaire à remplir,
- dans un deuxième temps, le médecin doit remplir la partie médicale de la fiche qui comprend :

- le type d'accident/pathologie
- le motif de recours
- le diagnostic principal
- la classification CCMU et GEMSA (annexes 1 et 2)

A la fin de la collecte des données, une relecture et un recodage de chaque dossier, si incomplet, sont effectués.

III- RESULTATS ET DISCUSSION

Dans ce chapitre nous aborderons dans un premier temps les motifs des recours spontanés que nous discuterons successivement et confronterons aux données de la littérature, puis nous analyserons les résultats de l'enquête de satisfaction. Les motivations des patients pour les recours spontanés seront également comparées aux réponses de l'enquête de satisfaction.

A. POPULATION ETUDIEE

1. L'étude

La partie principale de cette étude observationnelle porte sur la détermination des motifs de recours spontanés des patients au SU du CH de Givors, aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, et le jugement de la pertinence de ces visites non programmées. Nous avons voulu connaître les motivations de ces patients qui n'ont pas suivi un parcours de soins pré-établi.

Les caractéristiques socio-démographiques et l'état de santé jouent-elles un rôle important et permettent-elles à ces patients de s'orienter directement vers le SU. Autrement dit, ont-ils raison de se présenter directement au SU au lieu de consulter en médecine de ville ? Leur démarche à consulter en urgence est-elle légitime ?

Ces patients ont-ils été satisfaits de leur prise en charge ? Et quelle était leur perception et leur appréciation du SU ? L'enquête de satisfaction qui constitue le deuxième volet de ce travail répondra à ces questions.

2. La population

Au cours de l'étude, du 1er au 28 mars 2011, nous avons dénombré 1348 passages au total, soit une moyenne de 48 passages/jour, dont 1109 recours spontanés. La proportion de recours spontané est donc de 82%.

Un peu plus de la moitié des consultants spontanés vient de la ville de Givors (52%) et 48% des communes limitrophes et de la zone d'attraction de l'hôpital (tableaux 5 ; 6 et 7).

Commune de résidence	N=1109	%
Givors	576	52
Grigny	199	18
Canton Givors (sauf Giers et Grigny)	116	10,5
Communes limitrophes		
	69440	110
	38670	60
	69390	27
	69360	16
Autre	5	0,45

Tableau 5 : Commune de résidence de la population étudiée

	Hommes	Femmes
Ensemble	649	460
(N=1109)	(58,5%)	(41,5%)

Tableau 6 : % des hommes et des femmes

Moyenne d'âge	Médiane	Age minimum	Age maximum
29 ans	24 ans	<1an	93 ans

Tableau 7 : âge de la population étudiée

Les patients venus aux urgences en consultation spontanée forment une population plutôt masculine : 58,5% d'hommes versus 41,5% de femmes, soit un sex-ratio homme/femme de 1,4. Ce rapport reste constant pratiquement dans toutes les tranches d'âge et il s'inverse seulement dans la tranche de 45-59 ans, soit 0,91 qui correspond à la population de Givors. Un sex-ratio égal ou proche de 1,4 a été trouvé dans d'autres études sur la fréquentation des urgences hospitalières (42 ; 153).

Ces patients sont nettement plus jeunes que l'ensemble de la patientèle des urgences, 58,6% ont moins de 30 ans. Les tranches d'âge 30-59 ans et 60 ans et plus représentent respectivement 33 et 8,4%. La population pédiatrique (moins de 15 ans) représente quant à elle 28% des consultants dont 57,7% de garçons et 42,3% de filles. Les tranches d'âge 0-15 ans et 16-29 ans sont celles qui regroupent le plus de patients, soit 61 et 54,5% respectivement des hommes et des femmes.

En termes d'âge, nos résultats sont en accord avec les études sur les patients qui consultent aux urgences. Il s'agit plutôt d'une population jeune et masculine avec une moyenne d'âge variant entre de 30 à 40 ans (42 ; 153 ; 154 ; 170 ; 198).

3. Situation assurantielle

Effectifs	1109	%
Sécu + mutuelle	733	66%
Sécu	137	12%
CMU	239	22%

Tableau 8 : Affiliation de la population étudiée à la sécurité sociale et à une mutuelle

Les patients de l'étude ont tous une couverture sociale. Ils sont 66% à être affiliés à un régime de sécurité sociale et à une mutuelle, 12% à un régime de sécurité sociale seul et 22% à

posséder la couverture maladie universelle ou CMU sans assurance complémentaire. Sur les 1109 consultants spontanés, 920 déclarent avoir un médecin traitant, soit un taux de 83%.

Si on fait un parallèle entre CMU et précarité, ils sont donc 22 % à être en situation précaire. A savoir, la ville de Givors compte un taux de chômage de 17,1 %, bien supérieur à la moyenne nationale (10,5%). Un taux similaire de CMU a été reporté dans une autre étude sur les recours aux urgences en France (135).

4. La décision du recours

Sur les 1348 patients, il y a eu 239 adressages répartis comme suit (tableau 9):

Adressage	Effectif	%	
Médecin traitant	64	5	Adressage hors consultation spontanée N=239 soit 18%
Ambulance	40	3	
Pompiers	110	8	
Police	25	2	
Consultation spontanée	1109	82	
Total	1348	100	

Tableau 9 : adressages de 1348 passages du 1^{er} au 28 mars 2011

En ce qui concerne le parcours de soins de ces patients, on peut dire qu'il n'est pas respecté dans une grande majorité des cas. La plupart des patients sont venus consulter spontanément sans passer par un appel au SAMU-Centre 15, seulement (3+8) sont passés par la régulation et 5% adressés par leur médecin traitant. Ainsi, 82% des passages sont des consultations spontanées. Cette proportion se situe dans le très large intervalle de 10 à 90% de recours spontanés aux SU cité dans la littérature. On relève que cette prévalence varie de 24 à 40% dans presque la moitié des études et ce en fonction de la définition de l'urgence (53 ; 170 ; 172 ; 172 ; 199).

Dans notre étude, cette proportion élevée trouve en partie une explication dans la réponse à la question 3 du questionnaire de satisfaction où plus de 40% des patients se sont présentés spontanément parce qu'ils n'ont ni médecin traitant (16%), ni le choix pour consulter ailleurs (6%) et 18% pour une raison de proximité de l'hôpital.

Une faible proportion de 5% est adressée par le médecin traitant probablement à cause de la faible proportion des personnes âgées dans la zone d'attraction du Centre Hospitalier, à savoir que seuls 17% des givordins sont âgés de 65 ans et plus. Par ailleurs, il est établi que les personnes âgées de 70 ans et plus prennent rarement la décision d'aller directement consulter en urgences, elles s'y rendent surtout suite à une orientation médicale (53).

Si on écarte les patients emmenés par la police, soit 2%, seulement 11% des consultants ont contacté la régulation (SAMU) qui a pour mission d'orienter les patients pour les soins primaires. Cette très faible proportion pourrait être le résultat d'une méconnaissance de la permanence des soins de ville ou d'une sous-utilisation des centres d'appel. Cette donnée est en accord avec d'autres études notamment celles de la DREES (53) et de S. Gentile et al (42) qui rapportent qu'une proportion importante de sujets se présentant spontanément aux urgences correspond à des patients mal informés sur la permanence des soins de ville. L'information et l'éducation des sujets permettraient peut-être de diminuer le nombre des visites non programmées dans les services d'urgences.

En faisant abstraction des patients adressés par un médecin (n=64 ; 5%), emmenés par la police ou les pompiers respectivement (n=25 ; 2%) et (n=110 ; 8%), il reste donc 1109 consultations spontanées. Et si on tient compte des critères de gravité CCMU1 (n=284) et CCMU2 (n=797), il ne reste au final que 28 patients répertoriés CCMU3 (pronostic vital non menacé à l'arrivée mais dont l'état est susceptible de s'aggraver), soit 2% de l'ensemble des admissions durant l'enquête (N=1348) et qu'on pourrait qualifier de vraies urgences.

Au vu des classifications CCMU et GEMSA, on peut conclure à une utilisation « abusive » du SU par les patients ce qui sera étayée ultérieurement par les motifs de recours. On peut se demander donc si ce mésusage serait à l'origine de problèmes au sein du SU notamment une saturation provoquant un long délai d'attente ou une dégradation de la qualité des soins. L'enquête de satisfaction pourrait apporter des éléments de réponse.

5. Le Score EPICES de la population étudiée

Pour rappel, le score EPICES (annexe 3) tient compte de toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle. Ce score qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) et la valeur 30 est fixée comme seuil de précarité. Sont donc considérées comme précaires les personnes ayant un score supérieur ou égal à 30.

Dans notre étude, le questionnaire-Epices a été administré dans un sous-échantillon de 542 sujets parmi les 1109 consultants spontanés (tableaux 10 et 11). Ainsi définis, les précaires représentent en moyenne 42,5% du sous-échantillon. Cette précarité apparaît diffuse, débordant largement des frontières des classes d'âge. En effet, ce score est supérieur au seuil de précarité dans toutes les classes d'âge excepté celle des 75 ans et plus. On relève un taux de précarité de plus de 53% chez les sujets âgés de 45 à 74 ans (tableau 11 ; figure 6).

Si le critère CMU révèle une proportion de 22% de précaires dans notre échantillon, le score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés, montre une proportion plus importante d'utilisateurs en situation de précarité, soit une moyenne de 42,5%. Ce premier résultat montre que les patients recourant spontanément au SU sont plutôt socio-économiquement défavorisés.

Score EPICES et caractéristiques des 542 patients questionnés

Age	Effectif	%
0 - 15 ans	163	30
16 - 29 ans	144	26,5
30 - 44 ans	121	22
45 - 59 ans	70	13
60 - 74 ans	32	6
75 ans et +	12	2

Sexe	Effectif	%
Féminin	226	42
Masculin	316	58
Effectif total	542	100

Effectifs	Score EPICES < 30	Score EPICES > 30
312	57,5 %	
230		42,5 %
Score moyen	57,4 ±12,08	42,5 ±12,08

Tableau 10 : Score EPICES des patients questionnés

	Score < 30 (%)	Score >30 (%)
Ensemble		
0 à 15 ans (n=163)	66,3	33,7
16 à 29 ans (n=144)	54,2	45,8
30 à 44 ans (n=121)	59,5	40,5
45 à 59 ans (n=70)	42,8	57,2
60 à 74 ans (n=32)	46,8	53,2
75 ans et + (n=12)	75	25
Moyenne	57,43 ±12,08	42,57±12,08

Tableau 11 : Score EPICES des patients questionnés selon la tranche d'âge

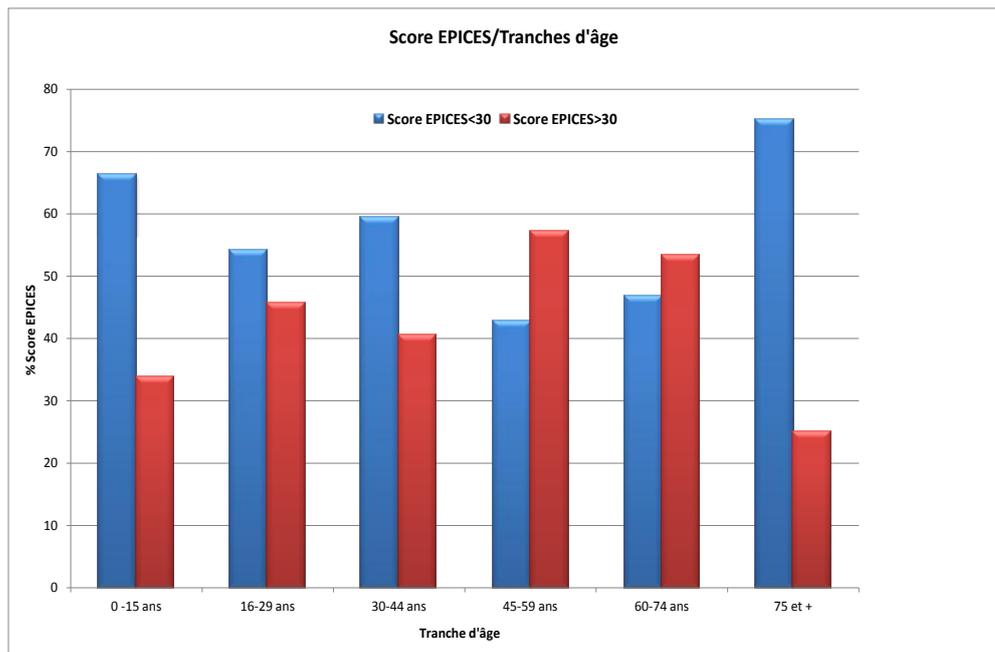


Figure 6 : Score EPICES en fonction de la tranche d'âge

Les quelques caractéristiques socio-démographiques de notre population sont similaires à celles reportées dans la littérature. Il s'agit globalement d'une population jeune et plutôt

masculine et présentant un niveau important de précarité qui consulte spontanément aux urgences (42 ; 44 ; 53 ; 80).

Cette précarité mérite d'être évaluée et corrélée à d'autres paramètres notamment les pathologies, le niveau d'étude ou l'activité professionnelle...

6. La classification clinique de la population

a) La répartition CCMU

Le CCMU de chaque patient a été évalué prospectivement et aucune cotation erronée n'a été relevée. Dans l'ensemble de l'échantillon des consultants spontanés (N=1109), on relève l'absence des CCMU 4, 5 et 6 tandis que la CCMU 2 représente une grande proportion, soit 72% des patients nécessitant une surveillance, un examen complémentaire et/ou thérapeutique prescrits par le médecin qui justifient leur recours au service des urgences même s'ils n'ont pas été hospitalisés. 26% de ces recours spontanés relèvent d'une consultation médicale simple ou CCMU 1 et 2% de CCMU 3 (tableau 12).

	N=1109	%
CCMU 1	284	26
CCMU 2	797	72
CCMU 3	28	2

Tableau 12 : Répartition CCMU de la population étudiée

A l'issue de la prise en charge, la très grande majorité des patients retournent à leur domicile soit 98% contre 70% dans l'enquête de la DREES (53). Seuls 2% des 1109 recours spontanés ont été suivis d'une hospitalisation. Ce taux qui nous informe sur la gravité de l'état de santé des patients reste faible et bien inférieur au taux de 20% reporté dans la même enquête.

Par ailleurs, les mêmes proportions ont été observées dans l'échantillon répondant au questionnaire de satisfaction. Ainsi, sur les 542 patients, comme l'indique le tableau 13, aucun patient n'a été répertorié CCMU supérieur à 2. En effet, 25% des patients sont classés en niveau CCMU1 (état clinique jugé stable) et 75% en CCMU2 (état clinique jugé stable-décision d'actes complémentaires diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence).

Niveau	Effectif	%
CCMU 1	136	25
CCMU 2	406	75
Total (questionnaire)	542	100

Tableau 13 : Répartition CCMU des patients questionnés

Nos résultats sont en accord avec les études sur les patients qui consultent aux urgences où ils bénéficient pour les trois quarts d'entre eux (CCMU1 : 14%; CCMU2 : 74%) d'actes thérapeutiques ou diagnostiques, et essentiellement pour des problèmes aigus de santé non graves (CCMU1 ou CCMU2). Il s'agit donc d'une activité qui ne devrait pas relever du SU, mais d'une prise en charge pré-hospitalière (42 ; 44 ; 53 ; 80).

Le niveau de gravité augmente avec l'âge du patient, il est estimé à 15 et à 25% respectivement chez les sujets de plus de 50 ans et plus de 70 ans (5 ; 53 ; 163). Bien que notre échantillon contienne près de 8,5% de personnes âgées de 60 ans et plus, nous n'avons relevé aucun cas de CCMU supérieur à 2.

b) La répartition GEMSA

Dans notre étude, sur les 1109 consultations spontanées, les patients ont été classés comme suit (tableau 14) :

- 947 patients GEMSA 2 (patient non convoqué sortant après consultation ou soins), soit 85%
- 88 patients GEMSA 3 (patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale), soit 8%.
- 72 patients GEMSA 4 (patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences), soit 6,5%.
- 2 patients GEMSA 6 (patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée), soit moins de 1%.

