

UNIVERSITE PARIS VII – DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 2009

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

NOM : MEUNIER Prénom : Laure

Date et Lieu de naissance : 12 mai 1978 à Abidjan

Présentée et soutenue publiquement le : 10 juin 2009

**PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE
RECOURS AUX
URGENCES HOSPITALIERES DE
NANTERRE**

Président : Professeur Marc BRODIN
Directeur : Docteur Djénane CHAPPEY-MANOUK

DES DE MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marc BRODIN qui a accepté de présider ma thèse

Au Docteur Djénane CHAPPEY-MANOUK qui l'a dirigée

Au Docteur Laurence SALOMON, de l'unité d'évaluation de l'hôpital Louis Mourier à Colombes, qui m'a aidée dans l'exploitation de mes données

En mémoire de ma mère qui m'a soutenue tout au long de mes études et avec qui j'aurais tant aimé partager ce moment

A ma famille

A Cécile pour les nombreuses heures qu'elle a passées avec moi à mettre en forme cette thèse, à Claire pour ses conseils orthographiques avisés.

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	5
II-	ARGUMENTAIRE.....	7
1-	Augmentation du nombre d'admissions aux urgences.....	7
2-	Les consultations spontanées.....	8
3-	Qu'est ce qu'une consultation non urgente ?	9
4-	Qu'en est-il de la demande de soins non programmés en ville ?	12
5-	Horaire des consultations non urgentes	13
6-	Type de population.....	14
7-	Motifs de consultation.....	16
8-	Modification du rôle des urgences.....	19
9-	Organisation des soins	20
10-	Conclusion.....	20
III-	L'HÔPITAL DE NANTERRE	22
1-	Histoire	22
2-	Le CASH de Nanterre.....	24
a-	L'hôpital.....	24
b-	Le centre d'accueil et de réinsertion.....	28
c-	La maison de retraite	29
IV-	OBJECTIF.....	30
V-	MATERIEL ET METHODE	32
1-	Enquête de la Drees.....	32
2-	Enquête de la thèse.....	33
3-	Analyse statistique.....	35
VI-	RESULTATS.....	37
1-	Nombre de dossiers recueillis.....	37
2-	CCMU	39
3-	GEMSA	40
4-	Type de consultation	40
5-	Personnes consultant aux urgences	41
6-	Problème de santé ayant amené à consulter	42
7-	Lieu de début du problème	44
8-	Médecin habituel	45
9-	Parcours de recours aux urgences.....	47
10-	Raisons de recours aux urgences	53
11-	Antécédent de la pathologie amenant le patient à consulter	59
12-	Evaluation de la « familiarité » du patient avec les urgences de l'hôpital de Nanterre	61
13-	Evaluation des connaissances du patient concernant les possibilités de prise en charge en ville.....	62
14-	Profil socio-démographique du patient.....	64
15-	Résumé	75

VII-	DISCUSSION	77
1-	Comparaison des populations venant consulter pour des motifs médicaux ou chirurgicaux	77
2-	Comparaison des motivations de recours aux urgences entre l'étude de la Drees et celle réalisée à Nanterre.....	84
3-	Une familiarité avec l'hôpital et une méconnaissance des possibilités de prise en charge en ville.....	88
VIII-	CONCLUSION	89
IX-	ANNEXES	91
1-	Annexe 1 : Classification CCMU	91
2-	Annexe 2 : Classification GEMSA.....	92
3-	Annexe 3 : Questionnaire du recueil	93
X-	BIBLIOGRAPHIE.....	99

I- INTRODUCTION

Le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter. Il a ainsi crû de 43% entre 1990 et 1998. L'Ile de France fait partie des régions où le nombre de passages aux urgences est parmi les plus importants.

Face à cette explosion de demande de soins non programmés, la pertinence de ces admissions se pose, la majorité de ces consultations n'étant pas réellement urgentes sur le plan médical. Elles le sont d'autant moins que le patient s'est présenté de façon spontanée aux urgences ce qui est le cas dans 70% des admissions¹.

Cette thèse porte sur les consultations spontanées aux urgences de l'hôpital de Nanterre survenant entre 9h et 20h du lundi au vendredi et le samedi matin dont les patients sont retournés à domicile à l'issue de la consultation. Face à ce type de consultation la question de l'intérêt d'une prise en charge hospitalière reste ouverte. Sur cette plage horaire et avec comme issue un retour à domicile, le patient a en effet souvent le choix de consulter en ville. Cependant, les admissions spontanées aux horaires d'ouverture des médecins généralistes représentent 25% des admissions dans ces tranches horaires² (8h-20h du lundi au samedi). Les patients se présentent sans contact médical préalable bien que la plupart déclarent avoir un médecin traitant habituel. La moitié des consultations médicales spontanées seront a posteriori évaluées comme inadéquates et relevant d'une prise en charge pré-hospitalière³.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

² Ph. LESTAVEL, F. DUFFOZEZ, N. SAMITI et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? *Réan Urg*, 1999, 8, p. 142

³ A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143

L'étude menée dans cette thèse est prospective, basée sur un questionnaire. Pourquoi les patients viennent-ils aux urgences durant la journée pour des consultations qui n'aboutiront pas à une hospitalisation alors qu'il existe une prise en charge ambulatoire possible ? La question est posée.

II- ARGUMENTAIRE

1- Augmentation du nombre d'admissions aux urgences

Entre 1990 et 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43%¹, soit +4.6% par an en moyenne pour dépasser les 10 millions de passages. Ce phénomène est commun à tous les pays qui sont pourvus de services d'urgences. L'évolution de la demande de soin dans le secteur privé ne peut être mise en parallèle car il n'existe aucune donnée pour ce secteur en 1990. Durant cette même période, le nombre de passages ayant donné lieu à une hospitalisation n'a que très peu augmenté (environ 1% par an). En 2003, le taux d'hospitalisation était de 19% en moyenne, augmentant avec l'âge². Il n'est ainsi que de 10.6% aux urgences pédiatriques³.

On retrouve ces chiffres dans une étude évaluant l'activité des hôpitaux en 1997 et 1998. La progression du nombre de passages aux urgences est d'environ 6% en 1997⁴, augmentation touchant principalement les passages non suivis d'hospitalisation.

En pédiatrie, la tendance est la même. Les urgences pédiatriques du CHU de Nantes ont un nombre d'admissions croissant de 6 à 7% par an sans augmentation parallèle du nombre d'hospitalisation conventionnelle⁵.

A Nice, le nombre d'admissions a fait un bond de 26.5% en 4 ans entre 1995 et 1999¹. L'augmentation a été plus forte en médecine (+9.5% par an en moyenne) qu'en chirurgie

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*, 12 juillet 2000, N°72

² Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

³ R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69

⁴ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998. *Etudes et Résultats*, juillet 1999, N°24

⁵ A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143

(+3.5% par an en moyenne). « Elle touche toutes les saisons, tous les jours, week-end et jours fériés inclus, et toutes les tranches horaires y compris toutes celles de la nuit ».

Cette dissociation entre l'augmentation très rapide du nombre d'admissions aux urgences et la quasi-stagnation du nombre d'hospitalisations 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.

Par ailleurs, le nombre de passages aux urgences reste disparate suivant les régions pouvant aller du simple au double². Pour l'Ile de France, la situation est particulière car le secteur privé occupe une place importante dans la prise en charge des soins non programmés. Lorsqu'on tient compte de cette activité hors secteur public, **l'Ile de France est une des régions où les passages aux urgences sont les plus importants** (avec la Corse et la Picardie) avec 218 passages pour 1000 habitants en 1998. Ce qui revient à dire qu'en 1998, plus d'une personne sur cinq a été amenée à consulter aux urgences dans l'année.

2- Les consultations spontanées

70% des usagers des services d'urgences s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone³. Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80% des patients dans les tranches d'âge inférieur à 50 ans puis diminue fortement avec l'âge : au-delà de 80 ans, plus des 2/3 des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable.

¹ R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69

² Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*, 12 juillet 2000, N°72

³ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

Si l'on ne s'intéresse qu'aux personnes rentrées à leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences, 87% disent avoir un médecin « habituel ». Malgré tout, à peine plus d'un quart des patients qui ont un médecin traitant ont essayé de le joindre¹. Le plus souvent ils expliquent qu'ils n'y ont pas pensé (33% d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20%). Ils sont ainsi 62% à avoir pris leur décision de venir aux urgences seuls ou avec leur entourage.

Dans les consultations spontanées pour un problème médical², 16% des patients déclarent avoir attendu plus de 2 jours pour recourir aux urgences. Il s'agit souvent (43%) d'un problème de santé déjà rencontré auparavant.

Avant de venir³ :

- 36% des patients disent ne rien avoir fait
- 29% des patients disent s'être automédiqués
- 14% des patients disent avoir consulté un médecin généraliste
- 10% des patients disent avoir appelé le 15 ou le 18

3- Qu'est ce qu'une consultation non urgente ?

Suivant les études, le terme de consultation non urgente n'a pas la même définition. En effet, **il n'existe pas de gold standard pour définir l'urgence**. Le taux de consultation non urgente varie donc d'une étude à l'autre suivant les variations de sa définition.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

² Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

³ A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. *Réan Urg*, 1999, 8, p.141

Si l'on se base sur une classification clinique comme la CCMU, on peut considérer que les 2 premiers degrés (CCMU 1 et CCMU 2)¹ relèvent d'une prise en charge pré-hospitalière.

Or, 83² à 97%³ des admissions aux urgences répondent à ce critère. La moitié de ces admissions relève d'une simple consultation et ne nécessite pas l'utilisation du plateau technique (CCMU 1=48.8%, CCMU 2= 48.5%)⁴.

Si l'on rajoute à ce critère de stabilité (CCMU 1 ou 2), le fait de ne pas être adressé par un médecin, de ne pas arriver par la police ou les pompiers et de ne pas être admis en hospitalisation après passage aux urgences, la population sélectionnée représente 30% des admissions⁵. 77.5% de ces passages inappropriés relèvent de la petite traumatologie pour laquelle une prise en charge en ville est souvent inexistante. La pathologie non traumatique représente finalement 5.6% des consultations spontanées non urgentes aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux (6.7% sur l'ensemble des horaires).

D'autres études ont choisi de faire étudier les dossiers a posteriori par des urgentistes afin de classer chaque cas en bonne ou mauvaise adéquation. 37% des admissions médicales et 53.8% des admissions chirurgicales sont alors jugées comme inadéquates⁶. Il est à noter que ces 37% représentent en fait une moyenne entre les admissions médicales directes (consultations spontanées), jugées inadéquates dans 54% des cas, contre 17% en cas de recours préalable à une structure pré-hospitalière. Autrement dit, **une admission médicale directe sur deux relève d'une prise en charge pré-hospitalière.**

¹ Cf. annexe 1 : classification CCMU

² Bulletin de l'académie nationale de médecine, 2000, 184, n°2, 379-402, séance du 15 février 2000

³ R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69

⁴ R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69

⁵ Ph. LESTAVEL, F. DUFFOZEZ, N. SAMITI et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? *Réan Urg*, 1999, 8, p. 142

⁶ A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143

Une étude s'est particulièrement penchée sur la définition d'une consultation non urgente¹. Dans cette étude, la définition des urgences associe à la fois les notions d'urgence médicale et d'urgence ressentie. Les consultations non urgentes concernent alors les « symptomatologies anciennes et non aggravées ou une symptomatologie récente mais bénigne sans urgence ressentie ». L'estimation des consultations non urgentes a été faite à partir de plusieurs critères combinant l'avis de l'infirmière et du médecin de garde, l'utilisation du plateau technique et l'avis de deux experts. Cette étude retrouve un taux de consultation non urgente de 35% à Paris contre 29% à Besançon. **Lorsque la consultation n'est pas urgente, le pourcentage de sujets se présentant d'eux mêmes est deux fois plus élevé que pour les consultations définies comme urgentes.**

Les patients reconnaissent d'ailleurs qu'ils auraient pu être soignés ailleurs dans 20% des cas à l'arrivée². Cette étude ayant été menée sur toutes les consultations sans se concentrer sur les consultations dites non urgentes (où le pourcentage serait probablement plus élevé).