Classe	N=1109	%
GEMSA 1	0	0
GEMSA 2	947	85
GEMSA 3	88	8
GEMSA 4	72	7
GEMSA 5	0	0
GEMSA 6	2	<1

Tableau 14 : Répartition GEMSA de la population étudiée

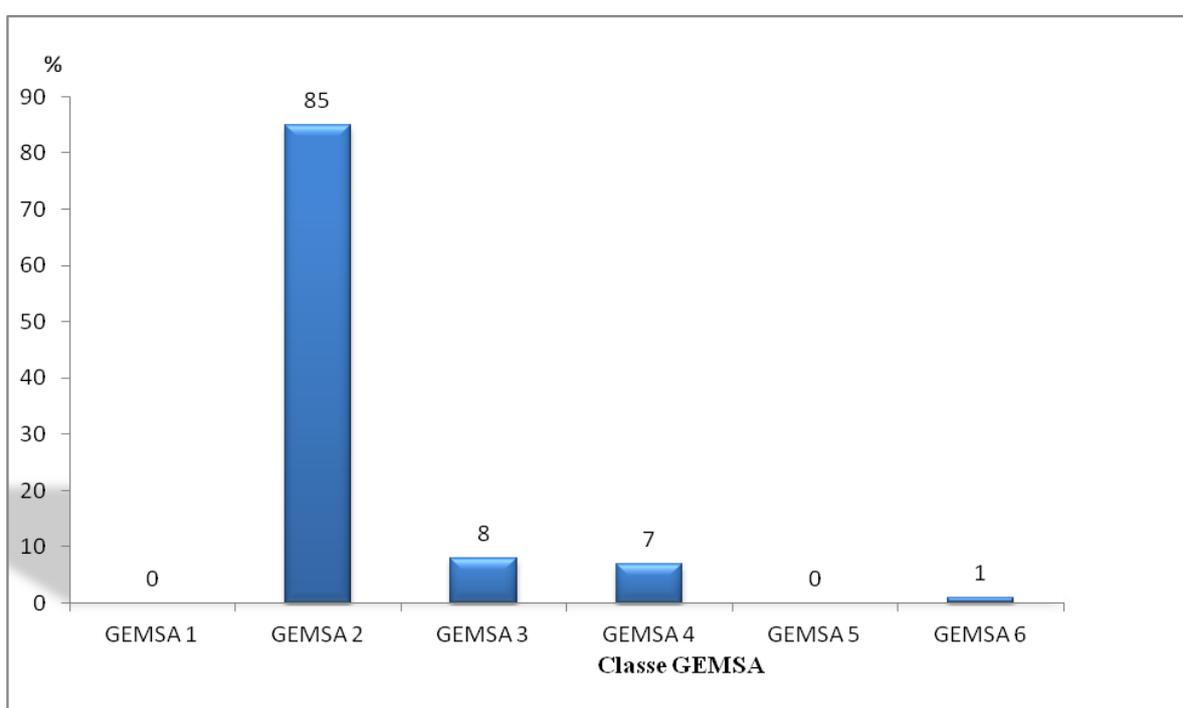


Figure 7 : Répartition du GEMSA dans les 1109 consultations spontanées

La CCMU et la GEMSA utilisées pour évaluer le degré de nécessité de passage aux urgences peuvent avoir une certaine correspondance entre leurs différents niveaux (tableau 15). Les niveaux 1 et 2 de la CCMU considérés comme bénins et pouvant faire l'objet d'une prise en charge ambulatoire pourraient être ainsi équivalents aux niveaux 2 et 3 de la classification GEMSA.

Niveau		Equivalent GEMSA
CCMU 1	26%	GEMSA 2 : 85%
CCMU 2	72%	GEMSA 3 : 8%
Total %	98%	93%
Effectif=1109		

Tableau 15 : Equivalence entre GEMSA et CCMU dans la population étudiée

Selon la classification GEMSA, 93% des patients de notre étude ne sont pas en situation d'urgence ce qui concorde avec la classification CCMU1+2, soit 98%. L'association des deux indices CCMU et GEMSA nous a permis de mieux cerner l'état de gravité des patients dont la très grande majorité ne nécessite ni prise en charge thérapeutique immédiate ni hospitalisation mais relève tout simplement d'une consultation médicale simple ou d'une offre de soins ambulatoire. Ces résultats vont dans le sens des données de la littérature qui montrent que 88% des passages aux urgences ne justifient pas nécessairement d'une prise en charge urgente puisqu'ils sont classés CCMU1 et CCMU2 (42 ; 44 ; 53 ; 80).

Ces données confirment l'idée d'urgence ressentie et du recours inapproprié au SU. Il existerait donc une certaine confusion des usagers entre soins urgents et soins non programmés, une méconnaissance de la médecine ambulatoire et une mauvaise information sur la permanence des soins de ville.

B. LES MOTIFS DE RECOURS SPONTANES

A partir du registre « Motifs de recours selon la nomenclature SFMU à modèle simplifié » issu de la collecte des données sur la période de l'étude (annexe 5), nous avons extrait les informations suivantes : le motif le plus fréquemment évoqué est d'ordre traumatique (59%) suivi par le motif médical (39%) alors que le motif psychiatrique ne représente que 2% des recours.

Dans leur globalité, nos résultats sont en concordance avec d'autres études (42 ; 44 ; 53 ; 80). Ainsi, on relève des données similaires dans l'enquête de la DRESS de 2003 (53) où le motif traumatique est prédominant et représente 62% des motifs de passage chez les jeunes de 16

à 25 ans et 53% chez les adultes de 26 à 50 ans tandis que les recours somatiques et psychiatriques sont mentionnés respectivement dans 41 et 2,5% des cas.

1. La pédiatrie

La pédiatrie (0 à 15 ans) est une part non négligeable des consultants : elle représente 28% de la consultation spontanée totale avec une légère prédominance de garçons, soit 16% de l'effectif total de la population étudiée et 57,7% de l'effectif pédiatrique (tableau 16). Ces enfants consultent plus particulièrement pour des causes traumatiques (chutes avec trauma crânien et des poignets, accidents domestiques) à 70%. La plupart des traumatismes sont superficiels ou bénins. Les causes médicales représentent 30% et correspondent à des problèmes de la sphère ORL et respiratoires, fièvre, gastro-entérite, éruptions cutanées (urticaires, varicelle, etc)

	Effectif	% (/N=1109)	% (/n=310)
Garçons	179	16	57,7
Filles	131	12	42,3
Total Pédiatrie	310	28	
Recours pour motif traumatique	217		70
Recours pour motif médical	93		30

Tableau 16 : Motifs de recours spontanés dans la sous-population pédiatrique

2. Les adultes

Chez les adultes consultants spontanés, nous retrouvons comme le montre le figure 8 et à l'image de la littérature, les trois types de motifs de consultation : traumatique, médical et psychiatrique. Le motif traumatique est le motif d'admission principal à près de 63%, suivi par le motif médical à 35%, et les consultations psychiatriques ne représentent qu'une faible proportion, soit 2% des recours.

Motif de recours	N=1109	%
Traumatisme	698	63
Problème somatique	388	35
Troubles psychiatriques	23	2

Tableau 17 : Motifs de recours spontanés chez les adultes

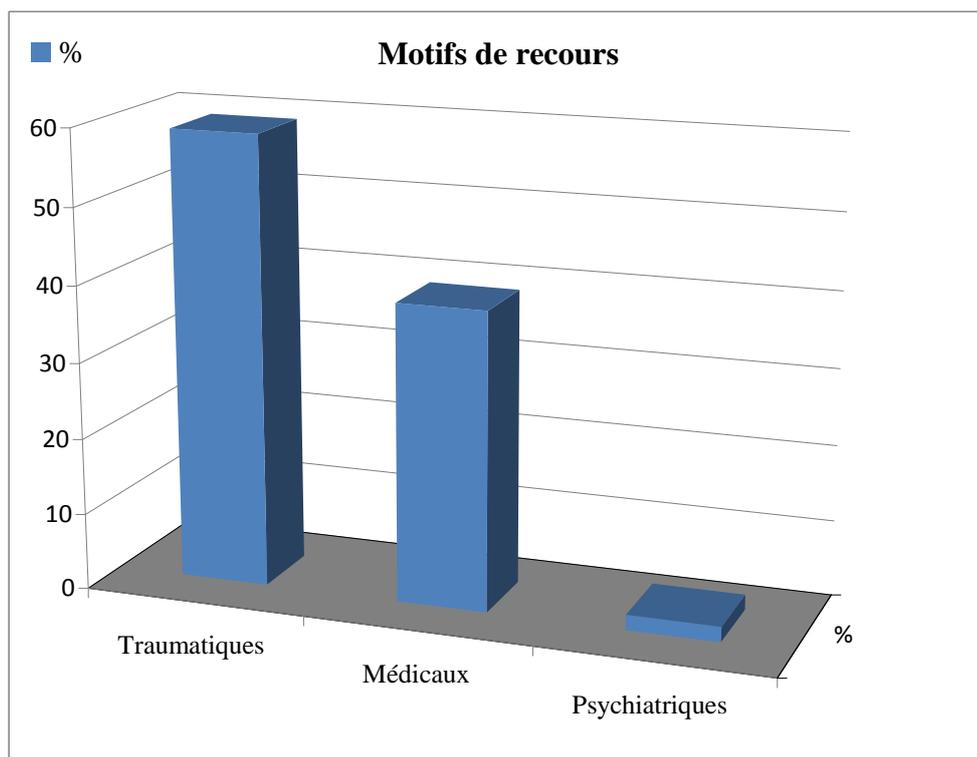


Figure 8 : Motifs de recours spontanés chez les adultes

Ces visites spontanées pour traumatisme relèvent le plus souvent de la petite traumatologie (traumatisme de membre, entorse, plaies, etc) ne nécessitent pas de bilan paramédical mais juste une prise en charge adéquate en ambulatoire.

Par ailleurs, ce taux important de recours pour motif traumatique expliquerait la fréquentation plutôt masculine (58,5% d'hommes vs 41,5% de femmes) et serait probablement en relation avec les accidents de travail et risques professionnels puisqu'une grande proportion des givordins sont des ouvriers ou ayant des professions intermédiaires. De plus, les pratiques du

week-end notamment les accidents de sport, de bricolage contribuent à ce taux élevé de traumatismes chez les hommes.

C. LES MOTIFS DE RECOURS MEDICAUX

Si le médecin raisonne en termes d'organe, le patient exprime plutôt les symptômes comme la douleur et vise les moyens d'y mettre fin. Les réponses appellent toutefois quelques réserves car il se peut que les déclarations du patient ne soient pas transcrites avec la même exactitude par les médecins et que le motif exprimé par le patient ne soit pas celui qui a réellement motivé sa démarche. Nous allons donc analyser les motifs de recours selon médecin et patient.

En affinant l'analyse, et si l'on s'intéresse aux motifs de recours par spécialité médicale dans l'ensemble de l'échantillon des recours spontanés, les pathologies les plus souvent rencontrés après les traumatismes sont les problèmes gastro-entérologiques (7,6%), rhumatologiques (5,4%), ORL (4,9%), ophtalmologiques (3,5%), cardio-vasculaires (3,4%) et respiratoires (2,6%).

Motif de recours/Spécialité	Effectif	%
Traumatologie	653	59
Gastro-entérologie	84	7,6
Rhumatologie	60	5,4
ORL	54	4,9
Ophtalmologie	39	3,5
Cardio-vasculaire	37	3,4
Respiratoire	29	2,6
Problèmes Psychiatriques	23	2
Neurologie	20	1,8
Gynécologie	20	1,8
Génito-urinaire	17	1,5
Général & Divers	73	6,6

Tableau 18 : Motifs de recours spontanés par spécialité médicale dans l'ensemble de l'échantillon (N=1109)

D. LES MOTIFS DE RECOURS EXPRIMES PAR LES PATIENTS

1. Chez les adultes

Motif de recours	Effectif	%
Accident (plaie, entorse...)	653	59
Douleur	333	30
Agression / Violence	24	2
Angoisse /Attaque de panique/TS	23	2
Diarrhées / Vomissements	21	2
Fièvre	20	2
Gêne	17	1,5
Malaise	10	<1
Saignements	7	<1
Fatigue	4	<1
Prescription/certificats	3	<1

Tableau 19 : Motif de recours spontanés exprimés par les patients

Le motif de recours spontanés non urgents aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux arrivant nettement en tête est l'accident à l'origine de près de 59% des consultations (tableau 19). Il relève de la petite traumatologie et est, dans la plupart des cas, superficielle ou bénigne.

Le deuxième type de problème non traumatique fréquemment cité est la douleur. Les patients sont algiques dans 30% des cas ce qui justifie leur recours au service d'urgence qui peut rapidement traiter cette douleur. Cette prévalence est proche de celle citée, dans son rapport de 2011, par l'Institut de Veille Sanitaire où les traumatismes constituent le motif principal de recours aux SU. Ainsi, 32 et 38% des admissions correspondaient à des motifs traumatiques respectivement chez les adultes et les enfants (150). Une autre étude rapporte que 45,8% des recours aux SU sont d'origine traumatique dont 15,4% pour des chutes et malaises touchant plus particulièrement des personnes âgées (152).

Les traumatismes divers, soit 12,4% des recours, concernent plus particulièrement les plus jeunes avec 34,5% et 41,4% respectivement pour les moins de 30 ans et ceux d'entre 31 et 44 ans (151). Ils correspondent à des traumatismes en rapport avec une activité sportive ou de loisir, à des lésions traumatiques provoquées par un matériel à usage professionnel ou domestique.

2. En pédiatrie

Dans la population pédiatrique, les motifs exprimés par les patients sont identiques à ceux de l'ensemble de l'échantillon sauf que la douleur, symptôme le plus motivant de la consultation spontanée devance les traumatismes avec respectivement 46 et 40% des cas (tableau 20).

Motif de recours	Effectif	%
Douleur	98	46
Traumatisme	84	40
Gène	8	4
ORL	7	3
Dermatologie	4	2
Dyspnée	3	1,4
Urologie	2	<1
Agression	2	<1
Ophtalmologie	1	<1
Allergie	1	<1
Autre	2	<1
Total	212	100

Tableau 20 : les motifs de recours spontanés exprimés par la population pédiatrique

Si le symptôme « douleur » n'apparaît pas dans les motifs évoqués par le médecin, on retrouve malgré tout comme le principal motif pour l'un comme pour l'autre, le traumatisme. D'après les résultats de notre étude, les motifs de consultation annoncés par le patient sont concordants avec les symptômes avancés par le médecin.

Nos résultats sont similaires à d'autres cités dans la littérature. Dans son enquête de 2003, la DRESS a comparé le « volet médecin » au « volet patient » et il en est ressorti que la douleur est très fréquemment évoquée et que près de 43% des patients ont décidé de recourir aux urgences (154). Sa prévalence, relativement élevée, est variable selon les études. En effet, elle est le motif principal de consultation dans 56% des cas et entre 42 et 52% dans les SMUR alors que la MeaH rapporte (158), que plus de 68% des patients sont algiques à l'arrivée aux SU (155 ; 156 ; 157 ; 158). Très souvent, la douleur est associée significativement à un traumatisme par rapport aux autres pathologies. Dans notre étude, nous n'avons pas analysé cette association pour la quantifier car ce n'était pas un de nos objectifs (158 ; 159).

Le recoupement des données sur les motifs de recours médicaux et des indices de gravités confirme l'idée d'urgence « ressentie » par le patient et probablement sur sa « confusion » des

soins urgents avec les soins non programmés (6 ; 153). Il ressort de notre étude que la très grande majorité des passages traduit bien de la part des patients une demande de soins non programmés pour des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate et par conséquent non justifiés. En revanche, en médecine de ville, il semble que ces recours urgents ou non programmés sont justifiés selon les médecins (163).

E. FREQUENCES DES VISITES SPONTANÉES

1. Répartition des recours durant la semaine

Les recours spontanés sont plus fréquents surtout le week-end qui totalise 32,2% des recours. Le reste de la semaine, le taux de fréquentation reste relativement constant entre 12 et 14% (tableau 21, graphe). La répartition des recours est donc 1/3 le week-end et 2/3 le reste de la semaine.

Jour de semaine	Nombre de passages	Matin: 8h-12h59	Après-midi: 13h-18h59	Nuit 1 : 19h-23h59	Nuit 2 : 00h-7h59	%	
Lundi	156	43	74	30	9	14,1	67,8
Mardi	135	49	47	27	12	12,2	
Mercredi	148	29	69	38	12	13,3	
Jeudi	155	44	68	29	14	14	
Vendredi	158	42	72	33	11	14,2	
Samedi	177	61	72	35	9	16	32,2
Dimanche	180	53	69	41	17	16,2	
Total	1109	321	471	233	84		
%		29	42,5	21	7,5	100	

Tableau 21 : Consultations spontanées par tranches horaires (moyennes sur une semaine)

2. Répartition des recours spontanés

	Période de fréquentation		Total	%	
	Semaine	Week-end			
Jour (8h-18h59)	537	255	792	71	29
Nuit 1 (19h-23h59)	157	76	233	21	
Nuit 2 (0h00-7h79)	58	26	84	8	
Total (N) (%)	752 (68%)	357 (32%)	1109		

Tableau 22 : Consultations spontanées durant le jour et la nuit

Au total, 71% des recours spontanés au service des urgences ont eu lieu le jour pendant la tranche horaire 8h-18h59, heures ouvrables des cabinets médicaux, et 29% sont survenus la nuit en semaine. Si la fréquentation reste importante dans la première partie de la nuit (19h-23h59), soit 21%, elle est nettement plus faible dans la deuxième partie entre minuit et 8 heures (8%).

Ces résultats concordent avec d'autres données issues des urgences hospitalières où 21% des visites spontanées ont eu lieu entre 20h et 8h du matin et 28% ont eu lieu en fin de semaine, dans le même temps la médecine générale enregistre seulement 8 à 9% des recours durant la nuit, deux fois moins que dans notre étude et dans d'autres services d'urgences hospitaliers et 6% des recours urgents en fin de semaine (163 ; 200). Ainsi, les recours nocturnes hospitaliers restent plus importants qu'en médecine libérale qui centre son activité sur les heures ouvrables. L'hôpital prend donc le relais des médecins libéraux pour assurer la permanence des soins en seconde partie de nuit.

Durant toute la semaine, la fréquentation des consultants spontanés varie le long de la journée. Elle augmente rapidement à partir de 8 heures pour atteindre un pic entre 9h-9h59 (9,3%) puis décline doucement pendant la période du déjeuner (7,1%) pour connaître une nouvelle montée vers 14 heures (9%). Au cours de l'après-midi, la fréquentation se stabilise à un palier de 10% jusqu'à l'heure de fermeture des cabinets (Tableau 23 ; figure 9). Cette décomposition est similaire à celle observée dans des services d'urgences hospitaliers où généralement deux pics apparaissent dans la journée, le premier pic, de 12%, apparaît entre 10h et 11h, et le second entre 14h et 15h (153 ; 163 ; 200).

Par ailleurs, cette tendance de fréquentation des urgences hospitalières est en relation avec la vie active plus particulièrement celle des patients âgés de 6 à 70 ans (153).

Tranche horaire	8h-8h59	9h-9h59	10h-10h59	11h-11h59	12h-12h59	13h-13h59	14h-14h59	15h-15h59	16h-16h59	17h-17h59	18h-18h59
Effectif	54	74	69	61	57	72	79	83	79	78	85
%	6,8	9,3	8,7	7,7	7,1	9	10	10,5	10	10	10,5

Tableau 23 : Evolution des recours spontanés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux

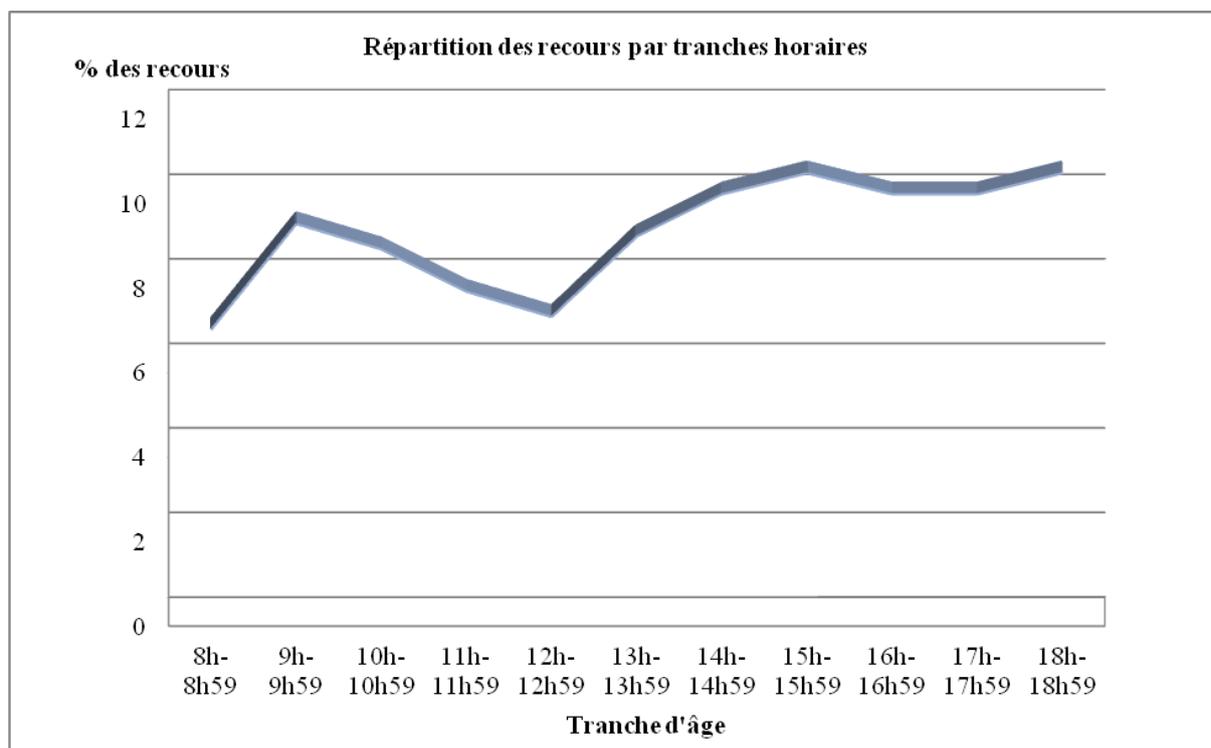


Figure 9 : Evolution des recours spontanés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux

La même analyse et par tranches horaires plus larges, de cinq heures, le maximum de fréquentation se situe dans la tranche 13h-18h59 (figure 10).

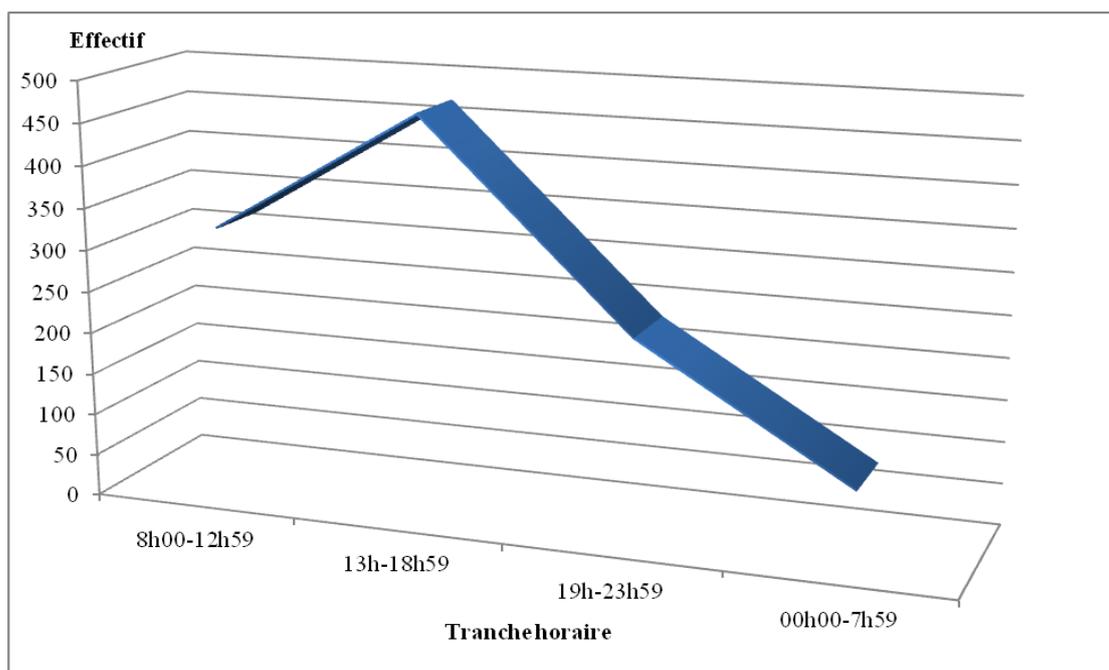


Figure 10 : Evolution des consultations spontanées durant 24 heures
(Valeurs moyennes sur la période de l'étude)

3. Répartition des visites spontanées selon l'âge

Si l'on s'intéresse au pourcentage d'une classe d'âge qui aura fréquenté les urgences, l'étude montre que dans les deux sexes, ce sont les moins de 45 ans qui ont le plus recours au SU, soit 81 et 76,5% respectivement des hommes et des femmes (tableau 24 ; figure 11). A l'opposé, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus qui ont le taux de recours le plus faible, soit près de 3% dans les deux sexes. Les personnes âgées de 60 ans et plus quant à elles, ont un taux de recours seulement de 9% chez les hommes et 8,5% chez les femmes.

Ce taux de recours des personnes âgées, le plus faible, reflète probablement le nombre des habitants du bassin de Givors âgés de 60 ans et plus. En effet, ces personnes représentent 17,5% de la population régionale et 17% des givordins. On pourrait également corrélérer ce taux à deux autres déterminants : au faible effectif de ces patients âgés, soit respectivement 9 et 8,5% des hommes et des femmes, et la tendance de ces personnes âgées à consulter directement leur médecin traitant.

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble	649	(58,5)	460	(41,5)
0 à 15 ans	179	27,5	131	28,5
16 à 29 ans	219	34	121	26
30 à 44 ans	134	20	101	22
45 à 59 ans	63	10	68	15
60 à 74 ans	38	6	28	6
75 ans et +	16	2	11	2,5

Tableau 24 : Effectif et pourcentage des recours spontanés par classe d'âge et par sexe

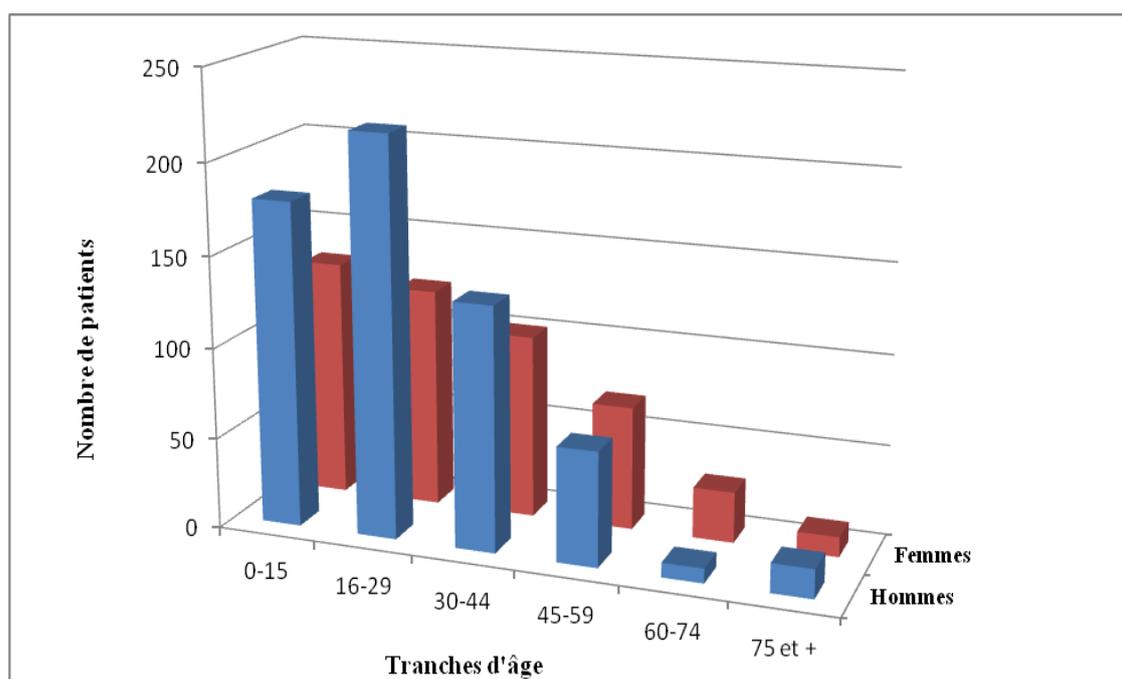


Figure 11 : Effectif et pourcentage des recours spontanés par classe d'âge et par sexe

4. Répartition des visites selon le sexe

	% Hommes	% Femmes	Différence % (Hommes-Femmes)
Ensemble	58,5	41,5	17
0 à 15 ans	57,7	42,3	15,4
16 à 29 ans	64,4	35,6	28,8
30 à 44 ans	57	43	14
45 à 59 ans	48	52	- 4
60 à 74 ans	57,6	42,4	15,2
75 ans et +	59,3	40,7	18,6

Tableau 25 : Effectif et pourcentage des recours spontanés selon le sexe

Les usagers des services d'urgence sont majoritairement des hommes, soit en moyenne 58,5 vs 41,5 % respectivement pour les hommes et les femmes, soit une différence de 17% (tableau 25). Ce déséquilibre entre hommes et femmes existe pour toutes les tranches d'âge, il est plus accentué chez les 16 à 29 ans (64,4% sont de sexe masculin avec un écart de 28,8). Ce rapport s'inverse uniquement dans la tranche d'âge de 45 à 59 ans où les femmes représentent un peu plus de la moitié de l'effectif de la tranche (52%). Ce résultat, qui reflète l'accidentologie par sexe et âge, se retrouve également chez les patients des urgences de la médecine générale de ville (163 ; 200).

5. Durée de passage dans le service

Elle correspond au temps passé par le patient dans le service des urgences depuis son arrivée jusqu'à sa sortie, y compris le délai d'attente et le temps médical.

La durée moyenne de passage a été calculée sur l'échantillon des patients spontanés non hospitalisés, soit N=1109 et chez les 542 patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction.

a) Chez les 1109 consultants spontanés

	Maximum	Minimum	Moyenne
Durée de passage	8 h30 mn	0-5 mn	1h20mn
Motif de recours	Dyspnée	Vomissement	

Tableau 26 : Durée de passage dans le service dans la population étudiée

Le temps moyen de passage est de 1h20 mn, avec un minimum de moins de 5 mn et un maximum de 8h30 mn.

b) Chez les 542 patients questionnés

Durant l'enquête de satisfaction, nous avons recueillis 542 questionnaires sur 748 consultations spontanées sur la tranche horaire 8h00-18h59, non suivies d'une hospitalisation.

Tranche d'âge	Effectif	Durée moyenne de passage	Durée maximale de passage (motif)	Durée minimale de passage (motif)	Nombre de patients ayant un médecin traitant (%)
0 à 15 ans	163	1h08mn	1h50 mn T plaie	< 5 mn Dyspnée	156 (95,7%)
16 à 29 ans	144	1h20mn	1h35 mn T. plaie	< 5 mn Dyspnée	102 (71%)
30 à 44 ans	121	1h17mn	2h T. cheville	< 5 mn Douleur thoracique	94 (77,7%)
45 à 59 ans	70	1h25mn	1h20 mn T. pied	< 5 mn CCN	60 (85,7%)
60 à 74 ans	32	1h46mn	1h30 mn T. bras	< 5 mn Douleur thoracique	29 (91%)
75 ans et +	12	1h19mn	50 mn T. et douleur	< 5 mn Douleur thoracique	12 (100%)
Moyenne tout âge		1h20 mn	1h30	0-5 mn	87%

T : traumatisme

CCN : Crise de Colique Néphrétique

Tableau 27 : Durées de passage chez les patients questionnés, motif de recours par tranche d'âge

La durée moyenne de passage est de 1h20 mn dans l'échantillon questionné (tableau 27). Cette durée est identique à celle de l'ensemble des consultations spontanées (N=1109). Ces durées moyennes de passage doivent être interprétées en fonction de plusieurs facteurs et, en particulier, des effectifs des patients de moins de 15 ans et de plus de 75 ans. En effet, le temps de passage dépend, entre autres, de l'âge du patient et de l'indice de gravité. Dans notre étude, on observe que la tranche d'âge pédiatrique présente la durée de passage la plus courte, soit 1h08mn. Chez les patients de 75 ans et plus, cette durée est égale à la moyenne tandis qu'elle en est supérieure de 26 minutes par rapport à la moyenne dans la tranche de 60-74 ans. Entre 16 et 59 ans, cette durée semble être constante et similaire à la moyenne. Il a été cité que parfois, les durées moyennes de passage sont multipliées par trois entre les patients de 15 à 75 ans et les patients de plus de 75 ans (201).

Les durées maximale et minimale de passage sont respectivement de 2 heures et moins de 5 mn dans l'ensemble des consultations spontanées. Dans l'échantillon questionné, 39 et 47% des patients passent respectivement moins d'une heure et de 1 à 2 heures dans le service. Au-delà de 4 heures et en deçà de 10 minutes, ce taux est inférieur à 1% (tableau 28).

Tranche d'âge (Effectif)	Durée de Passage							
	<10 mn	< 1h	1h-2h	2h-3h	3h-4h	4h-5h	5h-6h	> 6h
0 à 15 ans (163)	3	76	68	13	3	0	0	0
16 à 29 ans (144)	0	54	67	15	5	1	1	1
30 à 44 ans (121)	1	47	59	11	2	0	0	1
45 à 59 ans (70)	0	21	37	8	4	0	0	0
60 à 74 ans (32)	0	9	16	4	1	0	0	1
75 ans et + (12)	0	4	6	2	0	0	0	0
% (n/542)	< 1	39	47	10	3	< 0,5	< 0,5	0,5

Tableau 28 : Evolution de la durée de passage par tranche d'âge

Comparée à d'autres données de la littérature sur des établissements français, évaluées entre 1h30 et 3 heures (88), la durée moyenne de passage dans notre service des urgences est donc plus courte. Elle témoigne, entre autres, d'une fluidité dans le flux des usagers.

En outre, ce temps de passage relativement court semble être corrélé au taux des CCMU des différentes patientèles de notre étude. En effet, notre effectif est caractérisé par l'absence des catégories les plus graves (CCMU 4, 5 et 6) et par 26% de CCMU 1 et 72% de CCMU 2, soit 98% de patients ne nécessitant pas une prise en charge médicale longue.

F. LE DELAI D'ATTENTE

Il est défini comme le temps passé dans le service des urgences depuis l'arrivée du patient jusqu'au début de sa prise en charge par un personnel soignant.

Nous avons calculé le délai moyen d'attente avant la prise en charge des 542 consultations spontanées sur la tranche horaire 8h-18h59, non suivies d'hospitalisation. Tout âge confondu, le délai moyen été évalué à 34 minutes (Figure 12).

Par ailleurs, nous avons calculé ce délai d'attente dans les différentes tranches d'âge. Ainsi, le temps d'attente moyen le plus court, de 19 minutes, a été relevé chez les patients de 75 ans et plus. A l'opposé, le délai le plus long était de 46 minutes chez les patients de 30-44 ans suivis par les 45-59 ans avec un délai moyen de 36 minutes.

En outre, le calcul de la durée réelle d'attente, à partir du registre où sont consignés les temps d'arrivée des patients dans le service et du début de leur prise en charge, montre qu'ils étaient respectivement 52%, 41,5% et 6,4% des patients à avoir attendu moins de 15 minutes, de 15 minutes à une heure ($15mn < t \leq 1h$), et d'une heure à deux heures ($1h < t \leq 2heures$). Nous n'avons relevé aucune attente supérieure à deux heures (tableau 29).