A Paris, 14.2% des sujets (contre 3.3% à Besançon) déclarent utiliser les services des urgences comme source régulière de soins même pour des motifs non urgents³. Là encore, il ressort de ces chiffres une disparité régionale mettant en avant la fonction dispensaire des urgences en Ile de France.

¹ T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78

² G. DUVAL, A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al Résultats préliminaires d'une enquête de satisfaction auprès des usagers d'un service d'urgences. *Réan Urg*, 1999, 8, p.142

³ T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78

4- Qu'en est-il de la demande de soins non programmés en ville ?

Le nombre de visites à domicile (essentiellement assurées par les omnipraticiens) a diminué de 8.4% entre 1990 et 1998¹. Cependant, le nombre de visites n'est pas un très bon indicateur de la demande de soins non programmés en ville. En effet, les visites à domicile ne sont pas toujours liées à un caractère d'urgence mais souvent à un autre critère comme le manque de mobilité des personnes âgées. Les visites effectuées le dimanche et les jours fériés sont, elles, plus associables à la notion d'urgences. Elles sont détectables par le biais des majorations recensées par la CNAMTS. De 1996 à 1998, elles ont augmenté de 1.1% par an. Le nombre total de visites ayant diminué, leur part dans le total s'en retrouve donc accrue marquant une fois de plus l'augmentation de la demande de soins non programmés. Le nombre de consultations sans rendez vous reflèterait sans doute mieux cette demande de soins non programmés mais le chiffre n'en est pas disponible.

Le cumul du nombre de visites avec majoration et du nombre de passages aux urgences non suivis d'une prise en charge hospitalière peut être envisagé comme un indicateur partiel du nombre des situations d'urgence de moindre gravité. Il faut cependant tenir compte du fait que la majorité des recours aux urgences ayant lieu aux jours et aux heures ouvrables, il faudrait mettre en regard le nombre de consultations sans rendez-vous des cabinets médicaux. Le rapport moyen entre le nombre de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation et le nombre de visites assorties de majoration reste toutefois un indicateur intéressant. Etant de 1.5 pour l'ensemble du territoire français, il montre que **l'Ile de France se distingue par un plus fort taux de passages aux urgences** avec 2 passages ou plus pour 1

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*, 12 juillet 2000, N°72

visite. Autrement dit, en Ile de France, les urgences assument une plus grande part des situations d'urgence de moindre gravité que sur le reste du territoire.

5- Horaire des consultations non urgentes

Une étude¹ menée dans un service d'urgence pédiatrique a montré qu'une urgence sur trois a été reçue le samedi ou le dimanche et un peu plus d'une sur deux (54.3%) en horaire de garde, aussi bien côté chirurgical que côté médical.

Toujours en pédiatrie, 65% des admissions inadéquates sont observées après 18h². Les parents ayant recours à l'hôpital en dehors de leurs heures de travail.

Chez les adultes, les heures d'arrivée ne diffèrent pas entre les consultations urgentes et celles définies comme non urgentes³.

Les patients venant consulter de façon spontanée, arrivant par leurs propres moyens, stables (CCMU 1 ou 2), non admis en hospitalisation et admis pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux (de 8 heures à 20 heures du lundi au samedi) représentent 25% des admissions⁴.

Pour les victimes d'accidents, 73% se sont présentés entre 7 heures et 19 heures, de façon spontanée dans 92% des cas⁵.

¹ R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69

² A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143

³ T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78

⁴ Ph. LESTAVEL, F. DUFFOSEZ, N. SAMITI et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? *Réan Urg*, 1999, 8, p. 142

⁵ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

6- Type de population

En 1998, une étude publiée dans la revue de l'assurance maladie¹ s'est intéressée aux **personnes consultant pour des motifs non urgents de jour comme de nuit.**

La population des consultations non urgentes se compose :

- des sujets qui se présentent aux urgences médicales hospitalières pour des motifs non urgents
- des patients pour lesquels les urgences sont la source régulière de soins
- des utilisateurs chroniques ou itératifs qui reviennent très fréquemment aux urgences (« heavy users »)

Les patients consultants pour motifs non urgents :

- sont plus jeunes, le pourcentage de retraité est plus faible
- sont plus souvent nés hors de France
- comportent une plus forte population de personnes SDF ou en hébergement provisoire
- sont moins nombreux à bénéficier de l'assurance maladie de la sécurité sociale
- sont plus souvent chômeurs

Le sexe, le niveau d'étude, le statut matrimonial ne diffèrent pas.

Cette population est moins médicalisée, a des facteurs de risques élevés et un niveau de prévention faible. Ils sont moins nombreux à souffrir d'une maladie chronique, à prendre un

¹ T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78

traitement, à suivre des émissions sur la santé et à connaître leur taux de cholestérol. Leurs vaccinations sont rarement à jour et leur consommation d'alcool est plus élevée. Ils ont moins souvent un médecin traitant.

Les patients utilisant les urgences comme source régulière de soins présentent les mêmes caractéristiques que la population qui vient d'être décrite en plus marqué (conditions de vie précaires, absence de médicalisation, niveau élevé des facteurs de risque, prévention faible). La proportion d'hommes y est aussi plus importante.

Les comportements décrits ne concernent pas que les exclus car le fait de retirer les personnes SDF des consultants pour des motifs non urgents ne modifie pas les caractéristiques de la population.

Ne pas avoir une source régulière de soins est un des facteurs les plus lié à une consultation non urgente.

En 2002, une étude de grande envergure réalisée par la Drees¹ s'est penchée sur les **patients rentrés à leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences**. Ces patients sont plus souvent des hommes et surtout sont nettement plus jeunes. Ces usagers ont aussi un niveau d'études globalement plus élevé que celui de l'ensemble de la population. 35% contre 31% ont au moins le bac (général ou technique). Ceci va de pair avec un niveau de diplômes en général plus élevé parmi les jeunes générations. 87% disent avoir un médecin habituel mais un quart invoquent un avis médical comme étant à l'origine de leur venue. 62% sont venus de façon spontanée.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

Les **usagers souffrant d'un problème non traumatologique, décidant seul ou avec leur entourage d'aller aux urgences** représentent 16% de la population qui ne sera pas hospitalisée à l'issue de son passage aux urgences. Seuls 22% de ces usagers bénéficiera d'un acte thérapeutique (marquant bien par-là le caractère non urgent de cette consultation). 93% sont venus de façon spontanée. Un quart ont moins de 6 ans. 53% sont des femmes. Leur admission a plus souvent que la moyenne lieu le soir ou la nuit. Cette forte proportion de femmes est liée à la séparation des motifs médicaux et chirurgicaux de consultation, les personnes consultant pour des motifs chirurgicaux étant plus souvent des hommes.

Le profil de l'**usager abusif**¹, permet d'atténuer certaines idées reçues que l'on peut en avoir. En effet, 74% des usagers abusifs sont de nationalité française, 84% ont une compréhension correcte de la langue française, 63% ont le niveau du bac, 88% sont assurés sociaux, 58% ont une mutuelle, 61% sont non imposables, 70% sont venus par leurs propres moyens. Les horaires d'admissions étaient majoritairement compris entre 9h et 21h. 73% ont un médecin traitant. L'usager abusif a donc le profil sociodémographique de Monsieur et Madame « tout-le-monde » à ceci près qu'il fait souvent partie d'une population à bas niveau de revenus.

7- Motifs de consultation²

Les raisons amenant les patients à consulter aux urgences plutôt qu'en ville sont connues quoique leurs proportions varient suivant les populations étudiées.

¹ V. LAFAY, I. KONEPAUT, I. TONOLLI et al. Profil de l' « usager abusif » du SAU. *Réan Urg*, 1998, 7, p.143

² cf. tableau p17

On y retrouve :

- le sentiment de gravité ou d'urgence
- la proximité de l'hôpital
- la confiance en l'hôpital
- la disponibilité des soins
- la non-disponibilité libérale ou l'absence de médecin habituel
- la durée de la gêne
- la nécessité d'accès au plateau technique
- la nécessité d'un traitement hospitalier, d'un avis ou d'une intervention spécialisée
- le fait d'être suivi dans l'hôpital pour un problème de santé
- le recours à l'hôpital pour tout problème de santé

En ce qui concerne les consultations spontanées pour problème somatique non traumatologique les motivations sont¹ :

- 1- le sentiment de gravité (61%)
- 2- l'existence d'un traitement en cours sans amélioration (38%)
- 3- l'absence du médecin traitant (36%)
- 4- le fait de ne pas connaître de médecin (29%)

Si l'on s'intéresse à la population générale admise aux urgences, la durée de la gêne, le sentiment de gravité, la proximité et l'urgence sont les motifs les plus cités².

L'usager abusif évoque lui l'absence d'immédiateté des soins en ville (93%), la proximité, la confiance en l'hôpital et la disponibilité comme principales raisons³ de sa venue.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

² A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. *Réan Urg*, 1999, 8, p.141

³ V. LAFAY, I. KONEPAUT, I. TONOLLI et al. Profil de l' « usager abusif » du SAU. *Réan Urg*, 1998, 7, p.143

MOTIFS DE CONSULTATION AUX URGENCES

	Tous patients confondus ¹ U adultes	Usager abusif ² U adultes	CNU ³ et spontanée ⁴ U adultes	Tous patients confondus. U adultes ⁵	Cs médicales spontanées. U adultes ⁶	Cs chirurgicales spontanées. U adultes ⁷	Tous patients confondus U pédiatriques ⁸	Cs médicales spontanées. U pédiatriques ⁹
Durée de la gêne/ traitement en cours sans amélioration	22 %			10-16 %	38 %	6 %		
Gravité / urgence	18 %			32 %	61 %		88 %	37 %
Proximité	16 %	51 %	45 %	47 %				
Globalité des soins	7 %							
Paiement / gratuité	1 %	20 %		10-16 %			7 %	
Sécurité / confiance en l'hôpital		60 %	14 % ¹⁰				71 %	31 %
Disponibilité des soins / problème à régler rapidement	15 %	44 %	11 %	38 %				16 %
Patient déjà suivi dans cet hôpital			10 %					
Non-disponibilité libérale / absence de médecin habituel		93 % ¹¹		10-16 %	36 %	15 %	19 %	11 %
Accès au plateau technique / nécessité d'examens			14 %	44 %		69 %	76 %	
Nécessité d'un traitement hospitalier, d'un avis ou d'une intervention spécialisée				43 %		68 %	60 %	
Recours pour tout problème de santé			9 %					
Non-connaissance d'un médecin en ville				29 %				

¹ A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. *Réan Urg*, 1999, 8, p.141

² V. LAFAY, I. KONEPAUT, I. TONOLLI et al. Profil de l' « usager abusif » du SAU. *Réan Urg*, 1998, 7, p.143

³ Consultation non urgente

⁴ T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78

⁵ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

⁶ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

⁷ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

⁸ V. HUE, S. JORIOT, A. MARTINOT et al. Impact des connaissances médicales des parents sur le recours à une unité d'urgences pédiatriques. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 143

⁹ MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143

¹⁰ 14%= notoriété + plateau technique de l'hôpital

¹¹ Absence d'immédiateté de la réponse en ville

8- Modification du rôle des urgences

Comme on vient de le voir, la mission des urgences s'est largement modifiée avec ce nouveau mode de consommation médicale. A l'origine service d'un hôpital où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat, les services d'urgences ont en fait été développés pour répondre aux directives du code de santé public. Par l'article L. 711-4, il stipule que les établissements hospitaliers doivent être en mesure d'accueillir de jour et de nuit les patients quel que soit leur état de santé. La loi du 31 décembre 1970, article 2 mentionne l' « obligation pour tout établissement public ou privé participant au secteur public habilité à recevoir des urgences d'accueillir 24 heures sur 24 les malades, les blessés, les parturientes qui font appel à lui, ainsi que les états de détresses psychologiques ou sociales ». On voit qu'on est bien loin de la mission initiale des urgences. Celle-ci a d'ailleurs été modifiée « le service d'urgences est le lieu d'accueil de tous les patients qui se présentent à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation et dont la prise en charge n'a pas été programmée »¹. Désormais le service d'urgence est amené à assumer d'autres missions que le traitement des urgences médicales et chirurgicales.

Il apporte une réponse à des besoins non satisfaits en ville:

- accès aux soins des populations à faible niveau de ressources
- prise en charge de problèmes sociaux
- accès plus rapide aux spécialistes, aux examens complémentaires et aux soins hospitaliers
- manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des urgences ressenties

Ce qui aboutit à une substitution partielle des urgences à la médecine de ville.

¹ A.BELLOU, J.-D. de KORWIN, J. BOUGET et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecin interne*, 2003, 24, p. 602-612

9- Organisation des soins

L'organisation des soins, la géographie et les habitudes jouent un rôle important sur l'affectation de la demande sur l'un ou l'autre des segments de l'offre de soins (hospitalier ou ambulatoire)¹.

Avec ce nouveau mode de consommation médicale l'offre de soins doit être adaptée de façon à diminuer le nombre d'admissions inadaptées aux urgences². Ceci pourrait passer par l'admission directe dans les services hospitaliers des patients adressés aux urgences pour hospitalisation, l'orientation en ville des pathologies ne justifiant pas de soins immédiats ni d'hospitalisation, la programmation des hospitalisations non urgentes.

De même, l'hôpital doit s'attacher à organiser le suivi à l'issue d'une consultation aux urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation³ (consultation auprès du médecin traitant, consultation spécialisée, contact téléphonique, deuxième consultation aux urgences, bilan en hôpital de jour)

10- Conclusion

Comme le montre cet argumentaire, peu d'études se sont intéressées aux consultations spontanées diurnes ne débouchant pas sur une hospitalisation. Elles se sont plutôt centrées sur les consultations non urgentes (avec la variabilité qu'il existe dans leur définition) ou sur les consultations spontanées en général sans faire la différence entre celles ayant eu lieu de jour ou de nuit et celles ayant entraîné une hospitalisation ou pas.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*, 12 juillet 2000, N°72

² A.BELLOU, J.-D. de KORWIN, J. BOUGET et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecin interne*, 2003, 24, p. 602-612

³ A BRIERE-SAVARD, R. CARBAJAL, N. SIMON et al. Modalités et qualité du suivi des enfants venus consulter aux urgences. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 144

La population consultant aux urgences regroupant les critères suivants : CCMU 1 & 2 + ne pas être adressé par un médecin + ne pas arriver par la police ou les pompiers + ne pas être admis en hospitalisation après passage aux urgences, représente 30% des admissions¹. Mais la part de la pathologie non traumatique dans cette population ne représente que 5.6% des consultations non urgentes aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux (6.7% sur l'ensemble des horaires). Quelles sont les motivations qui ont fait choisir l'hôpital plutôt que la ville comme lieu de consultation à ces patients? Sont-elles les mêmes que les patients viennent pour raison chirurgicale ou médicale ? C'est ce à quoi va tâcher de répondre cette thèse.

Caractériser la population venant de jour, de façon spontanée aux urgences sans hospitalisation à l'issue de la consultation nécessite de faire une étude ne portant que sur ces patients afin de ne pas mélanger cette population avec celle venant de nuit ou nécessitant une hospitalisation. La nuit, l'accès à une consultation est plus difficile car les cabinets libéraux sont fermés et les visites à domicile majorées. Le recours aux urgences n'est donc pas toujours un choix mais plutôt un choix par défaut. Quant aux consultations entraînant une hospitalisation, elles sont justifiées et ne rentrent donc pas dans le cadre de cette thèse.

Cette enquête va s'attacher à caractériser la population consultant de façon spontanée aux urgences de Nanterre.

¹ Ph. LESTAVEL, F. DUFFOZEZ, N. SAMITI et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? Réan Urg, 1999, 8, p. 142

III- L'HÔPITAL DE NANTERRE

1- Histoire

L'hôpital Max Fourestier n'est pas, de part son histoire, un hôpital classique. Il fait partie du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (C.A.S.H.) de Nanterre qui se compose de l'hôpital, d'une maison de retraite, d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale pour les personnes sans domicile fixe et d'un centre d'hébergement et d'accueil pour les personnes sans abri.

La maison de Nanterre a été créée en 1887. Elle regroupait alors trois fonctions différentes :

- celle de prison pour des personnes condamnées pour vagabondage et mendicité
- celle d'abri pour les mendiants libérés mais n'étant pas capables de gagner leur vie
- celle d'hospice pour les vieillards ou infirmes sans ressources.

Etant donné l'état sanitaire de ces populations, la nécessité d'une infirmerie s'impose rapidement. Cette infirmerie sera à l'origine de l'hôpital.

En 1902, le quartier cellulaire est fermé et la maison de Nanterre perd son caractère répressif pour ne garder que sa fonction sociale vis à vis des sans abris. En l'absence d'établissement hospitalier dans la région, l'infirmerie de la maison de Nanterre est amenée accueillir des gens de l'extérieur.

En 1929, le conseil général de la Seine décide d'en faire un véritable hôpital doté de 400 lits.

En 1967, la Maison de Nanterre devient un service de la préfecture de police et en 1970 ses biens, obligations et droits sont transférés à la ville de Paris.

En 1976, l'ancien « service sanitaire de la maison de Nanterre » devient l'hôpital de la maison de Nanterre.

Enfin, le 13 janvier 1989, la Maison de Nanterre se voit accorder le statut d'établissement public : le CASH de Nanterre

Le CASH recueille de nombreuses personnes dans la précarité. Certaines ne cherchent qu'un hébergement pour une nuit mais d'autres sont dans une démarche de réinsertion et peuvent vivre au CASH pendant quelques mois voire des années. Ces résidents et ceux de la maison de retraite sont à l'origine pour le service d'urgences d'une demande de soins non programmés à l'intérieur même de l'hôpital.

2- Le CASH de Nanterre

a- L'hôpital

• Les services

- 1 service d'accueil des urgences
- 4 services de médecine ayant chacun une orientation
 - diabétologie, neurologie
 - hépato-gastro-entérologie
 - rhumatologie, gériatrie, médecine interne
 - pneumologie
 - cardiologie avec une unité de soins intensifs
- 2 services de chirurgie (la chirurgie digestive étant faite à l'hôpital Louis Mourier de Colombes)
 - orthopédie
 - urologie
- 1 service de réanimation
- 1 service d'ophtalmologie
- 1 service d'oto-rhino-laryngologie
- 1 service d'odontologie (consultations uniquement)
- 1 service de gynécologie et obstétrique comportant des urgences, une maternité, un service d'hospitalisation
- 1 service de radiologie (équipé d'un scanner)
- 1 unité de psychiatrie (consultations uniquement)
- 1 service de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle
- 1 chambre carcérale

• La garde

En garde tous les jours :

- 1 interne de médecine générale (FFI)
- 1 urgentiste chirurgical
- 1 médecin senior (médecin du service des urgences ou praticien attaché vacataire extérieur au service dont quelques médecins généralistes de ville)
- 1 réanimateur
- 1 psychiatre
- 1 gynécologue accoucheur
- 1 anesthésiste

En astreinte opérationnelle :

- 1 radiologue
- 1 ORL
- 1 ophtalmologue
- 1 endoscopiste digestif
- 1 chirurgien orthopédiste

La garde chirurgicale est organisée en collaboration avec l'hôpital Louis Mourier de Colombes : chirurgie viscérale à l'hôpital Louis Mourier, chirurgie orthopédique, urologie, ORL et ophtalmologique à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre.

• **Le service d'accueil des urgences médico-chirurgicales**

Il se compose de 4 unités fonctionnelles :

- accueil des urgences médicales
- accueil des urgences chirurgicales
- urgences déchoquage
- unité d'hospitalisation médico-carcérale

Fonctionnement :

- tous les jours de 8h30 à 18h30 avec au minimum 1 urgentiste chirurgical, 2 médecins et 2 ou 3 internes
- les week-ends, jours fériés et la nuit : 1 senior de chirurgie, 1 senior de médecine, 1 interne

L'informatisation : L'informatisation du dossier patient avec le logiciel URQAL est active depuis janvier 2005.

Le rapport d'activité de 2007 du service des urgences de Nanterre ¹:

Le nombre de passages dans le service a été de 21 604 passages en 2007. Sur ces 21 604 passages 480 ont nécessité une prise en charge en salle de déchoquage soit 2.2 %. Le taux d'hospitalisation est de 13%.

Le taux de GEMSA 2 (patient non convoqué sortant après consultations ou soins), soit la population ciblée par cette étude, est de 65.6% aux urgences de Nanterre.

Quant à la classification CCMU, le taux de CCMU 1 (état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostic et thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences) est de 6.5% et celui de CCMU 2 (état

¹ L. EL GHOZI. Rapport d'activité du service d'accueil des urgences de l'hôpital Max Fourestier, 2007

lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences) est de 78.1%.

Consultations aux urgences médicochirurgicales n'ayant pas débouché sur une hospitalisation en 2007

Ventilation par unités fonctionnelles

	Chiffres bruts	pourcentages
Urgences médecine	7 567	48.4 %
Urgences chirurgie	7 792	49.8 %
Urgences déchoquage	230	1.5 %
Urgences carcérales	54	0.3 %
Total des consultants	15 643	100 %

Pourcentages GEMSA et CCMU en 2007¹

GEMSA	2007	CCMU	2007
GEMSA 1	0.1 %	CCMU 1	6.5 %
GEMSA 2	65.6 %	CCMU 2	78.1 %
GEMSA 3	7.2 %	CCMU 3	10.9 %
GEMSA 4	14.3 %	CCMU 4	3.2 %
GEMSA 5	0.2 %	CCMU 5	1.2 %
GEMSA 6	5.9 %		

¹ cf. en annexe 1 et 2 : classifications CCMU et GEMSA

b- Le centre d'accueil et de réinsertion

Sous cette dénomination sont regroupées deux structures différentes :

- le **CHAPSA** (centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri) qui assure l'urgence. Il offre un hébergement pour la nuit ou la journée. Sa capacité est d'environ 300 lits. Il propose aussi une consultation gratuite de médecine générale sans rendez-vous tous les jours ouvrés de la semaine de 9h à 17h avec délivrance gratuite de médicaments si nécessaire et soins infirmiers.
- le **centre d'accueil** qui propose des solutions à plus long terme dans le but d'une réinsertion sociale. Il est lui-même subdivisé en 3 structures :
 - **SSIAD** (service de soins infirmiers à domicile). Ce service n'est pas un service d'hospitalisation. Il permet à des personnes sans domicile fixe de bénéficier de soins infirmiers journaliers et d'un hébergement.
 - **CHRS** (centre d'hébergement et de réinsertion sociale). Il loge 120 personnes. Cette prise en charge est initialement de 6 mois, renouvelable. Le but de cet hébergement est une vraie réinsertion sociale, en dehors de l'établissement lui-même. C'est ainsi que certains de ses usagers travaillent à l'extérieur.
 - **CAH** (centre d'accueil et d'hébergement). Il comporte 850 lits. Ne sont accueillis dans cette structure, héritée de l'ancien dépôt de mendicité, que des personnes de plus de 25 ans. Il n'y a pas dans ce cadre de véritable perspective de réinsertion. Lorsque leur état de santé le permet, les usagers hébergés exercent un emploi au sein du CASH de Nanterre pour lequel ils perçoivent une rémunération. D'autres sont des retraités ou des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé.

c- La maison de retraite

Elle peut accueillir jusqu'à 441 pensionnaires. Ce sont majoritairement des anciens hébergés du centre d'accueil, donc d'anciens sans domicile fixe, qui ont atteint l'âge de la retraite. Certains continuent d'exercer une activité.