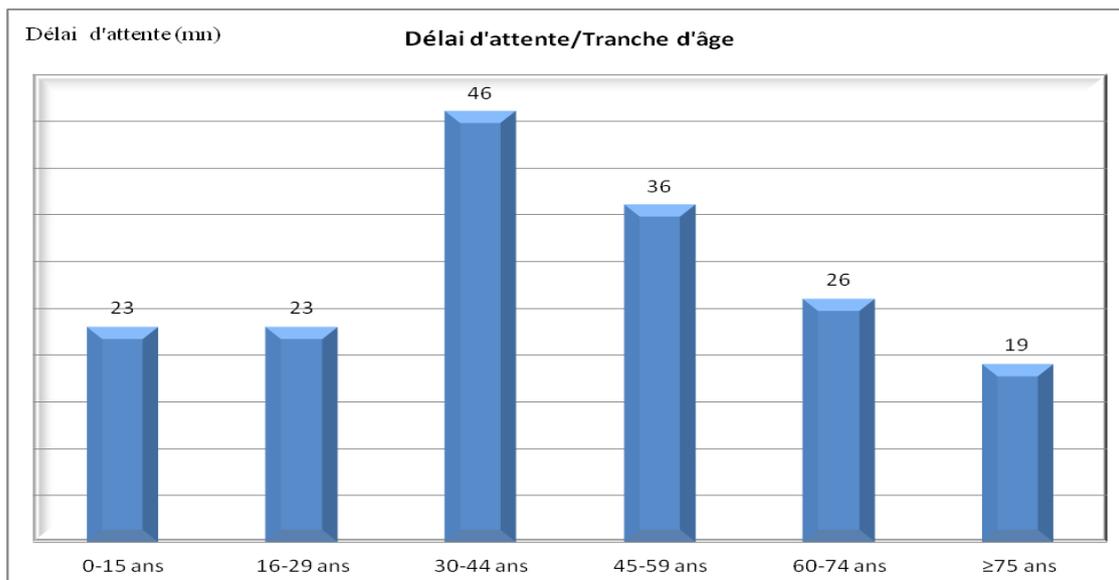


Figure 12 : Délai d'attente moyen par tranche d'âge

Tranche d'âge (n)	< 15 mn (n) ; (%)	<1heure (n) ; (%)	1-2heures (n) ; (%)	2-3heures	>3heures
0-15 ans (163)	90 ; (55,2)	17; (18,8)	14; (15,5)	0	0
16-29 ans (144)	73 ; (50,7)	12; (16,4)	12; (16,4)	0	0
30-44 ans (121)	57; (47)	8; (14)	8; (14)	0	0
45-59 ans (70)	43; (61,4)	4; (9,3)	3; (7)	0	0
60-74 ans (32)	13; (40,6)	2; (15,4)	2; (15,4)	0	0
75 ans et + (12)	6; (50)	0; (0)	0; (0)	0	0
N=542	282 (52%)	(43) 12,3	(39) 11,4		

Tableau 29 : délai d'attente (effectif et %) par tranche d'âge

En comparant ces données à celles recueillies dans l'enquête de satisfaction (Question 7: « Avez-vous attendu avant d'être vu par le médecin ? »), il en ressort qu'une grande majorité des patients questionnés a attendu moins de 15 minutes (47,6%), soit une attente inférieure à l'attente moyenne de 34 mn 15. Confrontés aux données de la littérature, nos délais d'attente sont plus courts et se comparent très favorablement aux délais évalués dans différentes études entre 30 et 60 minutes (105 ; 114 ; 118 ; 129).

Dans d'autres études, entre 25 et 50% des patients attendent plus d'une heure avant une prise en charge (105 ; 114 ; 118 ; 129), un taux et une durée qui peuvent être préjudiciables à la qualité des soins et avoir des incidences négatives sur le pronostic vital des consultants les plus graves

Partout ailleurs, les urgences vitales sont prises en charge sans délai et peuvent mobiliser une grande partie des soignants et par conséquent entraîner un délai d'attente important pour les autres patients. Ce délai dépend également du nombre de patients présents dans le service. L'attente est jugée excessive par près d'un patient sur six et d'un patient sur trois respectivement en cabinet et dans les services d'urgences hospitaliers (132). Notre enquête de satisfaction nous donnera des éléments de réponse quant à ce déterminant.

G. LA DUREE DE PRISE EN CHARGE

La durée de prise en charge correspond au temps écoulé entre l'admission du patient et le premier contact avec un soignant ou un médecin. C'est lors de ce premier contact que la prise en charge débute avec une première évaluation de l'état du patient, ainsi que les premiers examens nécessaires.

Le temps moyen mesuré de prise en charge du patient qu'on peut appeler également temps médical ou temps de soins est de 1h02 mn (tableau 30). Sa durée minimale est de 10 minutes pour une douleur, un traumatisme aux articulations (genou, cheville) ou une plaie alors que la durée maximale est de 7h24 mn pour des motifs plus conséquents notamment une crise de colique néphrétique ou une lombalgie. On observe une augmentation de ce temps en fonction de l'avancée en âge. Le temps de soins le plus court est observé chez la population pédiatrique et c'est à partir de 45 ans que ce temps de prise en charge commence à dépasser l'heure. De ces données, on peut conclure que 79% des prises en charge durent moins d'une heure. Autrement dit, plus des 2/3 (428/542) des dossiers-patients sont clôturés en moins d'une heure.

Tranche d'âge	Effectif	Durée moyenne de PEC	Délai de PEC maximum (motif)	Délai de PEC minimum (motif)
0 à 15 ans	163	45 mn	3h40 mn; Vomissement	10 mn; morsure, agression, traumatisme cheville, plaie
16 à 29 ans	144	57 mn	5h00; Lombalgie	10 mn; traumatisme genou, dorsalgie
30 à 44 ans	121	53 mn	7h10 mn; Crise de colique néphrétique	10 mn; agression, ordonnance, douleur pelvienne
45 à 59 ans	70	1h07 mn	3h55 mn; lombalgie	15 mn; plaie, traumatisme main, CE œil
60 à 74 ans	32	1h20 mn	5h55 mn; douleur thoracique	10 mn; douleur dentaire
75 ans et +	12	1h10 mn	2h45 mn; douleur thoracique	10 mn; corps étranger dans l'œil
Moyenne tout âge		1h02 mn	5h24mn	10-11 mn

PEC : Prise En Charge ; CE : Corps Etranger

Tableau 30 : Délais maximum, minimum et moyen de la prise en charge

H. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Tranche d'âge (n)	Biologie		Radiologie		% total des actes
	Nombre d'actes	%	Nombre d'actes	%	
0-15 ans (163)	3	2	70	43	45
16-29 ans (144)	5	3,5	67	46,5	50
30-44 ans (121)	7	5,8	47	39	44,8
45-59 ans (70)	5	7	28	40	47
60-74 ans (32)	5	15,6	17	53	68,6
75 et + (12)	1	8,3	4	33,3	41,6
Total actes	26		233		
Moyenne	4,3	7	38,8	42,5	49,5
	Biologie : 26/259=10% Radiologie : 233/259=90% Ensemble des actes : 259, soit 259/542=47,8%				

Tableau 31 : Actes médicaux chez les patients questionnés

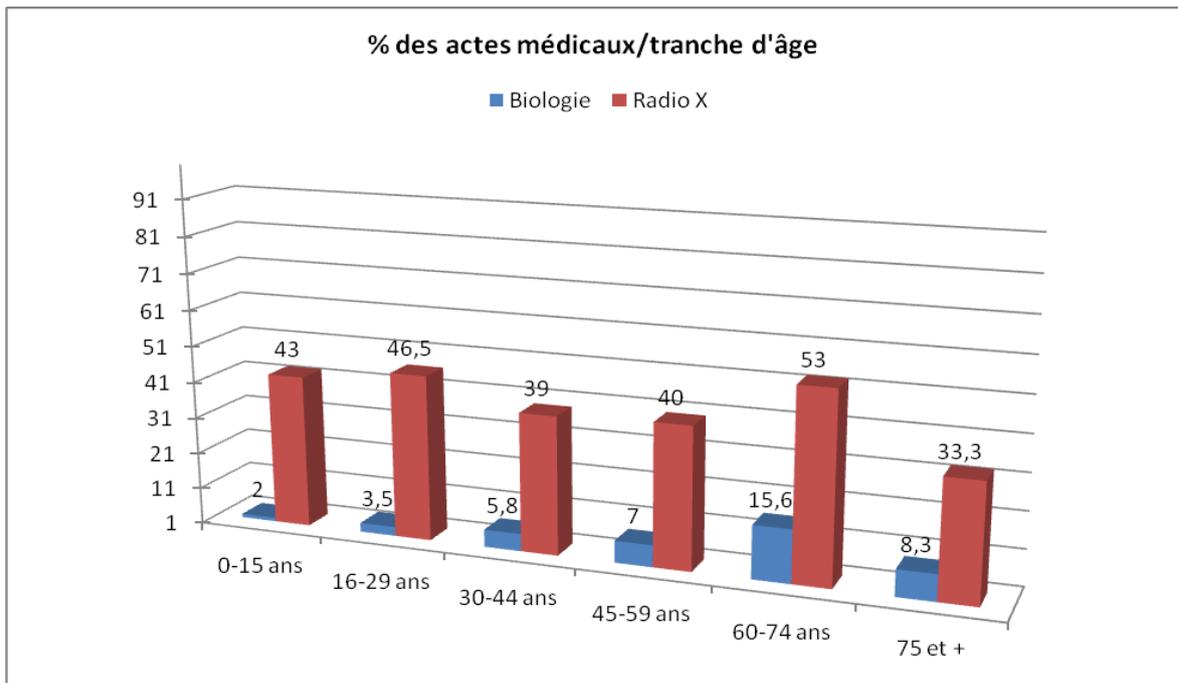


Figure 13 : Actes médicaux par tranche d'âge

Dans leur parcours au service des urgences, 259 patients, tout âge confondu, ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire, soit 47,8% (tableau 31). Il s'agit en premier lieu d'analyses biologiques et de radiographies. Cette proportion est inférieure à celle reportée par la DRESS (53) où près de 75% des patients ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences, 43% en ayant eu au moins deux.

Dans notre étude, des examens biologiques ont été prescrits à 26 patients, soit 10% de l'ensemble des actes et 233 patients ont bénéficié d'un examen radiologique, soit 90% (Tableau 31). Le taux de prescription des analyses biologiques est similaire à celui d'un urgentiste de ville ou d'un généraliste, en revanche, la radiographie n'est prescrite que dans 9% des cas (134 ; 163).

Ces examens complémentaires deviennent plus fréquents avec l'avancée en âge du patient. Les radiographies (90% des recours) sont prescrites sans exception à toutes les tranches d'âge. La proportion de patients ayant bénéficié d'une radiographie est maximale chez les patients de 60-74 ans (53%). Cette même tranche a également la proportion la plus élevée des analyses biologiques (15,6%) lui conférant ainsi le taux le plus important pour les deux examens, soit 68,6% pour une moyenne générale de 49,5% (Tableau 31 ; figure 13).

La proportion particulièrement élevée des radiographies est à mettre sur le compte des traumatismes qui impliquent plus fréquemment des examens complémentaires notamment les radiographies. A rappeler, les traumatismes représentent dans notre étude le motif principal des recours aux urgences, soit 63 et 59% respectivement dans l'échantillon des consultants spontanés (N=1109) et les questionnés (n=542).

Nos données sur les examens complémentaires sont proches des réponses des consultants spontanés dans l'enquête de la DRESS (53) où 82% d'entre eux estimaient avoir besoin avant tout d'une radiographie et 13% d'un examen biologique. Dans l'hypothèse où on agrège nos données à celles de la DRESS (53), la proportion de patients pensant avoir besoin d'un examen complémentaire (82%) est proche à celle des patients classés CCMU1+2 et GEMSA2+3 dans notre étude (93% de GEMSA et 98% de CCMU). En d'autres termes, la proportion de patients spontanés venant pour réaliser des examens complémentaires aux urgences correspond à la proportion de patients qui va effectivement bénéficier d'examens complémentaires.

PARTIE IV : ENQUETE DE SATISFACTION

Il est connu que l'évaluation de la satisfaction des patients est à la fois incontournable et difficile. Incontournable, parce que réglementaire pour tous les établissements de santé français afin d'améliorer la qualité du système de santé notamment la qualité des soins, de la prise en charge et le temps d'attente du patient. Elle est difficile car il faut mettre en place des critères objectifs, non biaisés et pertinents pour pouvoir la quantifier ou utiliser des questionnaires validés utilisant les mêmes critères de mesure et les mêmes modalités pratiques d'enquête. Une homogénéité des facteurs permettrait une comparaison des résultats issus d'enquêtes différentes

Notre enquête de satisfaction porte sur la perception des urgences par les usagers et le recueil de leurs motivations de recours au Service des Urgences du CH de Givors. Elle a été appréhendée autour de trois indicateurs : la durée d'attente, la prise en charge médicale notamment la gestion de la douleur et les informations reçues par les patients.

Pour cette enquête, nous avons élaboré un questionnaire basé sur des questions déjà validées. Sur les 782 consultants spontanés recensés sur la tranche horaire 8h-18h59, non hospitalisés et auxquels le questionnaire a été administré au terme de leur consultation, nous avons récupéré 561 questionnaires dont 542 complets et 19 incomplets. Ces derniers n'ont pas été retenus pour l'analyse, soit un taux de participation de 69,3%. Par ailleurs, 44 consultations spontanées sur la même tranche horaire ont été suivies d'une hospitalisation et n'ont pas été incluses dans l'étude. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

	N	%
Nombre de questionnaires distribués	782	
Nombre de questionnaires complets	542	69,3
Nombre de questionnaires incomplets	19	2,4
Nombre de refus	177	22,6
Non inclus	44	5,6

Nous rappelons certaines caractéristiques des patients constituant l'échantillon de l'enquête.

Score EPICES et caractéristiques des 542 patients questionnés

Age	Effectif	%
0 - 15 ans	163	30
16 - 29 ans	144	26,5
30 - 44 ans	121	22
45 - 59 ans	70	13
60 - 74 ans	32	6
75 ans et +	12	2

Sexe	Effectif	%
Féminin	226	42
Masculin	316	58
Effectif total	542	100

Effectifs	Score EPICES < 30	Score EPICES > 30
312	57,5 %	
230		42,5 %
Score moyen	57,4 ±12,08	42,5 ±12,08

Le profil des 542 consultants interrogés dans notre étude se révèle assez similaire à celui décrit dans d'autres études notamment celle de la DREES. Il s'agit d'une population relativement jeune (29 ans ±), plutôt masculine (sex-ratio=1,4), dont 85% ont un médecin traitant et 42,5% sont en situation de précarité.

I- Le recours itératif

	Oui	Non
Est-ce la première fois que vous rendez à ce service des urgences ? (n)	168	374
%	31	69

Près d'un tiers des patients interrogés (n=168, soit 31%) déclare avoir eu recours à ce service pour la première fois. Ce taux relativement important pourrait s'expliquer, entre autres, par le fait de ne pas avoir de médecin traitant, facteur favorisant le recours aux services d'urgences. En effet, 16% des patients interrogés n'ont pas de médecin traitant (question 3).

D'un autre côté, le fait de ne pas avoir de médecin traitant est aussi un facteur qui favorise le recours fréquent aux services d'urgences. En effet, 69% des patients interrogés (n=374) ont déjà consulté dans ce service. Ne pas avoir ni médecin traitant (16%), ni le choix (6%) et la proximité de l'hôpital (18%) pourraient expliquer ce taux élevé de recours aux SU à plusieurs reprises.

II- L'accueil

Que diriez-vous de l'ACCUEIL qui vous a été réservé, à VOUS ou à vos PROCHES, par le personnel lors de votre arrivée ?	Effectif	%
Excellent	184	34
Très bon	293	54
Bon	59	11
Mauvais	4	<1

S'agissant de l'accueil réservé aux patients par le personnel, on retrouve un taux de satisfaction élevé, soit 99% de répondants estimant avoir été très bien accueillis lors de leur arrivée dans le service.

III- Les motifs de recours médicaux

Quel est le problème de santé qui fut la cause de votre venue aux urgences : (entourer votre motif principal)	n=542	%
Accident	325	60
Douleur	151	28
Sensation de gêne	11	1,8
Fièvre	15	1,7
Agression/Violence	15	2,7
Saignement	5	1
Vomissement/Diarrhée	10	1,8
Malaise	5	0,9
Angoisse	5	0,9
Autres	10	2

Les accidents apparaissent comme le principal déclencheur des patients (60%) suivies par la douleur à 28%. Les autres problèmes les plus souvent cités par les patients sont les agressions/violences (2,7%), la sensation de gêne (1,8%), les vomissements/diarrhées et la fièvre (1,7%).

On relève une cohérence quant aux motifs de consultation annoncés par le patient et ceux donnés par le médecin en termes de proportions et de types de motifs. Les deux types de problèmes les plus fréquemment cités par les patients sont les accidents et la douleur.

Ce taux important d'accidents peut s'expliquer par l'importante proportion, dans la région, d'ouvriers, d'employés et de personnes appartenant aux professions intermédiaires (accident de travail et risques professionnels),

IV- Le choix du Service des Urgences du CH de Givors

Pourquoi avez-vous choisi le Service d'Urgences du Centre Hospitalier de Givors ?	Effectif	%
Mon médecin traitant me l'a conseillé	43	8
Pas de médecin traitant	89	16
Un proche (famille, ami) me l'a conseillé	46	8
Le service des urgences a bonne réputation	63	11,6
J'étais satisfait(e) d'une prise en charge antérieure	23	4,2
J'habite à proximité de l'hôpital	244	45
Je n'ai pas eu le choix	34	6,3

Ainsi, tous les patients se sont présentés dans le Service des Urgences sans avoir vu un médecin au préalable. Parmi ces patients, 45 et 6,3% ont pris eux-mêmes la décision de recourir aux urgences respectivement pour une raison de proximité de l'hôpital et du fait de ne pas avoir le choix. Nous nous trouvons dans la même proportion que dans l'enquête de la DRESS (53) qui souligne que les motivations les plus courantes exprimées par les patients tiennent à la proximité de l'établissement (47%).