IV- OBJECTIF

Toute personne ayant un jour travaillé aux urgences n'a pu qu'être surprise par le nombre de patients venant consulter pour des motifs non urgents et n'ayant pas essayé de joindre leur médecin généraliste avant. La question se pose d'autant plus si l'on est aux horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale en ville.

Face à la croissance du recours aux urgences hospitalières, il devient de plus en plus nécessaire de gérer les flux d'amont afin de diminuer le délai de prise en charge. Ceci passe par une meilleure compréhension des motifs de recours aux urgences.

Est-ce un problème d'accessibilité de la médecine de ville ?

Le sentiment d'insécurité et de gravité est-il à l'origine de la consultation ?

La disponibilité des examens complémentaires joue-t-elle un rôle ?

Les urgences hospitalières répondent-elles à des besoins non satisfaits en ville ?

Cette étude a pour but de :

- Mieux cerner les caractéristiques sociodémographiques et la protection en matière d'assurance maladie de cette population. Tenter d'établir le portrait socio-économique des usagers des urgences de l'hôpital de Nanterre consultant spontanément en journée.
 - sexe, âge, situation familiale, enfants à charge
 - statut professionnel, niveau d'étude
 - couverture sociale : couverture médicale de base, couverture complémentaire
 - domicile : ville + département

- Rechercher un lien entre ces variables socio-démographiques et
 - Les raisons qui ont fait préférer aux patients les urgences hospitalières de Nanterre plutôt que les solutions alternatives de ville.
 - L'origine et les comportements de recours au service d'accueil des urgences
 - Les circonstances et les motifs « ressentis » du recours
 - Les démarches effectuées (recours direct, tentative de recours préalable en médecine ambulatoire...)
 - La trajectoire suivie in fine par le patient

- Comparer la population consultant spontanément aux urgences de Nanterre à celle consultant dans les mêmes circonstances dans une enquête effectuée par la Drees

V- MATERIEL ET METHODE

La **population ciblée par cette enquête** est celle des usagers ayant recours aux services des urgences de Nanterre de façon spontanée dans la tranche horaire 9h – 20h du lundi au vendredi et le samedi matin pour des problèmes somatiques et chirurgicaux n'ayant pas nécessité d'hospitalisation.

Le questionnaire de cette étude est extrait de celui d'une enquête datant de janvier 2002, effectuée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees) pour le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et pour le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

1- Enquête de la Drees¹

Il s'agit d'une enquête nationale réalisée auprès d'un échantillon de patients représentatifs des usagers des urgences pris en charge dans 150 services d'urgences.

Les services d'urgences répartis sur le territoire métropolitain ont été tirés au sort après stratification en fonction du type de service, du statut et du niveau d'activité afin d'être représentatifs de l'ensemble des services d'urgences de la métropole.

Le tirage au sort des patients au sein des services de l'échantillon s'est fait parmi l'ensemble des passages aux urgences réalisés dans ces services une semaine donnée sur le mois de naissance.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215
Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

Pour les patients tirés au sort, une fiche médicale anonyme comportant le numéro et l'heure d'arrivée est insérée dans le dossier du patient. Lorsque la décision de sortie est prise, le médecin (ou l'infirmière) qui en informe le patient, remet à celui-ci une fiche pour demander son accord pour participer à une enquête téléphonique.

Dans le même temps, une fiche médicale est complétée par le médecin pour indiquer les résultats de la consultation, le devenir du patient ainsi que son opinion sur les raisons qui lui ont fait préférer le recours aux urgences.

Les personnes ayant accepté l'enquête ont été interrogées par téléphone une quinzaine de jours après leur passage aux urgences. La réalisation de cette enquête téléphonique a nécessité de faire appel à une société d'enquête (BVA).

La Drees s'est chargée de l'exploitation informatique des fichiers et de l'analyse des résultats de l'enquête. Les résultats ont été publiés dans la revue *Etudes et Résultats*¹.

2- Enquête de la thèse

Il s'agit d'une enquête transversale portant sur 200 patients consultant aux urgences de Nanterre.

Le recueil des données est prospectif, réalisé à l'aide d'un hétéro-questionnaire comportant 32 questions à réponses fermées, extrait du questionnaire de la Drees.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215
Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

L'analyse des passages aux urgences de l'hôpital de Nanterre dans la semaine du 05 au 11 février 2007, par extraction des données du logiciel Urqual permet une estimation du nombre de passages hebdomadaires pour l'échantillon.

Nombre de passage dans cette semaine : 450

Le nombre de passage dans la semaine combinant une arrivée entre 9h et 20h et l'absence d'hospitalisation a été de 244

Le pourcentage de consultations spontanées dans les études étant de 70%, on considère pouvoir inclure 170 personnes en 7 jours

Le nombre de dossiers visés inclus dans l'enquête est de 200. Etant donné que le nombre quotidien moyen d'admissions correspondant à l'échantillon visé est de 24.3, il faudra donc 9 jours d'enquête afin de collecter le nombre de dossiers souhaités.

Pour évaluer au mieux les situations de recours au Service d'accueil des Urgences, tous les jours ouvrés de la semaine seront étudiés au moins une fois (du lundi au vendredi et le samedi matin).

L'enquête se déroulera dans le Service d'Accueil et d'Urgences du CASH (Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers) de Nanterre.

La population ciblée est celle des usagers consultant spontanément aux urgences du CASH de Nanterre entre 9h et 20h du lundi au vendredi et le samedi matin, pour motif somatique non traumatique, chirurgical ou psychiatrique, avec décision de retour à domicile à l'issue de la consultation.

Sont donc exclus de cette enquête :

- Les patients hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences
- Les patients adressés par un médecin, le SAMU, la maison de retraite ou tout autre lieu d'hébergement (les patients ayant décidé par eux-mêmes d'appeler une ambulance ou les pompiers pour aller aux urgences pourront être inclus)
- Les patients ne retournant pas à leur domicile à l'issue de leur passage aux urgences
- Les patients admis en dehors des horaires de l'enquête

Une note d'information sur l'existence de l'enquête sera affichée en salle d'attente. Les médecins et les IAO du service seront informés du déroulement de l'étude.

Pour les patients répondant aux critères d'inclusion dans l'étude, une fois la décision de sortie prise, le médecin demandera au patient son accord pour participer à l'enquête. Le patient acceptant l'enquête sera alors interrogé. Pour assurer une homogénéité au recueil de données, tous les questionnaires seront remplis par le même interrogateur.

A la fin de la collecte des données, l'exploitation informatique des fichiers et l'analyse des résultats de l'enquête se fera avec le logiciel épi-info.

3- Analyse statistique

Il est prévu dans un premier temps de réaliser une analyse descriptive des variables. Dans la discussion, une comparaison sera faite entre d'un côté les patients venant consulter pour motifs chirurgicaux et de l'autre ceux venant consulter pour motifs médicaux. Puis la population de l'étude sera comparée à celle consultant dans les mêmes circonstances dans

l'étude de la Drees. Enfin, nous nous intéresserons au lien entre connaissance du service d'urgence et connaissance des possibilités de prise en charge en ville.

Ces comparaisons feront appel à des tests du χ^2 pour les variables qualitatives et à des comparaisons de moyennes (test de student) pour les variables quantitatives. Si les conditions des ces tests ne sont pas réunies (faibles effectifs ou distribution ne suivant pas une loi normale) on aura recours aux tests non paramétriques.

Ces tests seront réalisés avec un risque alpha de 5% et une puissance de 80%.

Le seuil de significativité sera fixé à 0.05.

VI- RESULTATS

Le recueil des données s'est fait les :

- 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29 septembre 2007
- 8 octobre 2007
- 9 décembre 2007

Soit 2 lundis, 2 mardis, 2 jeudis, 2 vendredis, 1 mercredi et 1 samedi matin.

1- Nombre de dossiers recueillis

Durant cette période, 182 personnes ont été incluses dans l'étude dont

- 1 qui n'a plus voulu répondre à partir de la question 6
- 1 qui n'a plus voulu répondre à partir de la question 20
- 1 qui n'a plus voulu répondre à partir de la question 27

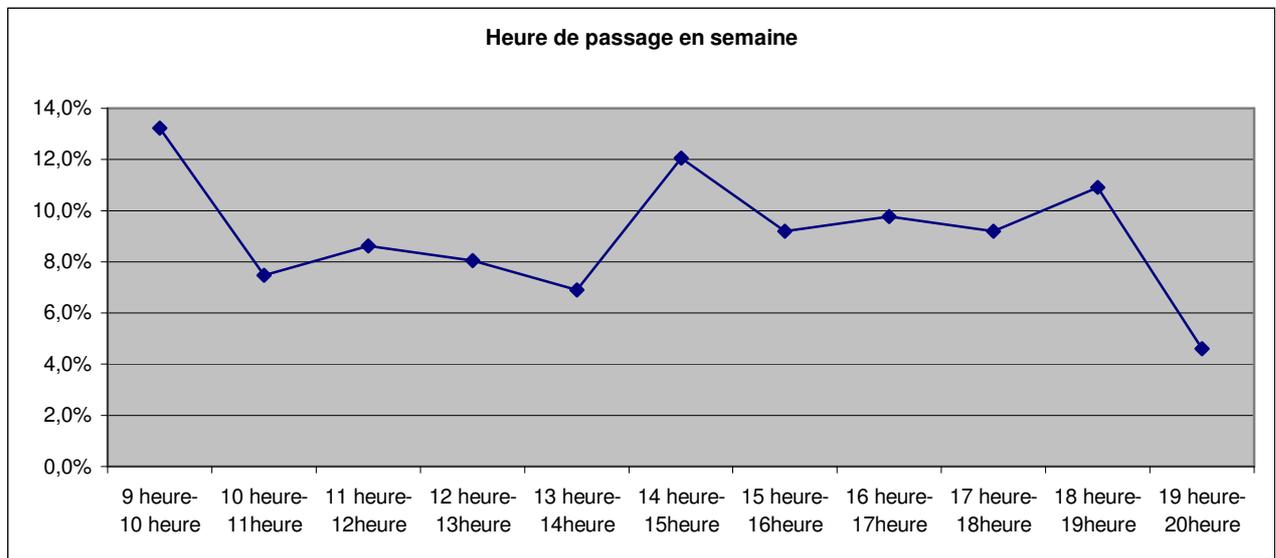
Leurs dossiers ont tout de même été inclus à l'analyse pour les questions auxquelles ils ont répondu.

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Jeudi 20 septembre 2007	31	17%
Vendredi 21 septembre 2007	15	8.2%
Lundi 24 septembre 2007	22	12.1%
Mardi 25 septembre 2007	19	10.4%
Mercredi 26 septembre 2007	17	9.3%
Jeudi 27 septembre 2007	17	9.3%
Vendredi 28 septembre 2007	15	8.2%
Samedi 29 septembre 2007 matin	8	4.4%
Lundi 08 octobre 2007	20	11%
Mardi 09 octobre 2007	18	9.9
Total	182	100%

Soit :

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Lundi	42	23.1%
Mardi	37	20.3%
Mercredi	17	9.3%
Jeudi	48	26.4%
Vendredi	30	16.5%
Samedi matin	8	4.4%
Total	182	100%

En ramenant au nombre de passages horaires et en retirant le samedi matin afin de pouvoir comparer toutes les journées entières de recueil, on arrive à ce graphique.



On retrouve un pic de passage vers 9h, une accalmie en fin de matinée et pendant l'heure du déjeuner puis un nouveau pic vers 14h. L'après midi le flux se maintient avant de diminuer à partir de 19h.

Cette répartition de la fréquentation des urgences par les patients venant consulter spontanément pour des consultations non urgentes suit celle de l'ensemble des consultations aux urgences¹. Comme dit précédemment dans l'argumentaire les heures d'arrivée ne diffèrent pas entre les consultations urgentes et non urgentes.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212

2- CCMU¹

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
CCMU 1	47	25.8 %
CCMU 2	135	74.2 %
Total	182	100.0 %

La classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU). Elle est stratifiée en 5 niveaux et s'articule autour de la notion de pronostic vital, déterminé a priori, et des actes réalisés.

Le niveau 1 concerne les patients ayant un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Le niveau 2 réunit les patients ayant un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Dans l'étude, pour une personne sur quatre venant consulter spontanément aux urgences, une consultation médicale simple suffira. Dans trois cas sur quatre, par contre, un examen complémentaire et/ou thérapeutique sera prescrit par le médecin.

Le nombre de patients repartant sans aucun examen complémentaire est plus important dans cette population (25.8%) que dans population générale consultant aux urgences de Nanterre (14.7%). Ceci est logique compte tenu du fait que les critères d'inclusion de l'étude stipulent que le patient est retourné à son domicile à l'issue de la consultation. On est donc dans le cas de consultations non urgentes et peu graves.

¹ Cf. annexe 1 : classification CCMU

3- GEMSA¹

100 % des patients sont GEMSA 2 de par les critères d'inclusion de l'étude.

Pour rappel, 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. Elle distingue 6 types de passages, dont la nature est déterminée a posteriori. Les critères de classement sont : le mode d'entrée (et de sortie) du patient et la programmation (ou non) de la prise en charge. La classification GEMSA retrace l'organisation de la prise en charge.

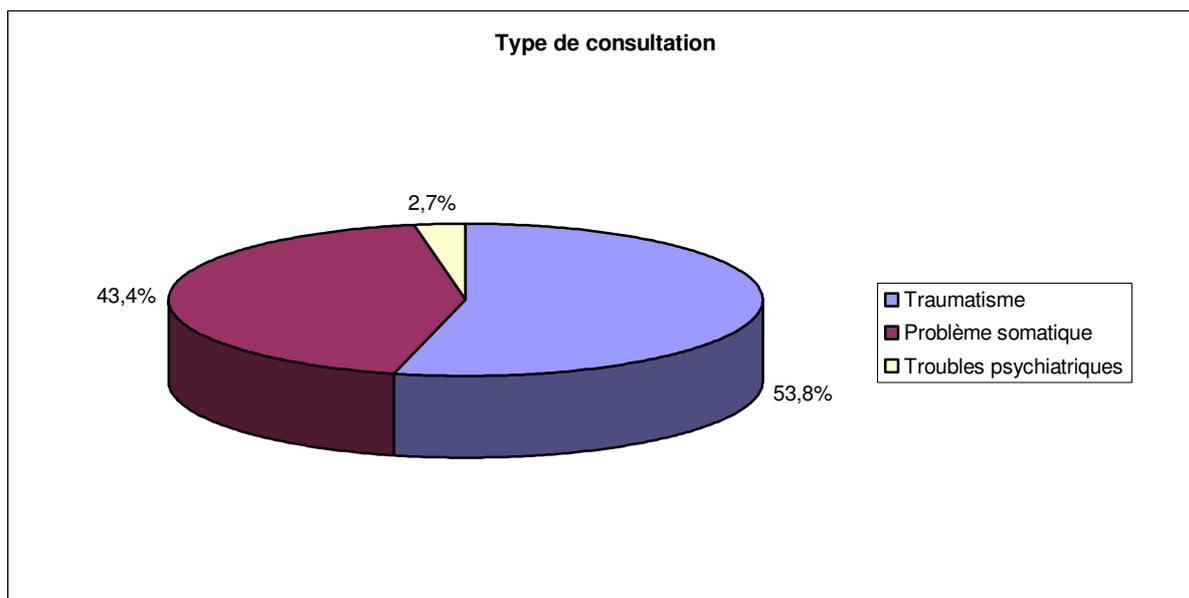
Le stade 2 de la classification GEMSA réunit les patients non convoqués sortant après consultation ou soins, soit la population visée dans cette étude.

4- Type de consultation

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Traumatisme	98	53.8 %
Problème somatique	79	43.4 %
Troubles psychiatriques	5	2.7 %
Total	182	100 %

Dans les consultations spontanées ne débouchant pas sur une hospitalisation, les consultations chirurgicales sont les plus fréquentes, suivies des consultations médicales. Les consultations psychiatriques sont par contre peu fréquentes malgré l'existence d'un psychiatre de garde se déplaçant aux urgences en cas de besoin. Il faut aussi noter que 3 patients venant pour motif psychiatrique ont refusé de répondre au questionnaire, 3 autres sont sortis des urgences avant d'avoir pu être interrogés.

¹ Cf. annexe 2 : classification GEMSA



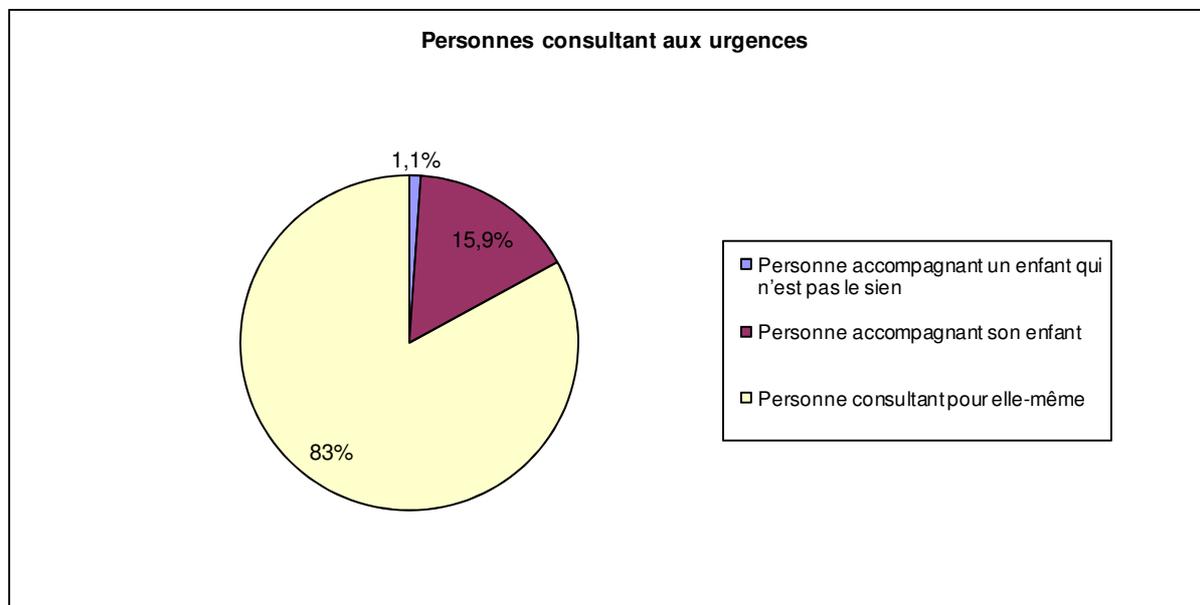
5- Personnes consultant aux urgences

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
Personne accompagnant un enfant qui n'est pas le sien	2	1.1 %	1.1 %
Personne accompagnant son enfant	29	15.9 %	17 %
Personne consultant pour elle-même	151	83 %	100 %
Total	182	100 %	

Les consultations d'enfants représentent 17% de la population incluse, l'enfant étant ici défini comme un mineur de 15 ans ou moins. Ce sont dans la majorité des cas des consultations chirurgicales (78.8%). En effet, l'hôpital Max Fourestier de Nanterre a développé un partenariat avec l'hôpital Louis Mourier de Colombes et permettant que ces 2 hôpitaux, distants d'un kilomètre, présentent des plateaux techniques complémentaires.

L'hôpital de Colombes possède ainsi un service d'urgences pédiatriques et un service de chirurgie digestive. De son côté, l'hôpital de Nanterre assure les urgences orthopédiques des deux hôpitaux. Il arrive donc fréquemment qu'un enfant soit adressé de l'hôpital de Colombes à celui de Nanterre pour prise en charge d'une urgence orthopédique. Dans la mesure où ces

enfants avaient consulté de façon spontanée aux urgences de Colombes, ils ont été inclus dans l'étude.



6- Problème de santé ayant amené à consulter

Question 1 : Pour quelle sorte de problème de santé êtes vous allé aux urgences ?

(plusieurs réponses possibles)

(pourcentages calculés par rapport aux 182 personnes ayant répondu à la question)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Accident	92	50.5%
Violences- agression	5	2.7%
Malaise	4	2.2%
Douleur	137	75.3%
Gêne	23	12.6%
Angoisse	36	19.8%
Fièvre	4	2.2%
Diarrhées- vomissements	6	3.3%
Saignements	11	6%
Sang dans les selles ou les urines	1	0.5%
Total	319	

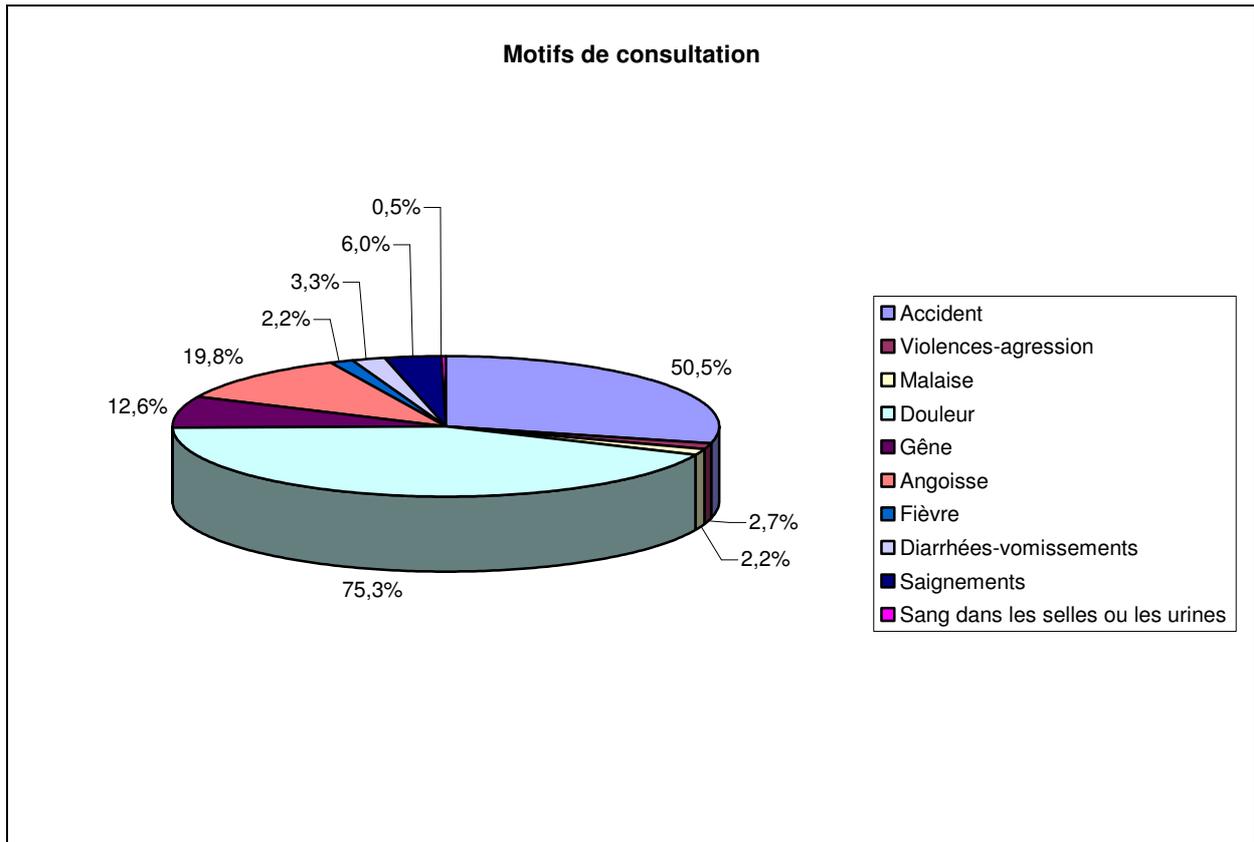
Le type de problème arrivant nettement en tête est la douleur. Elle est présente dans 3 consultations sur 4 et est associée à un accident dans 52% des cas. Le deuxième type de problème fréquemment cité est l'accident, à l'origine d'une consultation sur deux.