16% des patients ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant ce qui concorde avec l'analyse des dossiers médicaux qui révèle que 83% des patients de l'échantillon étudié ont un médecin traitant. Le fait de ne pas avoir de médecin traitant est un facteur très favorisant du recours aux urgences d'où l'importante proportion de 16% de recours spontané.

La bonne réputation du service et la satisfaction d'une prise en charge antérieure interviennent respectivement pour 11,6 et 4,2%. Les patients qui ont été conseillés par un proche représentent 8% de l'effectif ce qui montre que l'information par le « bouche à l'oreille » fonctionne sans doute grâce à la bonne réputation du service.

V- Explication du déroulement de la prise en charge

	Oui	Non
Vous a-t-on expliqué le déroulement de votre prise en charge ?	86%	14%

86% de patients enquêtés déclarent avoir reçu des explications sur le déroulement de leur prise en charge par l'équipe soignante. Ils ont reçu des informations sur le problème dont ils souffraient et sur son traitement, les conditions de prise en charge, leur orientation à l'issue de la prise en charge ainsi que sur les formalités administratives. Cependant, une proportion non négligeable (14%) n'a pas reçu d'explication ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la satisfaction générale du patient. En effet, une étude a montré que le manque d'information reçue aux urgences est l'un des plus forts déterminants d'insatisfaction (202).

VI- Le bénéfice d'examens complémentaires

Avez-vous (ou votre enfant) eu des examens complémentaires (radio, scanner, IRM, échographie, prise de sang...)?	Oui	Non
	259	283
%	47,7	42,3

On relève 5% de différence entre les consultants ayant eu (47,7%) ou n'ayant pas eu (42,3%) un ou plusieurs examens complémentaires. Il s'agit d'un résultat similaire à celui rapporté dans l'enquête de la DRESS où ils étaient 44% des patients à déclarer ce motif comme cause de consultation dont une grande majorité qui pensait plus particulièrement à une radiographie. En médecine générale de ville, seulement dans 16% des cas des examens complémentaires sont préconisés par le médecin, surtout des analyses biologiques ou des radiographies (163 ; 203). Ce taux relativement élevé d'examens dans le service s'explique entre autres, par la prévalence élevée des accidents. On peut raisonnablement établir un lien de causalité entre le taux de traumatismes enregistré dans l'étude et le nombre de radiographies sans omettre les radiographies pulmonaires systématiques en cas de douleur thoracique et de dyspnée.

VII- Informations sur la nature des examens

Avez-vous eu des informations sur la nature de ou des examens ?	Oui	Non	Non concerné (n'ayant pas eu d'examens)
Effectif	167	92	283
%	64,5	35,5	

Chez les personnes concernées, les informations sur la nature du ou des examens ont été données à 64,5% des patients mais 35,5% ne les ont pas reçues ce qui représente un taux élevé de « non information sur les examens ». Il sera nécessaire d'analyser les raisons de ne pas informer le patient et d'y apporter des mesures correctives.

Le manque d'explication et l'absence d'information ont un impact négatif plus important sur la satisfaction que l'impact du délai d'attente. L'importance de l'impact de l'information du patient sur la satisfaction du patient a été montrée dans plusieurs études et souvent le personnel soignant surestime la quantité d'informations donnée aux patients (204 ; 205 ; 206).

VIII- Délai d'attente

	Oui	Non
Avez-vous été informé du délai d'attente ?	466	76
%	86	14

Une majorité des usagers déclare avoir été informée du délai d'attente, soit 86%. Il est important de chercher les causes de la non information des 14% d'usagers restants. En effet, afin d'augmenter la satisfaction, il est préconisé de communiquer systématiquement ce temps d'attente et ses causes aux patients afin de réduire leur perception de ce temps. Différentes études mettent en avant l'importance d'informer les usagers sur les délais d'attente, voire de leur donner des délais « surestimés » (181 ; 202).

IX- Durée de l'attente

Avez-vous attendu avant d'être vu par le médecin ?	Effectif (N=542)	%
Moins de 15 min	258	47,6
Moins d'1h	218	40,2
De 1h à 2h	42	7,8
De 2h à 3h	24	4,4
Plus de 3h	0	

S'agissant des délais d'attente, une grande majorité des patients interrogés a attendu moins d'une heure avant de voir un médecin, soit près de 88% dont 47,6% ont attendu moins de 15 minutes. A partir du registre, nous avons pu calculer la proportion des patients, par tranche d'âge, ayant attendu moins de 15 mn. Il en ressort une moyenne de 52%, une valeur proche de 47,6% trouvée chez les patients questionnés ce qui représente un résultat positif, soit une proportion élevée pour un délai assez court.

Dans notre étude, tout âge confondu, les délais maximum et minimum d'attente sont respectivement de 46 et 19 minutes, le délai moyen étant de 34 minutes. En comparant les déclarations des patients interrogés à ces données, on constate une légère discordance. En effet, nous n'avons pas relevé de délai d'attente supérieur à 2 heures contrairement à l'enquête qui montre que 4,4 et 7,8% des patients ont attendu respectivement 1 à 2 heures et 2 à 3 heures, soit une proportion de 12% des patients ayant attendu entre 1 et 3 heures. Cette dernière proportion est toutefois le double de celle observée dans l'étude pour les délais supérieurs à 1 heure (6,4%). Cette discordance peut être expliquée par la perception du temps d'attente par le patient qui peut être différent du temps réel de l'attente. On parle alors du temps perçu ou du temps réel d'attente.

La notion de la perception du temps d'attente réel et perçu est très importante car il s'agit d'un des plus forts déterminants d'insatisfaction. En effet, dans une enquête de satisfaction, il est plutôt préférable de prendre en compte l'attente perçue par le patient et non pas l'attente réelle. La présence d'un médecin ou d'une IAO à l'accueil est donc préconisée pour informer au mieux les patients sur l'attente réelle et l'attente perçue. Une étude a montré que grâce à la présence

d'un médecin à l'accueil, le temps d'attente des patients est réduit et les autres praticiens exécutent leur travail sereinement (207).

X- Acceptabilité de l'attente

Compte tenu de votre état (ou celui de votre enfant) et des circonstances, comment appréciez-vous ce temps d'attente ?	Effectif	%
Acceptable	455	84
Peu acceptable	28	5
Pas du tout acceptable	59	11

Parmi les patients interrogés, 84% trouvent le temps d'attente acceptable, en revanche 5% l'ont trouvé « peu acceptable » et 11% « pas du tout acceptable » car estimé long ou trop long. Ce taux de satisfaction est supérieur à celui observé dans d'autres études notamment celles de la DREES (80%) et de Pitrou et al (72,6%). Cela trouve son explication dans la durée d'attente relativement courte dans notre étude (34 mn) comparée à plusieurs enquêtes qui font état d'un délai d'attente de 30 à 60 minutes (53 ; 181). De plus, si le patient est satisfait de sa prise en charge, a posteriori, il aura tendance à juger favorablement l'attente.

Le taux de non acceptabilité, soit 16%, peut être imputable aux patients algiques ne supportant pas d'attendre et pensant être pris en charge dès leur arrivée aux urgences. Si leur attente s'allonge, elle devient alors un facteur d'insatisfaction.

XI- Prise en charge de la douleur

	Oui	Non	non concerné
Dès votre arrivée, vous a-t-on demandé si vous avez mal ?	482 88,9%	60 11,1%	
Avez-vous (ou votre enfant) pu parler avec l'équipe de votre douleur ?	168 (100%)	0	374 (69%)
Vous a-t-on proposé un (des) moyen(s) pour diminuer la douleur (traitement, glace...) ?	93%	7%	
La douleur a été soulagée convenablement ?	91%	9%	
Avez-vous été satisfait de la prise en charge de votre douleur (ou celle de votre enfant) ?	93%	7%	

A l'item : « vous a-t-on demandé si vous aviez mal ? », près de 89% des patients ont été questionnés, en revanche la question n'a pas été posée dans 11% des cas. Ce dernier point mérite une action corrective.

S'agissant de la douleur, tous les patients ne sont pas algiques mais seulement 168/542 patients, soit 31%. Ils sont donc 374 patients non concernés par la discussion sur la douleur avec le personnel soignant. On remarque que cette prévalence est identique au taux de motif de recours « douleur » aux urgences (30%). Tous ses patients algiques (168/168) ont parlé systématiquement de leur douleur avec l'équipe soignante.

En ce qui concerne le traitement de la douleur, il ressort de l'analyse que 93% des patients se sont vus proposer un « moyen » pour diminuer leur douleur et cela a été efficace dans 91% des cas, il ne reste donc que 9% de cas problématiques.

En termes de satisfaction, les patients concernés qui se sont exprimés sur cet item demeurent globalement satisfaits de la prise en charge soignante, le taux de satisfaction étant de 93%. Les 7% d'insatisfaction sont imputables à l'attente et à l'inefficacité du traitement de la douleur.

XII- Consignes et documents

Au terme de votre passage aux urgences, considérez-vous que :	Oui	Non
Les consignes à suivre (traitement,..) sont suffisamment claires	92%	8%
Les documents éventuels (prescriptions, certificats) vous ont été transmis ?	84%	16%

Avant la sortie, et selon les procédures habituelles du service, des consignes précises et des informations ont été fournies aux patients par les soignants quant au traitement et au suivi. Les documents médicaux relatifs à l'admission notamment les prescriptions médicamenteuses si nécessaire et les certificats médicaux en cas de besoin leur ont été transmis.

Une majorité des questionnés a répondu par l'affirmative à ces deux items. Ainsi, respectivement 92 et 84% des patients considèrent que les consignes données par les soignants

étaient claires et que les documents relatifs à leur admission leur ont été fournis. La proportion de 16% de patients n'ayant pas reçu de documents correspond aux patients n'ayant pas besoin d'une ordonnance ou d'un certificat médical.

XIII- Satisfaction

- Sur les 542 patients interrogés, 510 ont pu répondre à cette question, soit 6% de « non réponse »

- Une « non-réponse » est considérée comme un « Pas du tout satisfait(e) »

Globalement, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre prise en charge aux urgences ?	%
Très satisfait(e)	12
Satisfait(e)	72
Peu satisfait(e)	11
Pas du tout satisfait(e)	5

La prise en charge médicale est jugée « satisfaisante » à 72% et « très satisfaisante » à 12%, soit un taux de satisfaction globale de 84% alors que 5% l'ont jugée sévèrement comme « n'étant pas du tout satisfaisante ».

Les patients n'ont pas été questionnés sur les causes d'insatisfaction mais les avis négatifs sur la prise en charge globale se retrouvent davantage parmi les patients qui ont estimé avoir attendu trop longtemps, ou pour lesquels la douleur n'a pas été soulagée.

XIV- Recommandations

16 patients/542 n'ont pas répondu à cette question, soit 3% de non réponse

Une « non-réponse » est considérée comme un « non »

Recommanderiez-vous ce service d'urgences à un proche (famille, ami) ?	Oui	Non	non réponse
%	83	14	3

83% des sujets interrogés recommanderaient le service des urgences du CH de Givors à leurs proches. Cette proportion est d'ailleurs directement liée à la satisfaction globale (prise en

charge) qui avoisine les 84%. Ce taux de recommandation par les usagers témoigne de la qualité des prestations qu'ils ont reçues. La satisfaction des usagers est un élément clé dans le choix d'un service ou même pour le recommander aux autres.

XV- La volonté de revenir

Si vous deviez à nouveau être admis(e) aux urgences, reviendriez-vous dans ce service ?	Oui	Non
%	87	13

87% des patients ont répondu par l'affirmative à un retour au service en cas de réadmission. Ce taux élevé de réponses positives, fortement corrélé à la satisfaction globale, est similaire au taux de recommandation du service à un proche (question 14), voire égal si on y ajoute les 3% de non réponse. On constate donc une cohérence dans les réponses aux deux items 14 et 15 (recommandation à un proche et auto-recommandation ou la volonté de revenir).

PARTIE V : CONCLUSIONS

A l'origine, les services des urgences étaient réservés aux patients dont l'état requérait des soins urgents. Avec le changement du comportement des usagers, ils sont désormais considérés également par une grande majorité d'entre eux comme des services de consultations spontanées ce qui entraîne, entre autres, un encombrement de ces services et par la suite de longs délais d'attente, une insatisfaction des usagers et des conséquences cliniques négatives, y compris des taux de complications et de mortalité élevés que nous avons décrits dans la partie bibliographique de cette thèse. Le Service des Urgences du Centre Hospitalier de Givors nous semblait un bon terrain pour étudier ce phénomène et apprécier l'impact de la précarité sociale sur le taux de recours aux urgences.

Au cours de ce travail, nous avons déterminé les caractéristiques socio-démographiques, y compris le niveau de précarité à l'aide du score EPICES, des consultants qui se présentent spontanément au Service des Urgences pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux.

Notre étude nous a conduits à analyser les motifs médicaux et motivations qui les ont amenés à consulter dans ce service. Ces motifs ont été analysés afin de savoir s'ils étaient urgents et appropriés.

Par la suite, nous avons mené une enquête de satisfaction pour recueillir les appréciations des usagers quant à ce service ainsi que des données qui viennent infirmer ou confirmer les motifs de recours issus du registre des patients.

Cette étude nous a permis de dresser un portrait type des patients se présentant spontanément aux urgences. Il s'agit le plus souvent d'un homme jeune qui consulte pour accidentologie et douleur.

Une proportion importante de ces patients sont en situation de précarité (42,5%), même s'ils sont assez rarement exclus de l'accès aux soins puisqu'ils sont 84% à avoir un médecin traitant qu'ils n'ont pas essayé de contacter et qu'ils ont tous au moins la couverture maladie universelle.

Les motifs relevant d'une catégorisation de type CCMU1 (correspondant à un état clinique stable et ne nécessitant pas d'acte) représentent près de la moitié des cas. En théorie, ces patients ne nécessitent pas une prise en charge immédiate aux urgences et relèveraient de la médecine de ville.

La comparaison des taux de recours entre population précaire (score EPICES > 30) et non précaire (score EPICES < 30) révèle un taux de recours inapproprié (CCMU1) significativement supérieur pour la population la plus précaire (56% versus 45%).

L'insuffisance de l'offre libérale, l'absence de médecin traitant, la confiance dans la qualité et la rapidité de la prise en charge dans un établissement hospitalier de proximité, la possibilité d'accès au plateau technique ou encore la possibilité de paiement différé des soins sont autant de raisons évoquées par les patients pour justifier les recours inappropriés. La dernière raison évoquée a très probablement une importance majeure dans le différentiel constaté en fonction de la précarité.

Confrontés à la littérature, nos résultats dans leur globalité nous ont permis d'observer le même phénomène de recours non programmés que dans d'autres études à savoir des caractéristiques sociodémographiques et des motifs similaires. Outre les motifs médicaux, les motivations les plus fréquemment exprimées par les patients tiennent à la proximité de l'hôpital (45%), à ne pas avoir de médecin traitant (16%) et à la bonne réputation du service des urgences (11%).

Nous retenons que le parcours de soins n'a pas été respecté dans un grand nombre de cas. On peut penser que les usagers ont sans doute une grande confiance dans l'hôpital, et que cette demande de soins non programmée découle de leur méconnaissance du système de soins. L'information et l'éducation des usagers permettraient peut-être de baisser leurs recours aux services d'urgences.

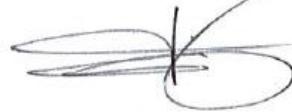
Notre enquête était monocentrique et se veut prudente quant aux biais. Elle concernait une population ciblée dont l'état clinique était stable (biais de sélection), par conséquent sa représentativité de l'ensemble des patients ayant recours aux urgences spontanément est discutable. Les questionnaires étaient distribués aux patients par un médecin à l'issue de la

consultation ce qui entraîne un biais d'acquiescement donc une exagération de la satisfaction des usagers quand ils sont dans le service. Malgré les biais, on relève une concordance entre les résultats de cette enquête et les données extraites des registres.

En définitive et globalement, il ressort de cette enquête qu'une grande majorité des consultants spontanés est satisfaite des trois critères à juger : la prise en charge notamment gestion de la douleur, le délai d'attente et les informations données par le personnel médical. La volonté de revenir ou de recommander les urgences du Centre Hospitalier de Givors à des proches recueille également un taux important de satisfaction.

Il faut bien noter que cette enquête a été réalisée à un moment donné. Il faudrait donc savoir si ce taux élevé de satisfaction globale est une constante dans le temps. D'autres enquêtes sont donc nécessaires pour confirmer ces résultats.

Le Président de la thèse,
Professeur Jean Louis CAILLOT
Signature



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **16 AVR. 2014**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

BIBLIOGRAPHIE

1_La Statistique Annuelle des Etablissements (SAE)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>

2_ http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/20130307_DSPRO_statiss_2012.pdf

3_Circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

4_Beaubeau D, Carrasco V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières". Etudes et résultats DREES, n°215, janvier 2003

5_Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. N° 524 • septembre 2006

6_Baubeau B, Deville A, Joubert M. Emergency department visits in France from 1990 to 1998, a growing need for non urgent visits. La Direction de la Recherche des Etudes de l'évaluation et des Statistiques (DRESS), Etudes et Résultats.2000; 72:1-8.