Viennent ensuite de façon moins fréquente l'angoisse (19.8%), la gêne (12.6%), des saignements (6%), des diarrhées ou vomissements (3.3%), une agression ou des violences (2.7%), un malaise (2.2%), la fièvre (2.2%), enfin, du sang dans les selles ou les urines (0.5%).

Suivant le type de consultation (médical ou chirurgical), les types de problèmes les plus fréquemment évoqués ne sont pas les mêmes.

Ainsi, dans les consultations médicales arrive en premier lieu la douleur (69.6%) devant la gêne (25.3%) et l'angoisse (21.5%). Viennent ensuite par ordre de fréquence les accidents, les diarrhées et vomissements, la fièvre, un malaise, des saignements. Aucune consultation médicale n'a été motivée par des violences ou une agression.

Dans le cas des consultations chirurgicales par contre, les deux types de problèmes les plus cités sont bien sûr l'accident (87.7%) et la douleur (82.6%) voire les deux (71.4%), suivis de l'angoisse (16.3%), des saignements (10.2%), des violences ou d'une agression (5.1%), d'une gêne (1%). Les autres types de problèmes ne sont pas évoqués.



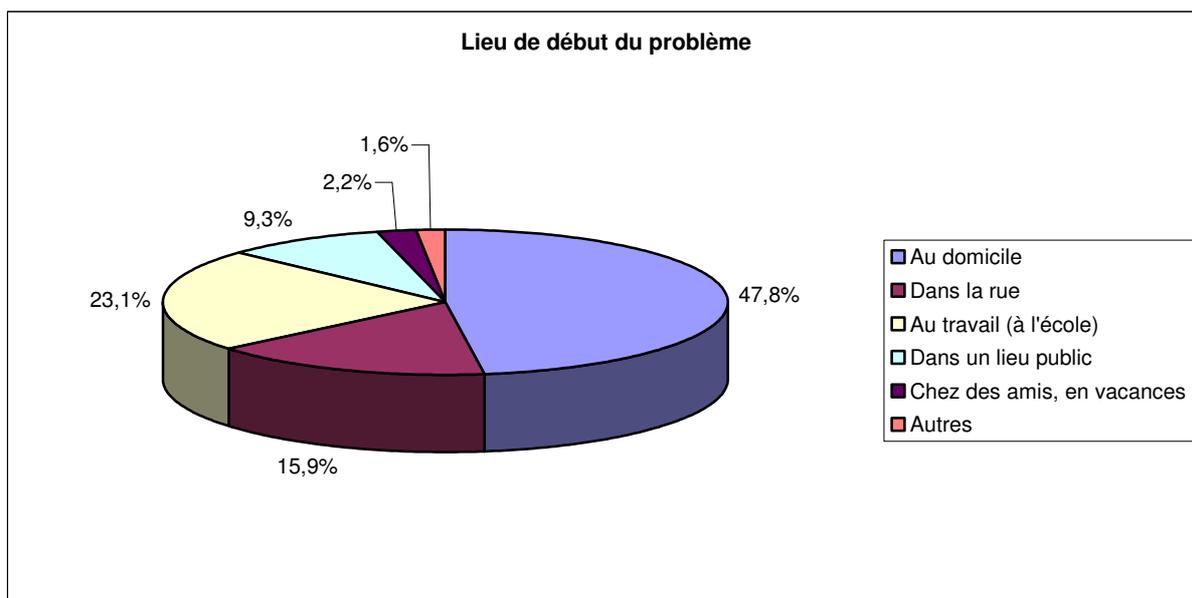
7- Lieu de début du problème

Question 2 : Où étiez-vous (où était votre enfant) quand le problème (ou celui de votre enfant) a commencé ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Au domicile	87	47.8%
Dans la rue	29	15.9%
Au travail (à l'école)	42	23.1%
Dans un lieu public	17	9.3%
Chez des amis, en vacances	4	2.2%
Autres	3	1.6%
Total	182	100%

Dans pratiquement 1 cas sur 2 le problème qui a amené le patient aux urgences a démarré à son domicile. Ce chiffre atteint même 73.4% dans les consultations médicales. Par contre, il tombe à seulement 26.5% dans les consultations chirurgicales. La plupart des

traumatismes à l'origine des consultations chirurgicales arrivent en effet hors du domicile : dans la rue (23.4%), au travail ou à l'école (31.6%), dans un lieu public (16.3%) soit au total dans 71.3% des cas.



8- Médecin habituel

Question 3 : Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) un médecin traitant habituel, c'est un dire un médecin qui connaît tous vos (ses) problèmes de santé, qui détient votre (son) dossier médical et que vous consultez le plus souvent pour un nouveau problème de santé ?

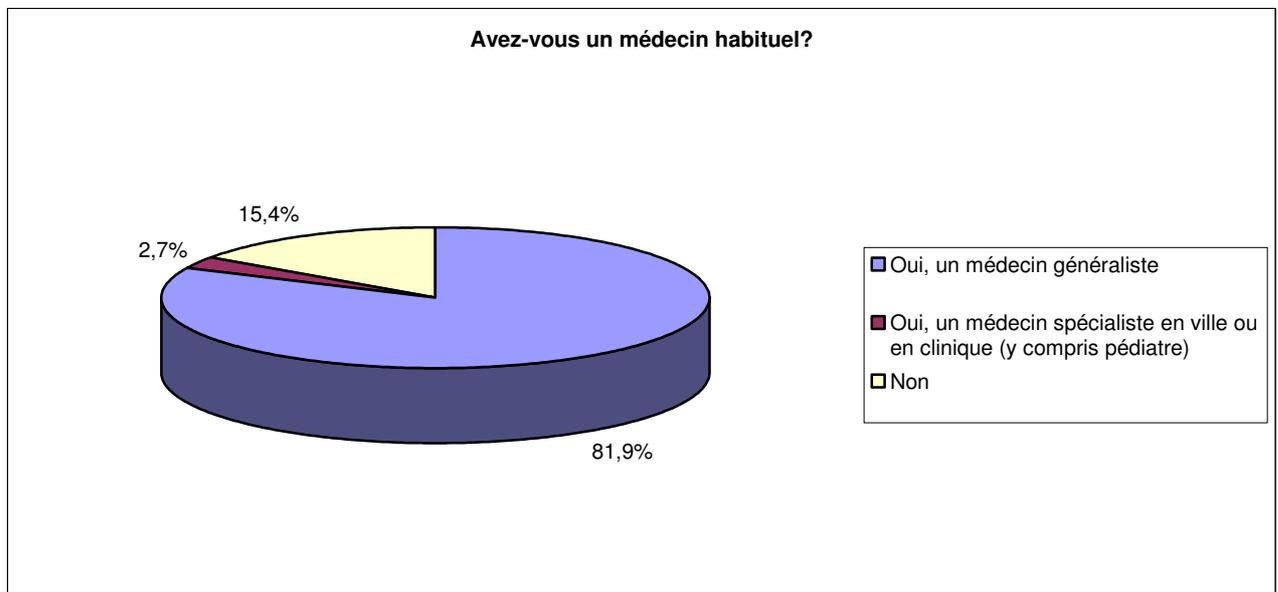
	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	154	84.6%
Non	28	15.4%
Total	182	100%

Ce taux est comparable à celui retrouvé dans l'étude de la Drees (87%)

Question 4 : Si oui, s'agit-il...

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
D'un médecin généraliste	149	96.8%
D'un médecin spécialiste en ville ou en clinique (y compris pédiatre)	5	3.2%
D'un médecin à l'hôpital	0	0%
Total	154	100%

L'essentiel des médecins traitants sont des médecins généralistes.

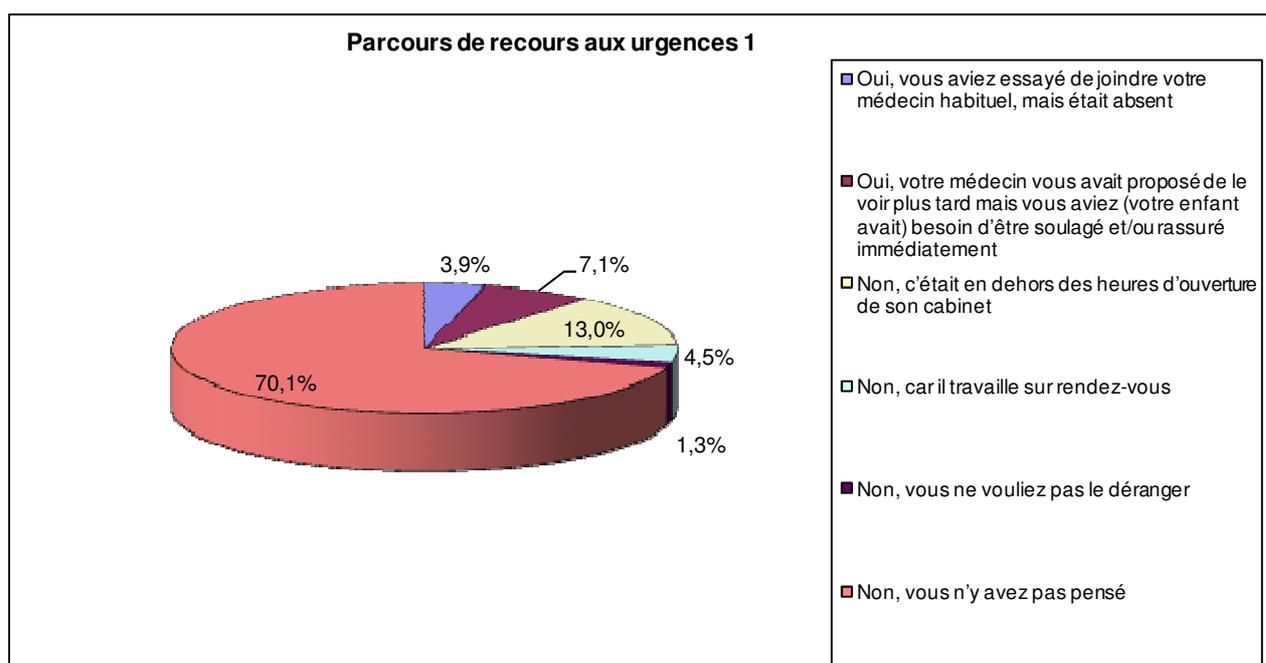


9- Parcours de recours aux urgences

Question 5 : Avez-vous essayé de joindre votre médecin habituel pour ce problème ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentages cumulés</i>
Oui , vous aviez essayé de joindre votre médecin habituel, mais était absent	6	3.9%	3.9%
Oui , votre médecin vous avait proposé de le voir plus tard mais vous aviez (votre enfant avait) besoin d'être soulagé et/ou rassuré immédiatement	11	7.1%	11%
Non , c'était en dehors des heures d'ouverture de son cabinet	20	13%	24%
Non , car il travaille sur rendez-vous	7	4.5%	28.6%
Non , vous ne vouliez pas le déranger	2	1.3%	29.9%
Non , vous n'y avez pas pensé	108	70.1%	100%
Total	154	100%	