7_Cour des Comptes: Rapport public annuel. Première partie – Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales: constats et évolution récente. Février 2007, 313-47.

8_Nathan R. Hoot, Dominik Aronsky. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. 2008. Annals of Emergency Medicine. Volume 52, N°. 2. 126-136

9_Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. 2008.

<http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.acep.org%2Fworkarea%2FDownloadAsset.aspx%3Fid%3D50026&ei=zyAWU5m5E8rf4QSSooH4AQ&usq=AFOjCNGzdJWcQJazxHTVSt2LksXHIgsISQ&bvm=bv.62286460,d.bGE>

10_le panorama des établissements de santé édition. 2012. Collection Etudes et Statistiques. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

11_Higginson I. Emergency department crowding. Emerg Med J 2012 Jun;29(6):437-43.

12_Riou B. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou - Assises de l'urgence - recommandations de Samu-Urgences de France.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l_urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf)

13_Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. Ann Emerg Med. 2008; 51:1-5.

14_Hwang U, Richardson L, Livote E, Harris B, Spencer N, Sean MR. Emergency department crowding and decreased quality of pain care. Acad Emerg Med 2008Dec;15(12):1248-55

15_Plan« Urgences ». 2003 http://www.vie-publique.fr/documents-vp/plan_urgences.pdf

16_la prise en charge des urgences médicales.2003. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3672.asp>

17_Décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte11. www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620664D

18_Décret du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte 12 www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620665D)

19_ Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007.

<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14248/1/panes2009.pdf>

- 20_Grall JY. Evaluation du Plan Urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Janvier 2007
- 21_ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&dateTexte=&categorieLien=id>
- 22_ Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport Carli. Conseil National de l'urgence hospitalière. Septembre 2013
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf
- 23_ Weber EJ, Mason S, Carter A, Hew RL. Emptying the corridors of shame: organizational lessons from England's 4-hour emergency throughput target. *Ann Emerg Med.* 2011; 57:79–88.
- 24_ Heyworth J. Emergency Medicine-Quality Indicators: the United Kingdom Perspective. *Society for Academic Emergency Medicine.* 2011. Vol.18, No. 12: 1239–1241.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01223.x/pdf>
- 25_ Department of Health (UK). The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960.
- 26_ Locker T, Mason S. Analysis of the distribution of time that patients spend in emergency departments. *Br Med J.* 2005; 330:1188–9.
- 27_ Department of Health. A&E Clinical Quality Indicators: Implementation Guidelines. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_122893.pdf
- 28_ Department of Health. NHS boost for faster patient access 2003.
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4047475>
- 29_ Department of Health. National evaluation of NHS walk-in centres begins 2000.
<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4004910>
- 30_ Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract* 2002; 53(486):53-9
- 31_ Richardson DB, Kelly AM, Kerr D. Prevalence of access block in Australia 2004–2008. *Emerg Med Australas.* 2009; 21:472–8.
- 32_ O'Connell TJ, Ben-Tovim DI, McCaughan BC, Szwarzbord MG, McGrath KM. Health services under siege: the case for clinical process redesign. *Med J Aust.* 2008; 188(6 Suppl):S1, S9–13.
- 33_ Handel D, Epstein S, Khare R, Abernethy D, Klauer K, Pilgrim R, Soremekun O, Sayan O. Interventions to Improve the Timeliness of Emergency Care. *Academic Emergency Medicine.* 2011. V 18, Issue 12, 1295–1302,
- 34_ Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organisation. 2007
<https://ec.europa.eu/digital-agenda/sites/digital-agenda/files/WHO.pdf>
- 35_ Pines JM, Joshua A, Hilton, Ellen J, Weber, et al. International Perspectives on Emergency Department Crowding. 2011. *Society for Academic Emergency Medicine* 18:1358–1370
- 36_ Elkum N et al. Which patients wait longer to be seen and when? A waiting time study in the emergency department. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009, 15:416–424.
- 37_ Collecte CDIM: World Health Organization: Country Cooperation Strategy for WHO and Morocco. 2004–2007.
http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_mar_en.pdf
- 38_ Al-Shaqsi SZ. EMS in the Sultanate of Oman. *Resuscitation*, 2009, 80:740–742.

- 39_Rehmani R, Norain A. Trends in emergency department utilization in a hospital in the Eastern region of Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 2007, 28:236–240.
40. Smith JP, Shokoohi H, Holliman JC. The search for common ground: developing emergency medicine in Iran. *Acad Emerg Med*. 2007; 14:457–62.
- 41_Chahed MK, Somrani N, Achour H. L'offre et l'utilisation des services d'urgence en Tunisie : principaux résultats d'une enquête nationale exhaustive [Availability and use of emergency services in Tunisia: main results of a comprehensive national survey]. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2001, 7(4/5):805–811.
- 42_Berraho M et al., « Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2012/3 Vol. 43, p. 197-204. DOI : 10.3917/pos.433.0197 <http://www.algerie360.com/algerie/sept-millions-d%E2%80%99algeriens-aux-urgences-chaque-annee/>
- 42_Gentile S et al. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 2010, 10:66.
- 43_La prise en charge des urgences médicales RAPPORT D'INFORMATION N° 3672 <http://www.aghl.fr/docupdf/14rapportinformationpriseenchargedesurgences.pdf>
- 44_Cash E, Cash R, Ducassé JL, Hault C, Matthieu F, Richard T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>
- 45_circulaire n°DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation général : guide d'amélioration.
- 46 http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-223/Definition_de_l_urgence.igwsc
- 47_OMS, Stratégie globale pour la santé pour tous d'ici l'an 2000 (Genève, 1981).
- 48 http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php
- 49_Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, Giraud C, Sambuc R. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16:63-74 <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>
- 50_Peneff J. L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante In: *Sciences sociales et santé*. Volume 10, n°3, 1992. pp. 119-123. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1992_num_10_3_1740
- 51_Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients: how non urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 2011; 29: 333-45
- 52_Vidal-Naquet M. Etude de la collaboration entre le service d'accueil des urgences du CHU de la Conception et les médecins généralistes alentours à partir d'un groupe témoin. *Th D Med, Aix-Marseille II*; 2008.
- 53_Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*. 2003;(212). <http://www.santesports.gouv.fr/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquetenationale.html>
- 54_L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et organisations http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf
- 55_CNOM <http://clge.fr/IMG/pdf/urgence.pdf>
- 56_Classification Clinique des Malades aux Urgences. <http://www.mediboard.org/public/Classification+Clinique+des+Malades+aux+Urgences>

- 57_Carrere Debat D., Tempelhoff G., Holzopf L., Groupe d'étude multicentrique du service d'accueil : Les malades graves dans un service d'accueil, Réanimation Soins Intensive Médecine d'Urgence, 1991, 7, N°4, 232.
- 58_ DREES : Etudes et résultats n°215 de janvier 2003: « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières ». CREDOC : point de conjoncture n°16-17septembre 2003. URCAM-URML de Midi Pyrénées, avril 2005 : « Les Français face aux urgences : attitudes et attentes ».
- 59_ Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007.
<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14248/1/panes2009.pdf>
- 60_Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EDEBA7103DC10260D69E8D3C211765DF.tpdjo15v_1?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id
- 61_Décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte 11 www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620664D)
- 62_Décret du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique, JO du 23 mai, texte 12 www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0620665D)
- 63_COBRA Laws and EMTALA. consultable sur emedicine.medscape.com/article/790053-overview.
- 64_Niska R, Bhuiya F, and Xu J: National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary.. National Health Statistics Reports; no 26. Hyattsville, MD: National Center For Health Statistics, 2010.
- 65_Spaite DW. The future of emergency care in the United States: the Institute of Medicine Subcommittee on Prehospital Emergency Medical Services. *Ann Emerg Med* 2006;48:126-30.
- 66_Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med* 2007;49:257-64, 64.
- 67_Institut Canadien d'information sur la santé. Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence. 2005.
- 68_Ménard-Pariseau L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences. *Réan Urg* 1998;7:114-7
- 69_Health and Social Care Information Centre (2013) Accident and Emergency Attendances in England.
<http://www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?q=title%3A%22accident+and+emergency+attendances%22&area=&size=10&sort=Relevance&topics=0%2FHospital+care>
- 70_Agarwal S, Banerjee J, Baker R, Conroy S, Hsu R, et al. (2012). Potentially avoidable emergency department attendance: interview study of patients' reasons for attendance. *Emerg Med J* doi:10.1136/emmermed-2011-200585
- 71_Gillet J.B : Les fausses urgences un vrai problème ? *Revue hospitals. Be*, N° 1, Volume 2, 2004
- 72_ Rapport annuel 2011. Activité des structures d'urgence de Lorraine. ORULOR Observatoire Régional des Urgences de Lorraine
- 73_Carrasco V. Soins et prévention-Urgence hospitalière. ORS Bourgogne. Décembre 2009. DREES 2006
- 74_Panorama de la santé en Rhône-Alpes. Document préparatoire au plan régional de santé publique. N°2005-06-D. Janvier 2005.
- 75 http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/20130307_DSPRO_statiss_2012.pdf

76 <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences.11113.html>

77_Cour des Comptes: Rapport public annuel. Première partie – Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales: constats et évolution récente. Février 2007, 313-47.

<http://www.fichier-pdf.fr/2012/04/16/les-urgences/preview/page/2/>

78_Baubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S: Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés. DREES, Etudes et Résultats. Juillet 2000, 72.

79_French Society of Emergency Medicine (SFMU). Situation of emergency departments in France.

http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/Aval_SU_SFMU_mai_2005.pdf

80_Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. The American Journal of Emergency Medicine. Volume 29, Issue 3, March 2011, Pages 333–345

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675710000045#bb0005>

81_Sempere-SelvaT, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons-an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med, 37 (6) (2001), pp. 568–579

82_Derlet R.W., Richards J.R. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med, 35 (1) (2000), pp. 63–68

83_Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. Ann Emerg Med 1990;19 (3):262-7.

84_Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, et al. Refusing care to emergency department of patients: evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med 1994;23 (2):286-93.

85_R.W. Derlet, D. Nishio, L.M. Cole, J. Silva Jr. Triage of patients out of the emergency department: three-year experience. Am J Emerg Med, 10 (3) (1992), pp. 195–199

86_Morris ZS, Boyle A, Beniuk K, Robinson S. Emergency department crowding: towards an agenda for evidence-based intervention. Emerg Med J 2011 Jun 7.

87_Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA, Jr. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. 2003 Aug; 42(2):173-80.

88_Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH). Réduire les temps de passage aux urgences. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles. 2005.

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf

89_Le Fur-Musquer E, Delamarre-Damier F, et al. Modalités d'hospitalisations en urgence des sujets âgés hébergés en établissements pour personnes âgées dépendantes. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011; 9 (4):409-15

90_Makie,T., Harada, M., Kinikawa, N., Toyoshiba, H., Yamanaka, T., Nakamura, T., Sakamoto, M and Nose, Y (2002) Association of metrological and day-of-the-week factors with emergency hospital admissions in Fukuoka, Japan. International Journal of Biometrology 46(1), 38-41

91_Mangtani, P., Hajat, S., Kovats, S., Wilkinson, P and Armstrong, B. The association of respiratory syncytial virus infection and influenza with emergency admissions for respiratory disease in London: an analysis of routine surveillance data. Clinical Infectious Diseases. 2006. 42: 640-646.

92_Cooke MW, Wilson S, Halsall J, Roalfe A. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy. Emerg Med J 2004 Sep;21(5):575-6.

93_Schéma d'organisation des soins. Le volet hospitalier. Projet régional de santé. ARS. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

94 [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Carli 2013 aval des urgences.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf)

95_Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations 2011.

96_Carli P. En amont de l'hôpital. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? adsp n°52 septembre 2005.

97_Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25(2):215-23.

98_Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. *JAMA* 1994; 271(24):1953-4.

99_Birnbaum A, Gallagher J, Utkewicz M, Gennis P, Carter W. Failure to validate a predictive model for refusal of care to emergency department patients. *Acad Emerg Med* 1994;1(3):213-7.

100_Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271(24):1909-12.

101_Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998;36(8):1249-55.

89_Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996; 334(10):642-6.

102_Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. *Acad Emerg Med* 2001;8(11):1030-6 [Review].

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2001.tb01111.x/pdf>

103_Pines JM, Pollack CV Jr, Diercks DB, Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Acad Emerg Med*. 2009; 16:617-25.

104_Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, et al. Hospital workload and adverse events. *Med Care*.2007;45(5):448-455

105_Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care*. 2005;9(3):291-295.

106_Joint Commission. Sentinel Event Alert, June 17, 2002

<http://www.jointcommission.org/sentinelevents/statistics>. Accessed 4 June 2007

107_Lie SW, et al. Frequency of adverse events and errors among patients boarding in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12(5)_suppl_1:49-50.

108_Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006;184 (5):208-212.

109_Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006;184(5):213-216.

110_Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(6):1477-1483.

111_Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. IGAS. Rapport N° RM2007-045P. 2007.

112_Raynaud-Lambinet A, Juchet H, S. Charpentier, E. Studniarek, S. Remy, D. Lauque. Analyse des lettres de plaintes adressées dans un service d'urgence de 2002 à 2007. *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2011, Volume 1, Issue 3, pp 170-174

- 113_ Franaszek JB. Moonlighting. *J Emerg Med.* 1983;1(2):161-163.
- 114_Southall AC, Harris VV. Patient ED turnaround times: a comparative review. *Am J Emerg Med* 1999;17:151-3.
- 115_Breslow R, Klinger B, Erickson R. Time study of psychiatric emergency service evaluations. *General Hospital Psychiatry* 1997;19:1-4.
- 116_Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2004; Suppl Web Exclusives: W4-503
- 117_Yoon P, Steiner I, Reinhardt G. Analysis of factors influencing length of stay in emergency department. *Can J Emerg Med* 2003; 5:155-61.
- 118_Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Scura Fosse J, et al. Waiting times in California's emergency departments. *Ann Emerg Med* 2003; 41:35-44.
- 119_Bartiaux M; Mols P. Evaluation prospective des délais d'attente dans un service d'urgence d'un hôpital universitaire avec un accueil médicalisé de première ligne. *Rev Med Brux* 2013 ; 34 : 405-9
- 120_Mills AM, Baumann BM, Chen EH, Zhang KY, Glaspey LJ, Hollander JE, Pines JM. The impact of crowding on time until abdominal CT interpretation in emergency department patients with acute abdominal pain. *Postgrad Med.* 2010 Jan; 122(1):75-81.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107291>
- 121_Ding R, McCarthy ML, Desmond JS, Lee JS, Aronsky D, Zeger SL. Characterizing waiting room time, treatment time, and boarding time in the emergency department using quantile regression. *Acad Emerg Med.* 2010 Aug;17(8):813-23 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20670318>
- 122_Nawar EW, Niska RW, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 Emergency Department Summary. Advance data from vital and health statistics; no. 386. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2007.
- 123_Chaya T. Merrill, M.P.H., Pamela L. Owens, Ph.D., Carol Stocks, R.N., M.H.S.A. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals from Selected States, 2005.
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb52.jsp>
- 124_Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:564-569.
- 125_Netherlands Consumer Safety. External causes of injury compared to disease.
[http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwAssets/543CD58D60F286AEC12576DC0036D246/\\$file/Ziekte_vs_uitwendige_oorzaken.pdf](http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwAssets/543CD58D60F286AEC12576DC0036D246/$file/Ziekte_vs_uitwendige_oorzaken.pdf).
- 126_Brachmann M, Geppert R, Niehues C, et al. [Rupert 2009: Economic Aspects of Clinical Care: A Position Paper of AG Economics]. <http://www.dgina.de/pages/posts/positionspapier-der-ag-oe-konomie167.php>
- 127_Breslow R, Klinger B, Erickson R. Time study of psychiatric emergency service evaluations. *General Hospital Psychiatry* 1997;19:1-4.
- 128_Anderson K, Allan D, Finucane P. Complaints concerning the hospital care of elderly patients: a 12-month study of one hospital's experience. *Age Ageing* 2000;29:409-12.
- 129_Frank-Soltysiak M, Court C. Waiting time and satisfaction of patients attending the emergency surgery unit of a university hospital center. *Presse Med.* 2002 Nov 9;31(36):1690-5.
- 130_Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Rapport de synthèse portant sur le relevé et le calcul des temps d'attente aux Urgences. 15 octobre 2003

- 131_Mission nationale d'Expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH). Rapport d'étape. Le temps d'attente aux urgences. 15 octobre 2003. <http://www.adiph.org/documents/TO/MeaH-Urgences.pdf>
- 132_Baubeau D, Carraso V. (2003), Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Etudes et Résultats, no. 215, DREES.
- 133_Sambuc R, Gentile S; Durand AC; Amadei E et Haro MJ. Rapport final d'évaluation du dispositif SAU / CMG 2003
- 134_Carrasco V, Baubeau D. n°212. Les usagers des urgences résultats d'une enquête nationale. DREES Etudes et Résultats 2003
- 135_M. Doukhan; S. Lomberty; H. Moussouni ; M. Chauveau ; C. Leyendecker ; H. Hubert ; N. Assez ; E. Wiel. Motifs de recours aux urgences : une approche du point de vue du patient en 2011. http://www.sfm.u.org/urgences2013/urgences2012/donnees/fs_tout_com.htm
- 136_Rapport des groupes de travail sur les urgences.2001. <http://www.amuf.fr/images/stories/File/divers/011115rapport.pdf?virtuemart=e7970313a3bd7d3327f4b59e25c4811e>
- 137_Alternatives économiques, Les chiffres de l'économie 2010, Hors série n°82, octobre 2009, p.76.
- 138_Bleichner G. Société de réanimation de langue française, Société francophone de médecine d'urgence. Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris : Arnette Blackwell ; 1996
- 139_Aronsky D, Kendall D, Merkley K, James BC, Haug PJ. A comprehensive set of coded chief complaints for the emergency department. Acad Emerg Med 2001 Oct ;8 (10) : 980-9.
- 140_Travers DA, Haas SW. Unified medical language system coverage of emergency medicine chief complaints. Acad Emerg Med 2006 Dec ; 13 (12) : 1319-23.
- 141_Niiranen ST, Yli-Hietanen JM, Nathanson LA. Toward reflective management of emergency department chief complaint information. IEEE Trans Inf Technol Biomed 2008 Nov ; 12 (6) : 763-7.
- 142_Pallin DJ, Sullivan AF, Auerbach BS, Camargo CA, Jr. Adoption of Information Technology in Massachusetts Emergency Departments. J Emerg Med 2009 Feb 18.
- 143_Grafstein E, Bullard MJ, Warren D, Unger B. Revision of the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List version 1.1. Cjem 2008 Mar ; 10 (2) : 151-73.
- 144_Innes G, Murray M, Grafstein E. A consensus-based process to define standard national data elements for a Canadian emergency department information system. Cjem 2001 Oct ; 3 (4) : 277-84.
- 145_Australasian College for Emergency Medicine - Guidelines on Emergency department design 2007; http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G15_ED_Design.pdf
- 146_Australasian College for Emergency Medicine - Guidelines of the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments 2005 10/11/2009 http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf
- 147_Debaty G.Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence. http://www.sfm.u.org/urgences2010/donnees/pdf/078_debaty.pdf
- 148_Moe J; Bailey AL; Oland R; Levesque L; Murray H. Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. CJEM 2013;15(4):214-226 <http://www.cjem-online.ca/v15/n4/p214-226>
- 149_Injuries in the European Union Summary of injury statistics for the years 2008-2010 http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf

150_ http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7058

151_Gentile S , Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé

http://www.copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte_Analyse_du_comportement_des_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_ReI_sultats_de_la_reI_gion_PACA.pdf

152_Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque années en France. Bull Epidemiol Hebd2007; 37-38: 322-24.