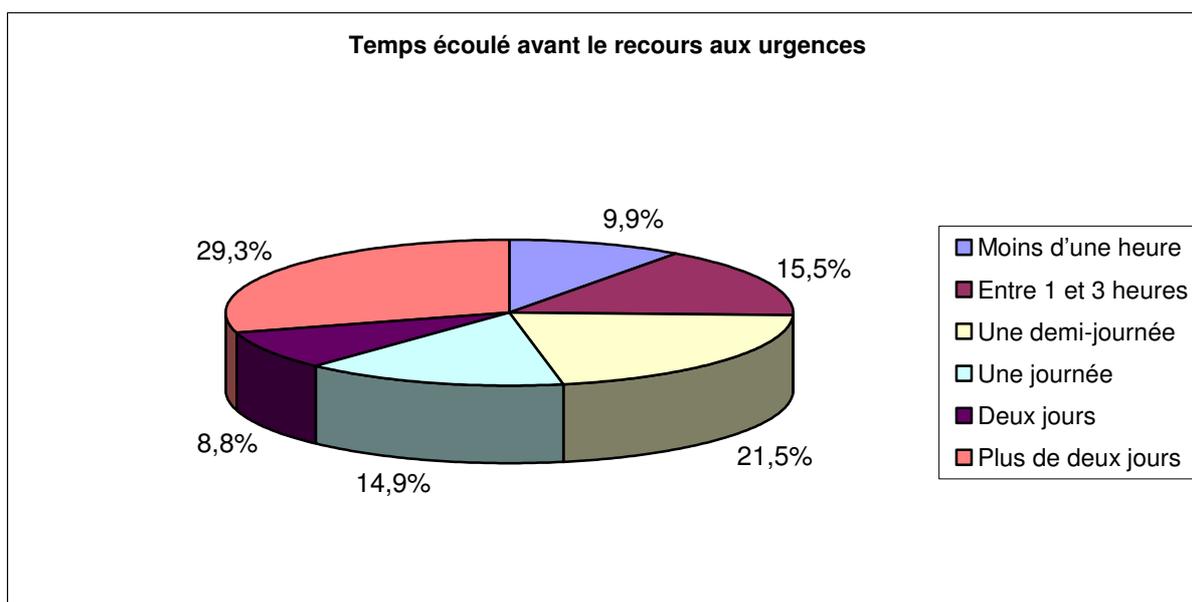
Seuls 11% des patients ont essayé de joindre leur médecin traitant avant de prendre la décision de venir consulter aux urgences.



Question 6 : Combien de temps s'est-il écoulé entre le début de votre problème (ou celui de votre enfant) et la décision de vous rendre aux urgences ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins d'une heure	18	9.9%
Entre 1 et 3 heures	28	15.5%
Une demi-journée	39	21.5%
Une journée	27	14.9%
Deux jours	16	8.8%
Plus de deux jours	53	29.3%
Total	181	100%

Pour une consultation spontanée sur deux le début du problème remonte à 24h ou plus, voir à plus de 48h dans une consultation sur trois. Quand des délais aussi longs rentrent en jeu, la question d'un recours médical alternatif aux urgences prend tout son sens. En effet, la médecine de ville n'offre pas forcément la possibilité d'une consultation dans la demi-journée suivant l'appel du patient. Mais plus les délais s'allongent plus cela devient réalisable.



Question 7 : Avez-vous fait des démarches le ou les jours précédant votre venue aux urgences pour régler ce problème ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	104	57.5%
Non	77	42.5%
Total	181	100%

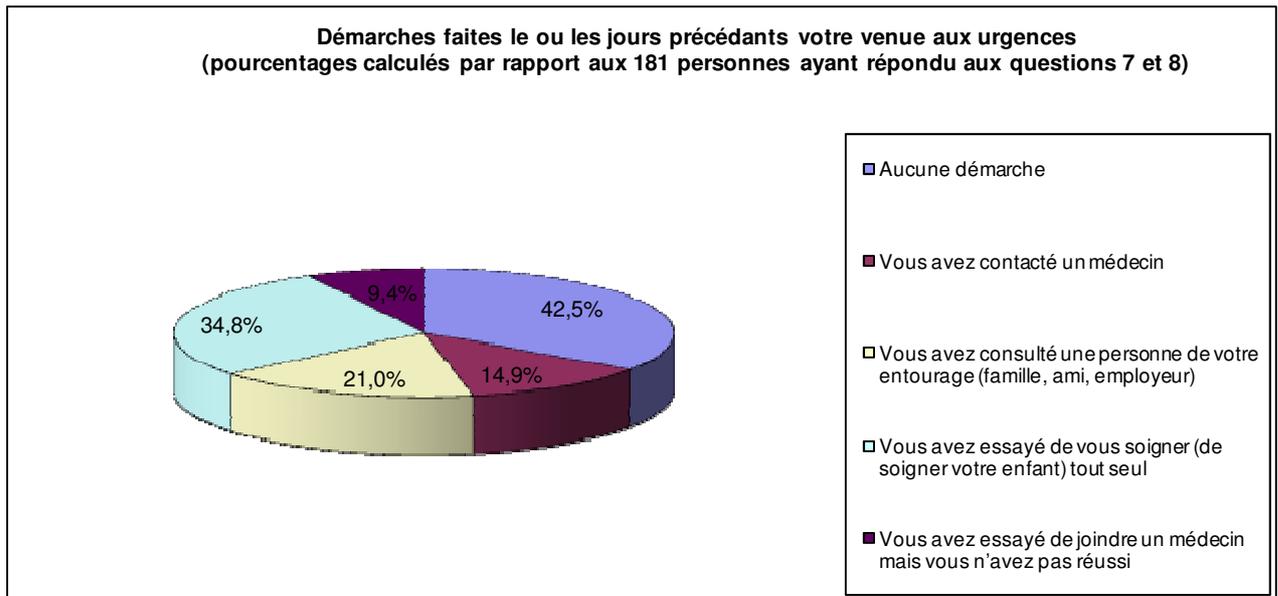
Question 8 : Quel type de démarches avez-vous faites ? (plusieurs réponses possibles)

(pourcentages calculés par rapport aux 104 personnes ayant répondu oui à la question précédente)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Vous avez contacté un médecin	27	25%
Vous avez consulté une personne de votre entourage (famille, ami, employeur)	38	36.5%
Vous avez essayé de vous soigner (de soigner votre enfant) tout seul	63	60.6%
Vous avez essayé de joindre un médecin mais vous n'avez pas réussi	17	16.3%
Total	144	

42.5% des gens ne font aucune démarche avant de venir aux urgences. Cela est essentiellement lié au temps qu'il existe entre le début du problème et la décision de se rendre aux urgences. Plus ce délai est court moins les patients font de démarches.

Parmi les patients, ayant effectué des démarches (57.5%), un patient sur deux a tenté de se soigner seul ou avec l'aide de son entourage et seulement un sur quatre a tenté de joindre un médecin avec ou sans succès. Ceci paraît peu compte tenu du fait que les patients vont considérer ce problème suffisamment important pour se rendre aux urgences.



Question 9 : Quelle solution ce médecin vous a-t-il proposée ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Il m'a rassuré et m'a conseillé d'attendre	0	0%
Un conseil téléphonique	1	3.7%
Une consultation chez lui	25	92.6%
Une visite à domicile	1	3.7%
Une orientation vers un médecin de garde ou SOS médecin	0	0%
Une orientation vers un autre médecin	0	0%
Une orientation vers les urgences de l'hôpital ou de la clinique	0	0%
Ne sais pas	0	0%
Total	27	100%

Lorsque le médecin généraliste a pu être contacté il a quasi systématiquement proposé une consultation au patient, montrant par là une certaine disponibilité de la médecine de ville face à la demande de consultation urgente du patient. Cependant l'étude ne nous dit pas dans quel délai cette consultation était proposée.

Question 10 : Avez-vous suivi son conseil ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	20	74.1%
Non	7	25.9%
Total	27	100%

Question 11 : Qu'avez-vous fait à ce moment-là ? (une seule réponse possible)

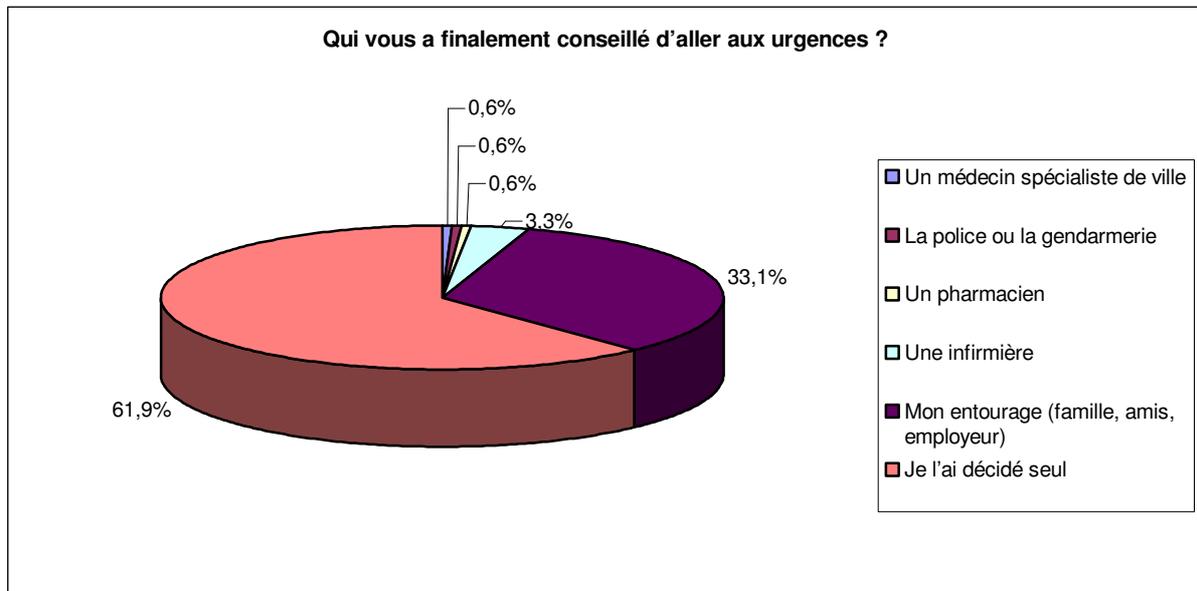
	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
J'ai contacté un médecin de garde ou SOS médecin	0	0%
J'ai contacté un autre médecin	0	0%
J'ai appelé le SAMU ou les pompiers	0	0%
J'ai préféré attendre	0	0%
Je suis allé aux urgences	7	100%
Autres	0	0%
Ne sais pas	0	0%
Total	7	100%

De part les critères d'inclusion, 100% des patients ont finalement décidé de se rendre aux urgences.

Question 12 : Qui vous a finalement conseillé d'aller aux urgences ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Un médecin de garde, SOS médecin	0	0%
Un autre médecin généraliste	0	0%
Un médecin spécialiste de ville	1	0,6%
Un médecin hospitalier	0	0%
Le SAMU/centre 15	0	0%
Les pompiers	0	0%
La police ou la gendarmerie	1	0,6%
Un pharmacien	1	0,6%
Une infirmière	6	3,3%
Mon entourage (famille, amis, employeur)	60	33,1%
Je l'ai décidé seul	112	61,9%
Ne sais pas	0	0%
Total	181	100%

La quasi-totalité des décisions (95%) ont été prises par le patient seul ou avec l'aide de son entourage. Ce qui est normal compte tenu des critères d'inclusion de l'étude.