153_Carrasco V, Baubeau D. DREES Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Version corrigée. N° 212. janvier 2003

154_Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières 2003.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>

155_Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. Am J Emerg Med. 2002;20(3):165-9.

156_Milojevic K. ; Boutot F. ; Berton L. ; Lambert Y. Prévalence et étiologie de la douleur en médecine d'urgence chez l'adulte = Pain prevalence and aetiology in emergency medicine. 2007, vol. 29, no 1 (40 p.)

157_Cherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarch-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and pain relief in an emergency department from the adult patients' perspective. J Pain Symptom Manage. 2003;25:39-46

158_Mea H. Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences. Rapport intermédiaire. Novembre 2008

<http://urgentologie.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2008-11%20%20Urgences%20Douleur%20-%20rapport%20Intermediaire.pdf>

159_Galinski M. Douleur aiguë en médecine d'urgence extrahospitalière : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Thèse. 2011.

http://www.cnr.fr/IMG/pdf/DA_en_MU-THESE_16MAI2011.pdf

160_Société Francophone de médecine d'Urgence – La personne âgée aux Urgences

http://www.sfm.fr/documents/consensus/pa_urg_court.pdf

161_Facon A, Van Laer V, Garrigue R, Goldstein P. Hémorragies digestives Stratégie préhospitalière, régulation et orientation. Médecine d'urgence 1999, p. 13-20

162_VI Conférence de consensus en médecine d'urgence. Prise en charge des malaises.

<http://www.amuf.fr/images/stories/File/conferences/conferences-de-consensus/malaise.pdf?virtuemart=3208bc11dfd55f3c3ab485fc1e1d7be4>

163_Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Série Statistiques. DREES. n° 94 – avril 2006

<http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13662/1/seriestat94.pdf>

164_Saliou V, Fichelle A, McLoughlin M, et al. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27: 263-8.

165_Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine. Volume 47, Issue 1 , Pages 79-99, January 2006

166_Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. Psychiatr Serv. 2005;56(6):671-7.

167_Fournet N, Caillère N, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Josseran L. Institut de veille sanitaire. Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD)
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7058

168_ Otmami Amaoui I. Motifs de recours et structure de la morbidité dans les services des urgences : cas du CHP de Mohammedia.2008. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/386647/>

169_Canadian Triage And Acuity Scale (CTAS) <HTTP://CAEP.CA/RESOURCES/CTAS>

170_ Vidal Carret ML, Gastal Fassa A, Rodrigues Domingues M, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):7-28, jan, 2009. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors

171_Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004;11:1302-10.

172_Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res 2007; 7:131

173_Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit 1999; 13:361-70.

174_Sánchez-López J, Luna-del-Castillo JD, Jiménez-Moleón JJ, Delgado-Martín AE, López-de-la-Iglesia B, Bueno-Cavanillas A. Propuesta y validación del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias modificado. Med Clin (Barc) 2004; 122:177-9.

175_Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons: an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med 2001; 37:568-79.

176_Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. J Health Care Poor Underserved 2006; 17(1 Suppl):59-69.

177 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

178_Pitrou I, Lecourt AC, Bailly L, Brousse B, Dauchet L, Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department: a prospective cohort study. France. Eur J Emerg Med. 2009 ;16(4):177-82.

179_Tellier Sergine avec la collaboration de Christine de Peretti et Bénédicte Boisguérin, 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » Études et résultats, n° 167, avril.

180 <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270#nh1>

181_Katia Julienne. La situation des personnes défavorisées et les politiques de lutte contre les exclusions : un bilan des études récentes, Dossiers solidarité et santé N°3 juillet- septembre 2004

182 http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/minima_sociaux_2013.pdf

183_ Boisguerin Bénédicte, Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

184_Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
http://m.jim.fr/pro_societe/e-docs/00/02/24/4F/document_actu_pro.phtml

185_Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. Mai 2011. Etude « maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité ». Volet quantitatif : « Morbidité et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon ». http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Grande_precaire.pdf

186_ http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2011.pdf

187_Brugier C, Morel O, Ricbourg A, Bréchat PH, Gayat E, Barranger E. Impact of precariousness on quality of prenatal detection: Lariboisière hospital experience in Paris. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2012; 41(5):454-9

188_Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, Castedo A, Kim IH, Benach J; EMCONET Network. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *Int J Health Serv.* 2010; 40(2):281-95.

189_Gonzalez L, Seley C and Alcides Troncoso. Infections and inequalities: anemia in AIDS, the disadvantages of poverty. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine.* 2012; 2(6):485-488

190_Figueroa-Munoz JI and Pilar Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bulletin of the World Health Organization.* 2008; 86(9):733-735

191_Malow RM, Rosenberg R and Dévieux JG. Cognitive-Behavioral Stress Management Interventions for Ethnic-Minority HIV-Positive Alcohol/Drug Abusers in Resource Limited and Culturally Diverse Communities. *American Journal of Infectious Diseases* 5 (1): 48-59, 2009

192_Chauvin P, ed. Prevention and health promotion of the excluded and the destitute in Europe. Amsterdam, IOS Press, 2002.

193_Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes, Editions ENSP, 1998.

194_Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. Précarisation, risques et santé. Paris, Editions Inserm, 2001, 474 p.

195- Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/precarite.pdf>

196_Précarité et Inégalités de santé- octobre 2005. Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie
<http://gemsto.free.fr/gemstoprekarite18dec07epicescalcul.pdf>

197_Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, Lombrail P. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. *Presse Med* 2004 ; 33 : 710-5.

198_Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavolacci MP: Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences: motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008, 39:33-42.

199_Hugli OW, Potin M, Schreyer N, Yersin B. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? *Rev Med Suisse.* 2006;2:1836-9.

200_ Les urgences en médecine générale en Bretagne. Résultats régionaux de l'enquête nationale. Mars 2007.
http://orsbretagne.typepad.fr/files/urgences_medecine_generale.pdf

201_Direction des Ressources Documentaires. Les urgences Synthèse documentaire. VIEZ MC. février 2009

202_Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1996 Dec;28(6):657-65.

203_Collet M et Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles N° 625. février 2008

204_Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med.* 2004 Jan; 26(1):13-26.

205_Welch, Shari. Can't Get No Satisfaction: What Patients Really Want. Emergency Medicine News. 2005 - Volume 27 - Issue 2 - p 49-52

206_Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H Patient expectations of emergency department care CJEM, mai 2006

207_Andrew Trout, A Roy Magnusson, Jerry R.Hedges. Patient insatisfaction investigation and the emergency department: What does the literature say Academic emergency medicine, juin 2000, Vol 7.

ANNEXES

ANNEXE 1: Classification CCMU

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres 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 le service des urgences.

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

ANNEXE 2: Classification GEMSA

GEMSA 1 : malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

GEMSA 2 : patient non convoqué sortant après consultation ou soins

GEMSA 3 : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale

GEMSA 4 : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences

GEMSA 5 : patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation

GEMSA 6 : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongé

ANNEXE 3: Score EPICES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions

$$EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

ANNEXE 4 : Dossier médical du patient

	Service d'Urgence	N° dossier IPP: _____ Date arrivée: .../.../...																																																																																																																																																																					
Etiquette		Médecin adresseur : _____ Médecin traitant : _____ Autorisation opérer Signée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
Motif : _____ A.T. <input type="checkbox"/> A.L.D. <input type="checkbox"/>		VAT à jour: Oui - Non γ-glob. <input type="checkbox"/> Vac. <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
Allergie : _____ Adressage : Lui-même <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/>	Famille prévenue: OUI - NON Tél. Famille : _____ Vêtements : Pas de vêtement <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Avec le patient <input type="checkbox"/> Dentiers <input type="checkbox"/> Remis à la famille <input type="checkbox"/> Autres : _____	Valeurs : Avec le patient <input type="checkbox"/> Remis à la famille <input type="checkbox"/> Fiche info signée <input type="checkbox"/> Dépôt au coffre <input type="checkbox"/> Pas de valeur <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																					
Médecin: _____ Type accident/pathologie: _____ Motif de recours: _____ Diagnostic principal: 1 _____ 2 _____ GEMSA : _____ CCMU : _____ Orientation : _____																																																																																																																																																																							
Ag. administratif : _____ H entrée : _____ h H : PEC _____ h		H sortie: _____ h																																																																																																																																																																					
IDE : _____ Actes AMI : _____ Actes en K : _____ Actes en KC : _____																																																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CCAM</th> <th>Libelle</th> <th>Nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>DEQP003</td><td>E.C.G.</td><td></td></tr> <tr><td>GLHF001</td><td>Gaz du sang</td><td></td></tr> <tr><td>GLQP005</td><td>Surveillance saO2 > 6h</td><td></td></tr> <tr><td>DEQP007</td><td>Surveillance scopée</td><td></td></tr> <tr><td>JLDD001</td><td>Sondage vésical</td><td></td></tr> <tr><td>HFLH001</td><td>Sonde naso-gastrique</td><td></td></tr> <tr><td>GGHB001</td><td>Ponction pleurale</td><td></td></tr> <tr><td>HP/B001</td><td>Ponction ascite</td><td></td></tr> <tr><td>DKMD002</td><td>TTT A.C.R.</td><td></td></tr> <tr><td>EQLF003</td><td>TTT Vaso-actif</td><td></td></tr> <tr><td>DERP004</td><td>Choc électrique</td><td></td></tr> <tr><td>EQLF002</td><td>Remplissage > 50 ml/kg</td><td></td></tr> <tr><td>GELD002</td><td>Intubation</td><td></td></tr> <tr><td>GLLD015</td><td>Ventilation artificielle</td><td></td></tr> <tr><td>GLLP004</td><td>CPAP</td><td></td></tr> <tr><td>GELP001</td><td>Aérosol</td><td></td></tr> <tr><td>GLLP001</td><td>Oxygénothérapie continue</td><td></td></tr> <tr><td>ZZLF013</td><td>AG ou ALR. ASA 1 ou 2</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CCAM	Libelle	Nb	DEQP003	E.C.G.		GLHF001	Gaz du sang		GLQP005	Surveillance saO2 > 6h		DEQP007	Surveillance scopée		JLDD001	Sondage vésical		HFLH001	Sonde naso-gastrique		GGHB001	Ponction pleurale		HP/B001	Ponction ascite		DKMD002	TTT A.C.R.		EQLF003	TTT Vaso-actif		DERP004	Choc électrique		EQLF002	Remplissage > 50 ml/kg		GELD002	Intubation		GLLD015	Ventilation artificielle		GLLP004	CPAP		GELP001	Aérosol		GLLP001	Oxygénothérapie continue		ZZLF013	AG ou ALR. ASA 1 ou 2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CCAM</th> <th>Libelle</th> <th>Nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>QZJA016</td><td>Plaie < 3cm, hors face et main</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA012</td><td>Plaie < 10cm, hors face et main</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA001</td><td>Plaie > 10cm, hors face et main</td><td></td></tr> <tr><td>QAJA013</td><td>Plaie de la face < 3 cm</td><td></td></tr> <tr><td>QAJA005</td><td>Plaie de la face 3 à 10cm</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA006</td><td>Plaie pulpo-unguée</td><td></td></tr> <tr><td>QCJA001</td><td>Plaie de la main</td><td></td></tr> <tr><td>QZ/B001</td><td>Evacuation hematome ongle</td><td></td></tr> <tr><td>M/PA010</td><td>Incision panaris</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA011</td><td>Incision abcès - kystes</td><td></td></tr> <tr><td>BDGA001</td><td>Extraction CE œil</td><td></td></tr> <tr><td>GAGD002</td><td>Extraction CE nez</td><td></td></tr> <tr><td>ZQGA004</td><td>Extraction CE sous-cutané</td><td></td></tr> <tr><td>ZCQM005</td><td>Echo abdomino-pelvienne</td><td></td></tr> <tr><td>ZCQM008</td><td>Echo abdomen</td><td></td></tr> <tr><td>EJQM002</td><td>Echo doppler veineux</td><td></td></tr> <tr><td>Z7580</td><td>Acte fait dans un autre hopital</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CCAM	Libelle	Nb	QZJA016	Plaie < 3cm, hors face et main		QZJA012	Plaie < 10cm, hors face et main		QZJA001	Plaie > 10cm, hors face et main		QAJA013	Plaie de la face < 3 cm		QAJA005	Plaie de la face 3 à 10cm		QZJA006	Plaie pulpo-unguée		QCJA001	Plaie de la main		QZ/B001	Evacuation hematome ongle		M/PA010	Incision panaris		QZJA011	Incision abcès - kystes		BDGA001	Extraction CE œil		GAGD002	Extraction CE nez		ZQGA004	Extraction CE sous-cutané		ZCQM005	Echo abdomino-pelvienne		ZCQM008	Echo abdomen		EJQM002	Echo doppler veineux		Z7580	Acte fait dans un autre hopital		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CCAM</th> <th>Libelle</th> <th>Nb</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ZDMP017</td><td>Plâtre BAB</td><td></td></tr> <tr><td>ZDMP001</td><td>Manchette</td><td></td></tr> <tr><td>ZDMP016</td><td>Portefeuille</td><td></td></tr> <tr><td>MHMP002</td><td>Syndactylie</td><td></td></tr> <tr><td>ZEMP005</td><td>Botte plâtrée</td><td></td></tr> <tr><td>MZMP001</td><td>Contention souple M/ (soft)</td><td></td></tr> <tr><td>MEEP002</td><td>Réduction luxation epaule</td><td></td></tr> <tr><td>MFEP001</td><td>Reduction pronation douil</td><td></td></tr> <tr><td>MHEP002</td><td>Réduction luxation doigt</td><td></td></tr> <tr><td>MADP001</td><td>Contention clavicule</td><td></td></tr> <tr><td>NGMP001</td><td>Contention souple M/ (soft)</td><td></td></tr> <tr><td>QAJA014</td><td>Brûlure de la face</td><td></td></tr> <tr><td>QCJA003</td><td>Brûlure de la main</td><td></td></tr> <tr><td>QCJA005</td><td>Brûlure des deux mains</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA005</td><td>Brûlure hors face et main < 10%</td><td></td></tr> <tr><td>QZJA004</td><td>Brûlure hors face et main > 10%</td><td></td></tr> <tr><td>GABD002</td><td>Méchage nasal</td><td></td></tr> </tbody> </table>	CCAM	Libelle	Nb	ZDMP017	Plâtre BAB		ZDMP001	Manchette		ZDMP016	Portefeuille		MHMP002	Syndactylie		ZEMP005	Botte plâtrée		MZMP001	Contention souple M/ (soft)		MEEP002	Réduction luxation epaule		MFEP001	Reduction pronation douil		MHEP002	Réduction luxation doigt		MADP001	Contention clavicule		NGMP001	Contention souple M/ (soft)		QAJA014	Brûlure de la face		QCJA003	Brûlure de la main		QCJA005	Brûlure des deux mains		QZJA005	Brûlure hors face et main < 10%		QZJA004	Brûlure hors face et main > 10%		GABD002	Méchage nasal	
CCAM	Libelle	Nb																																																																																																																																																																					
DEQP003	E.C.G.																																																																																																																																																																						
GLHF001	Gaz du sang																																																																																																																																																																						
GLQP005	Surveillance saO2 > 6h																																																																																																																																																																						
DEQP007	Surveillance scopée																																																																																																																																																																						
JLDD001	Sondage vésical																																																																																																																																																																						
HFLH001	Sonde naso-gastrique																																																																																																																																																																						
GGHB001	Ponction pleurale																																																																																																																																																																						
HP/B001	Ponction ascite																																																																																																																																																																						
DKMD002	TTT A.C.R.																																																																																																																																																																						
EQLF003	TTT Vaso-actif																																																																																																																																																																						
DERP004	Choc électrique																																																																																																																																																																						
EQLF002	Remplissage > 50 ml/kg																																																																																																																																																																						
GELD002	Intubation																																																																																																																																																																						
GLLD015	Ventilation artificielle																																																																																																																																																																						
GLLP004	CPAP																																																																																																																																																																						
GELP001	Aérosol																																																																																																																																																																						
GLLP001	Oxygénothérapie continue																																																																																																																																																																						
ZZLF013	AG ou ALR. ASA 1 ou 2																																																																																																																																																																						
CCAM	Libelle	Nb																																																																																																																																																																					
QZJA016	Plaie < 3cm, hors face et main																																																																																																																																																																						
QZJA012	Plaie < 10cm, hors face et main																																																																																																																																																																						
QZJA001	Plaie > 10cm, hors face et main																																																																																																																																																																						
QAJA013	Plaie de la face < 3 cm																																																																																																																																																																						
QAJA005	Plaie de la face 3 à 10cm																																																																																																																																																																						
QZJA006	Plaie pulpo-unguée																																																																																																																																																																						
QCJA001	Plaie de la main																																																																																																																																																																						
QZ/B001	Evacuation hematome ongle																																																																																																																																																																						
M/PA010	Incision panaris																																																																																																																																																																						
QZJA011	Incision abcès - kystes																																																																																																																																																																						
BDGA001	Extraction CE œil																																																																																																																																																																						
GAGD002	Extraction CE nez																																																																																																																																																																						
ZQGA004	Extraction CE sous-cutané																																																																																																																																																																						
ZCQM005	Echo abdomino-pelvienne																																																																																																																																																																						
ZCQM008	Echo abdomen																																																																																																																																																																						
EJQM002	Echo doppler veineux																																																																																																																																																																						
Z7580	Acte fait dans un autre hopital																																																																																																																																																																						
CCAM	Libelle	Nb																																																																																																																																																																					
ZDMP017	Plâtre BAB																																																																																																																																																																						
ZDMP001	Manchette																																																																																																																																																																						
ZDMP016	Portefeuille																																																																																																																																																																						
MHMP002	Syndactylie																																																																																																																																																																						
ZEMP005	Botte plâtrée																																																																																																																																																																						
MZMP001	Contention souple M/ (soft)																																																																																																																																																																						
MEEP002	Réduction luxation epaule																																																																																																																																																																						
MFEP001	Reduction pronation douil																																																																																																																																																																						
MHEP002	Réduction luxation doigt																																																																																																																																																																						
MADP001	Contention clavicule																																																																																																																																																																						
NGMP001	Contention souple M/ (soft)																																																																																																																																																																						
QAJA014	Brûlure de la face																																																																																																																																																																						
QCJA003	Brûlure de la main																																																																																																																																																																						
QCJA005	Brûlure des deux mains																																																																																																																																																																						
QZJA005	Brûlure hors face et main < 10%																																																																																																																																																																						
QZJA004	Brûlure hors face et main > 10%																																																																																																																																																																						
GABD002	Méchage nasal																																																																																																																																																																						