10- Raisons de recours aux urgences

Question 13 : Tout compte fait, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

(pourcentages calculés par rapport aux 181 personnes ayant répondu à la question)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Parce que c'était un médecin qui me l'avait conseillé	0	0%
Vous ne connaissiez pas de médecin à qui vous adresser	17	9,4%
L'hôpital (ou la clinique) est l'endroit le plus proche de chez vous pour vous faire soigner (soigner votre enfant)	90	49,7%
Votre médecin était absent et vous ne vouliez consulter ni son remplaçant ni un médecin de garde (ou SOS médecins)	5	2,8%
Vous pensiez que c'était grave et qu'il faudrait peut-être vous hospitaliser (hospitaliser votre enfant)	48	26,5%
Vous pensiez qu'il y aurait peut-être besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisés	116	64,1%
Vous pensiez qu'il faudrait faire des examens	134	74%
Vous aviez consulté et vous (votre enfant) suiviez déjà un traitement, mais vous (votre enfant) n'alliez pas mieux	34	18,8%
Vous (votre enfant) aviez déjà eu un problème précédemment et le médecin que vous aviez vu vous avait dit « la prochaine fois, consultez plus vite, n'attendez pas »	16	8,8%
Vous (votre enfant) souhaitiez être pris en charge par un autre service de l'hôpital ou de la clinique, mais celui-ci ne pouvait pas vous (le) prendre rapidement	6	3,3%
Vous saviez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent	18	9,9%
Vous aviez besoin d'une attestation médicale pour porter plainte ou pour un dossier d'assurance	8	4,4%
Vous aviez besoin pour des raisons personnelles (pour votre travail ou vos enfants) que ce problème soit réglé rapidement	158	87,3%
Total	651	

Arrivent donc dans l'ordre :

- la disponibilité des soins (87.3%)
- l'accès au plateau technique (74%)
- la nécessité d'un avis spécialisé (64%)
- la proximité (49.7%)
- le sentiment de gravité (26,5%)
- l'existence d'un traitement n'entraînant pas d'amélioration (18.8%)
- la gratuité des soins (9.9%)
- la non connaissance d'un médecin en ville (9.4%)
- l'antécédent d'un problème identique (8.8%)
- la nécessité d'un document administratif (4.4%)
- l'accès à un autre service (3.3%)
- l'absence du médecin traitant (2.8%)

Le fait que la disponibilité des soins soit le premier item cité par les patients n'est pas retrouvé dans l'étude menée par la Drees où ce motif n'arrive qu'en quatrième position avec 38%. Dans les autres études, ce motif n'est jamais cité aussi fréquemment. Au maximum 44% dans une étude portant sur les usagers abusifs des urgences. Cette discordance peut être liée à une différence de population. Elle peut aussi provenir d'un biais lié à l'interrogateur.

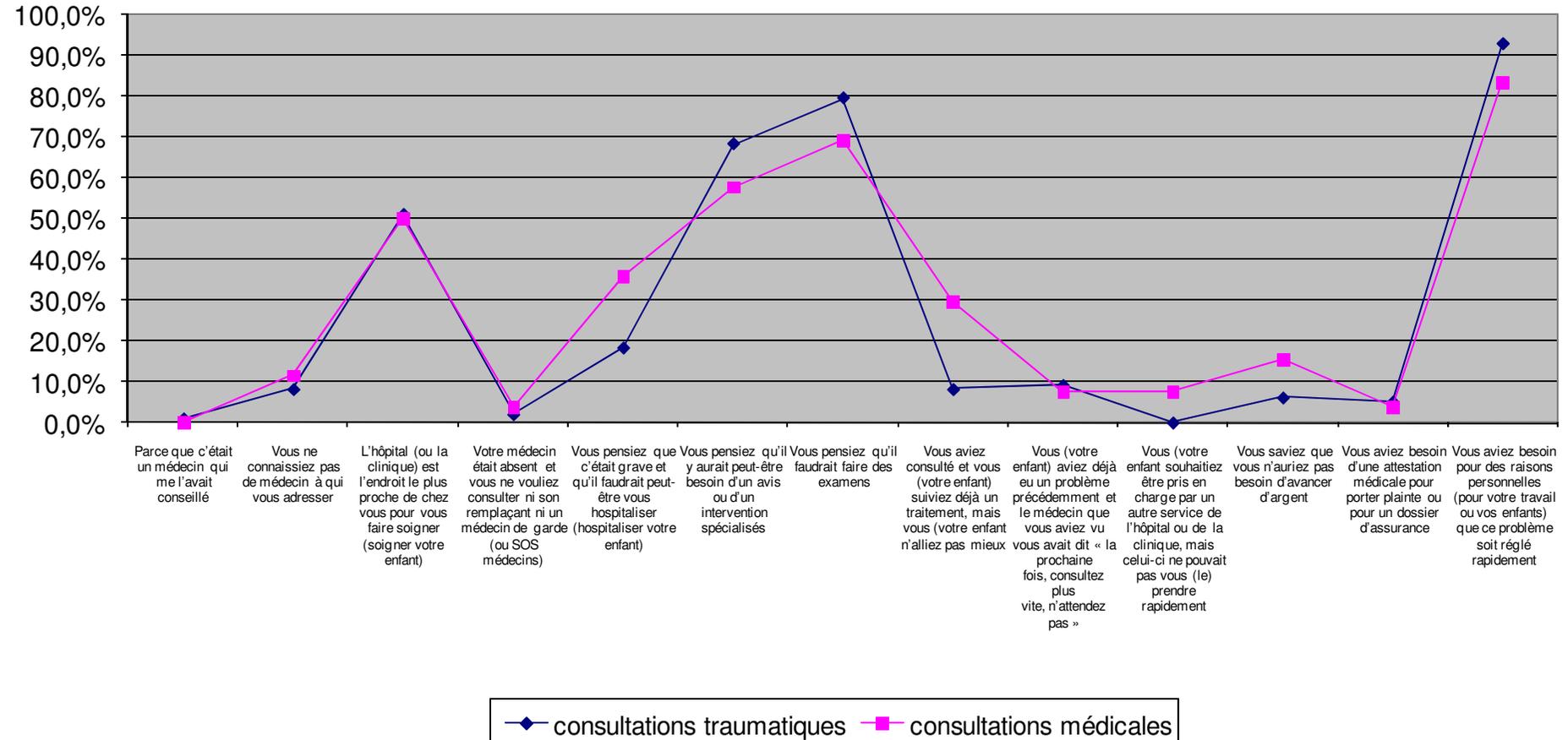
L'accès au plateau technique et la nécessité d'un avis spécialisé sont aussi plus fréquemment cités que dans l'enquête de la Drees. Le sentiment de gravité y est par contre moins mis en avant.

On est donc face à une population qui se sentant plus en sécurité que dans l'étude nationale faite par la Drees vient consulter pour des problèmes pratiques tels que la disponibilité des soins, l'accès au plateau technique et à un avis spécialisé.

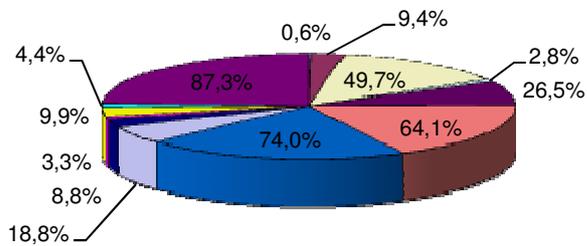
Il est aussi important de noter que l'absence du médecin traitant n'est que très peu évoquée ce qui correspond bien aux réponses données dans les questions précédentes. Le patient a pris la décision seul ou avec son entourage de se rendre aux urgences sans essayer de contacter son médecin traitant.

Le fait de ne pas avoir à avancer l'argent de la consultation est peu cité. Ceci concorde avec les autres études qui montrent bien, elles aussi, que la gratuité immédiate des soins pousse rarement les patients à préférer des soins hospitaliers à des soins ambulatoires.

Raisons du recours aux urgences



Raisons du recours aux urgences



- Parce que c'était un médecin qui me l'avait conseillé
- Vous ne connaissiez pas de médecin à qui vous adresser
- L'hôpital (ou la clinique) est l'endroit le plus proche de chez vous pour vous faire soigner (soigner votre enfant)
- Votre médecin était absent et vous ne vouliez consulter ni son remplaçant ni un médecin de garde (ou SOS médecins)
- Vous pensiez que c'était grave et qu'il faudrait peut-être vous hospitaliser (hospitaliser votre enfant)
- Vous pensiez qu'il y aurait peut-être besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisée

Question 14 : Pensez-vous avoir besoin d'un examen complémentaire ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	134	74%
Non	47	26%
Total	181	100%

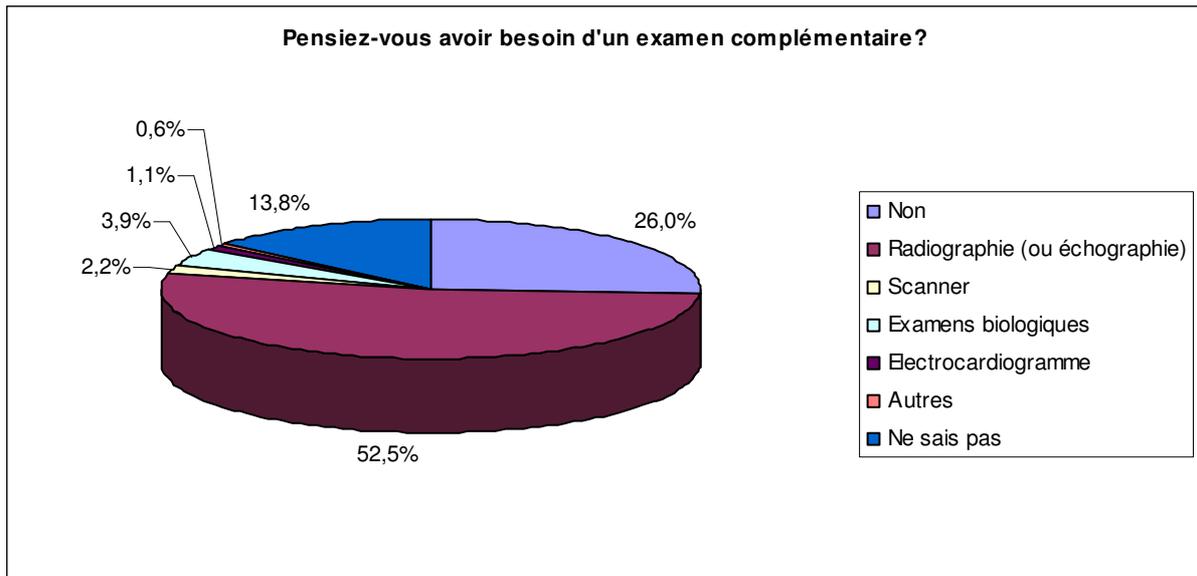
Le taux de patients pensant avoir besoin d'un examen complémentaire est identique à celui des patients classés CCMU 2. Autrement dit le nombre de patients venant pour réaliser des examens complémentaires aux urgences correspond au nombre de patients qui va effectivement bénéficier d'examens complémentaires. L'étude ne nous permet bien évidemment pas de dire s'il s'agit des mêmes.

Question 15 : Lequel ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Radiographie (ou échographie)	95	70.9%
Scanner	4	3%
Examens biologiques	7	5.2%
Electrocardiogramme	2	1.5%
Autres	1	0.7%
Ne sais pas	25	18.7%
Total	134	100%

Si l'on ramène ces chiffres à la totalité des patients venus consulter de façon spontanée, 52.5% d'entre eux pensent avoir besoin d'une radiographie, ce qui s'explique par le fait que 53.8% d'entre eux sont venus pour un motif traumatique.

Un patient sur cinq pense avoir besoin d'un examen sans savoir lequel. La nécessité d'examens biologiques n'est citée que dans 3.9% des cas.



11- Antécédent de la pathologie amenant le patient à consulter

Question 16 : Pour cette visite aux urgences, êtes vous venu seul ou accompagné ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Seul	99	54.7%
Accompagné	82	45.3%
Ne sais pas	0	0%
Total	181	100%

Dans la population des patients venus accompagnés sont comptabilisés les enfants venus avec un adulte soit 37.8% des personnes accompagnées. En ce qui concerne les adultes, les deux tiers d'entre eux se sont présentés seuls aux urgences.