<i>Petite étiquette patient</i>	N° dossier IPP: _____
---------------------------------	-----------------------

Conclusion de l'interne: Nom : _____ Heure : _____

Orientation diagnostique : _____

Conduite à tenir : _____

Conclusion du médecin : NOM : _____ heure : _____

Orientation diagnostique : _____

Conduite à tenir : _____

Avis spécialisé ou suite de soins :

<u>Hospitalisation</u> : OUI NON Service : _____ Confié au Dr : _____	
<u>Documents remis aux patients</u> : Cert. d'A.T. <input type="checkbox"/> Arrêt de travail : <input type="checkbox"/> Soins IDE : <input type="checkbox"/>	
Courrier : <input type="checkbox"/> Certificat d'ITT : <input type="checkbox"/> Bon de transport : <input type="checkbox"/> Consultation prévue le _____ à _____	
<u>Informations données au patient sur sa maladie et sur son traitement</u> : <input type="checkbox"/>	

ANNEXE 5: Thésaurus des motifs de recours en SU (Société Francophone de Médecine d'Urgence)



Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence

CARDIO-VASCULAIRE		PEAU	
Arrêt cardiaque	I46.9	Morsure	T14.0
Douleur thoracique	R07.4	Piqûre	T63.9
Palpitations	R00.2	Brûlure	T30.0
Hypertension	I10.0	Fruït	L39.9
Malaise sans PC	R53.41	Erythème étendu et autres éruptions	R21
Malaise avec PC	R53	(Édème / rougeur localisée / abcès	L03.9
Hypotension / collapsus	R57.9	Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées	L86.8
Œdème des membres inférieurs	R60.0	Parasitose	R88.9
Membre inférieur froid sans pouls / symptômes compatibles avec ischémie de membre	I74.3	Hématome non traumatique	R23.3
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de maladie thrombo-embolique	I80.2	Corps étranger - Peau	M79.59
Problème avec matériel implantable cardiologique	T82.1	PEDIATRIE < 2 ans (Pathologie spécifique)	
ENVIRONNEMENTAL		Troubles alimentaires du nourrisson (< 6 mois)	F98.2
Gelure / Lésions liées au froid	T35.7	Ictère néonatal	F59.9
Hypothermie	T68	Pleurs incoercibles	R68.1
Coup de chaleur / insolation	T67.0	Sifflement respiratoire sans autres symptômes (bronchite, laryngite...)	R06.2
GASTRO-ENTEROLOGIE		Convulsion hyperthermique	P90
Douleur abdominale	R10.4	Diarrhée du nourrisson (< 6 mois)	F78.3
Corps étranger voies digestives	T18.9	Fièvre < 3 mois	F81.0
Inappétence / perte d'appétit	R63.0	PSYCHIATRIE	
Constipation	K59.0	Dépression / suicide	F32.9
Diarrhée	K52.9	Anxiété / Crise d'angoisse / spasmodie	F41.9
Corps étranger dans le rectum	T18.5	Hallucinations	R44.3
Nausées et/ou vomissements	R11	(insomnie / troubles du sommeil)	G47.0
Proctologie (thrombose, fissure, douleur...)	K62.8	Comportement violent / agitation	R43.6
Vomissement de sang	K92.0	Comportement étrange / troubles du comportement social / anorexie / boulimie	R46.2
Sang dans les selles / Méiène	K92.1	RESPIRATOIRE	
Ictère	R17	Dyspnée	R06.0
Hoquet	R06.6	Cyanose	R23.0
Masse ou distension abdominale	R19.0	Toux	R03
GENITO-URINAIRE		Hémoptyse	R04.2
Douleur de la fosse lombaire ou flanc	R10.3	Corps étranger voies aériennes	T17.9
Hématurie	R31.8	Réaction allergique	T78.4
Écoulement ou lésion génitale	R36	Asthme	J42
Douleur ou urémie des OGE	N50.9	RHUMATOLOGIE	
Rétention d'urine ou anurie	R33	Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)	M34.9
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles	R39.8	Douleur au niveau d'un membre supérieur	M79.60
INTOXICATION		Douleur au niveau d'un membre inférieur	M79.61
Intoxication accidentelle et/ou iatrogène (occasionnée par le traitement médical)	T88.7	Épanchement articulaire	M25.48
Intoxication médicamenteuse volontaire	T90.9	Douleur diffuse / sans précision	R52.9
Intoxication non médicamenteuse volontaire	X69.9	TRAUMATOLOGIE	
État de manque / sevrage / toxicomanie	F19.3	Traumatisme multiple	T01.9
Ébriété, ivresse	F10	Traumatisme crânien avec PC	S06.0
NEUROLOGIE		Traumatisme crânien sans PC	S00.9
Altération de la conscience / coma	R40.2	Traumatisme maxillo-facial	S00.8
Confusion / désorientation temporo spatiale	R41.0	Traumatisme oculaire	S00.9
Étourdissement / vertiges	R42	Traumatisme cervical (hors rachis)	S19.9
Céphalées	R51	Traumatisme rachidien ou médullaire	S39.9
Convulsions	R56.8	Traumatisme thoracique	S21
Anomalie de la marche / Ataxie / trouble de l'équilibre	R26.8	Traumatisme abdominal	S34.8
Tremblement	R25.1	Traumatisme du bassin	S32.8
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC	I64	Traumatisme membre supérieur	T11.9
Perte de sensibilité / paresthésies	R44.8	Traumatisme membre inférieur	T13.9
GYNECOLOGIE		Traumatisme anal ou du rectum	S36.690
Problèmes menstruels	N92.6	Traumatisme OGE, priapisme	S37.8
Corps étranger dans le vagin	T18.2	Dermatation / plaie	T00.9
Pertes vaginales	N89.8	Amputation	T14.7
Aggression sexuelle / sévices	T74.2	GÉNÉRAL & DIVERS	
Rougeur ou tension du sein	N61	Accident d'exposition au sang et/ou au liquides biologiques	Z20.9
Méno-métrorragie en dehors de la grossesse	N92.1	Exposition à une maladie contagieuse	Z20.2
Douleur pelvienne	R10.2	Fièvre	A50.9
OBSTÉTRIQUE		Hyperglycémie	R73.9
Problèmes de grossesse 1er trimestre (saignement, douleur...)	O20.9	Hypoglycémie	E16.2
Problèmes de grossesse 2ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O99.8	Conseil / consultation / renouvellement ordonnance	T76.0
Problèmes de grossesse 3ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique...)	O46.9	Problème de suture et pansements chirurgicaux / pansements	Z48.0
Accouchement imminent ou réalisé	O62.3	Demande d'examen complémentaire	Z01.6
Problème de post partum (allaitement, hémorragie...)	Z39.1	Problème de matériel médical	T83.9
OPHTHALMOLOGIE		Anomalie de résultat biologique	R79
Corps étranger, brûlure oculaire	T15.9	Complication post opératoire	T88.9
Trouble visuel / diplopie / baisse de l'acuité	H53.9	Problème social	Z60.9
Douleur oculaire	H57.1	Soins palliatifs / fin de vie	Z51.3
Démangeaison, œil rouge	H57.9	Examen à des fins administratives/certificat/ réquisitions	Z02.9
ORL		Perte d'autonomie	Z74.0
Otalgie	H92.0	ÂEG/Asthénie	R53.40
Corps étranger ORL	T17		
Acouphènes ou trouble de l'audition	H93.1		
Otorrhée / écoulement orsile	H92.1		
Problème de dent ou de gencive	K08.9		
Douleur de gorge, difficultés à avaler, dysphagie	J02.9		
Tuméfaction ORL	R22.1		
Tumeur ORL et complications	C10.8		
Epistaxis	R04.0		
Congestion nasale / rhume des foins	J31.0		

CIRCONSTANCES		
Abbrégé/ Code	Libellé	Définitions / Commentaires
AVP	AVP	Accident de transport de toute nature
DEFENEST	Chute de grande hauteur	Chute supérieure à 3 m
AGRESSION	Autres agression, rixe ou morsure	Pour toute agression ou rixe sans usage d'arme à feu ou d'arme blanche. Pour toute morsure ou piqûres multiples ou vénéuses.
NOYADE	Noyade, plongée, eau	Pour les noyades, accident de plongée ou de décompression
ARMEFEU	Arme à feu	Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme à feu.
COUTEAU	Objet tranchant ou perforant	Pour toute agression, rixe, accident et suicide ou tentative par agent vulnérant type arme blanche.
SPORT	Accident de sport ou de loisir	Traumatisme en rapport avec une activité sportive ou de loisir
PENDU	Pendaison, strangulation	Pendaison, strangulation sans présage de caractère médico-légal ou non
FEU	Feu, agent thermique, fumée	Toute source de chaleur intense ayant provoqué des brûlures, un coup de chaleur ou une insolation. Y compris incendie, fumée d'incendie et dégagement de CO au décours d'un feu.
EXPLOFIS	Explosion	Explosion de grande intensité même suivie ou précédée d'un incendie, même si notion d'écrasement.
ECRASE	Ecrasement	Notion d'écrasement, hors contexte accident de circulation, explosion ou incendie
TOXIQUE	Exposition à produits chimiques ou toxiques	Lésion en rapport avec une exposition à un produit liquide, solide ou gazeux toxique. Hors contexte NRBC, incendie, intoxication par médicament, alcool ou drogues illicites
CHUTE	Chute, traumatisme bénin	Traumatisme bénin du ou non à une chute de sa hauteur ou de très faible hauteur.
ELEC	Électricité, foudre	Effet du courant électrique par action directe ou à distance (arc électrique, effet de la
PRO	Trauma par machine à usage professionnel	Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage professionnel
DOMIEU	Trauma par appareil de ménage domestique	Toute lésion traumatique provoquée par un matériel à usage domestique ou un accessoire de jeu ou de loisir
SECOND	Transfert secondaire	Pour tout transfert secondaire
AUTRE	Autres	Autre traumatisme avec circonstance particulière non répertorié
CATA	Accident nombreuses victimes	Accident catastrophique mettant en cause de nombreuses victimes et nécessitant un plan d'intervention particulier
0000	Pathologie non traumatique, non circonstancielle	Pathologie médicale non traumatique ou sans circonstance de survenue particulière

Nom : AISSAOUI Prénom : Liamine

Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors. Etude monocentrique, observationnelle, du 1^{er} au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service.

Nbr f : 144 ill : 13 tab : 58

Th. Med : Lyon 2014 N°68

Résumé :

Objectifs : Analyse des caractéristiques sociologique des consultants et de leurs motifs de recours spontané au service des urgences du Centre Hospitalier de Givors durant les heures ouvrables des cabinets médicaux, et évaluation de leur satisfaction de ce service.

Matériel et Méthodes : Etude monocentrique, observationnelle, réalisée aux urgences du Centre Hospitalier de Givors du 1^{er} au 28 mars 2011. Suite à l'inclusion consécutive des consultants spontanés et leur prise en charge, un questionnaire pour l'évaluation de la satisfaction et pour l'estimation du taux de précarité par le score EPICES leur a été administré. Pour l'analyse, seuls les consultants non hospitalisés ont été retenus.

Résultats : 1348 passages dont 1109 recours spontanés, soit 82%, ont été enregistrés durant la période d'étude. 71,5% des recours ont eu lieu pendant la tranche horaire 8h-18h59 avec un pic entre 9h-9h59 (9,3 %) et vers 14h (9%) pour se stabiliser à 10% le long de l'après-midi. 28,5% des recours sont survenus la nuit en semaine et le week-end en totalise 32%. Nous avons recueillis 542 questionnaires sur 782 consultations durant la tranche horaire 8h00-18h59 non suivies d'une hospitalisation. Le taux de participation est près de 72,5%.

La population étudiée est plutôt jeune et majoritairement masculine, l'âge moyen des patients est de 29 ans et le sex-ratio homme/femme est de 1,4. Le taux de précarité est de 42,5% (score EPICES>30). Ils sont 22% à posséder une CMU et 83% à avoir un médecin traitant. Le traumatisme est le motif de recours principal chez les adultes (59%), suivi par les motifs médicaux (39%) et psychiatriques (2%). Les motifs les plus évoqués par les patients adultes sont l'accident (59%) et la douleur (30%) tandis que dans la sous-population pédiatrique, l'ordre s'inverse et la douleur devance le traumatisme soit 46% vs 40% alors que les motifs traumatiques et médicaux représentent respectivement 70 et 30%. La proximité du service (45%) et le fait ne pas avoir de médecin traitant (16%) sont les motivations les plus citées par les patients.

Dans la plupart des cas, ces motifs ne sont pas des urgences avérées ou graves puisqu'il s'agit majoritairement des CCMU1 (26%) et CCMU2 (72%) et pour seulement 2% de CCMU3. Chez les consultants spontanés ayant répondu à l'enquête, 39% ont eu des investigations radiologiques et 4% ont eu des examens biologiques. La durée moyenne de passage est de 1h20 mn et ils sont 47% des patients à passer entre 1h et 2h au SU. Le délai d'attente moyen de 34 mn est jugé acceptable par 84% des patients. 79% ont jugé la prise en charge satisfaisante, avec un délai moyen de 1h07mn. 83% recommanderaient le service d'urgence du Centre hospitalier de Givors à un proche.

Conclusions : L'étude montre que les recours spontanés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux, peuvent être considérés pour une part non négligeable comme abusifs (45% de CCMU1 dans l'échantillon). Cette proportion est significativement plus importante pour la population en situation de précarité (score EPICES>30) puisqu'elle atteint 56%. Sur le plan qualitatif du fonctionnement du service d'urgence, les éléments marquants sont le faible délai d'attente et la durée de prise en charge globale peu élevée par rapport à la littérature. La proximité du service, la rapidité de prise en charge et le fait de ne pas avoir de médecin traitant disponible sont les 3 explications avancées pour expliquer les recours inappropriés. Nous retiendrons que les patients sont globalement satisfaits de leur passage (taux de satisfaction 87%) et de leur prise en charge par le service des urgences du CH de Givors et donc que dans cet établissement, les recours inappropriés existent mais ne paraissent pas avoir de conséquence particulièrement négative sur la prise en charge.

Mots clés: consultants spontanés, urgences, heures ouvrables, précarité, score EPICES, délai d'attente, satisfaction

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis CAILLOT
Membres : Monsieur le Professeur Jean Stéphane DAVID
Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Monsieur le Docteur Alain MARCHAND

Date de Soutenance : le 13 mai 2014

Adresse de l'auteur : Square Saint Nestor, 19 rue Saint Maurice 69008 Lyon
E-mail : laissaoui@ch-givors.fr



 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr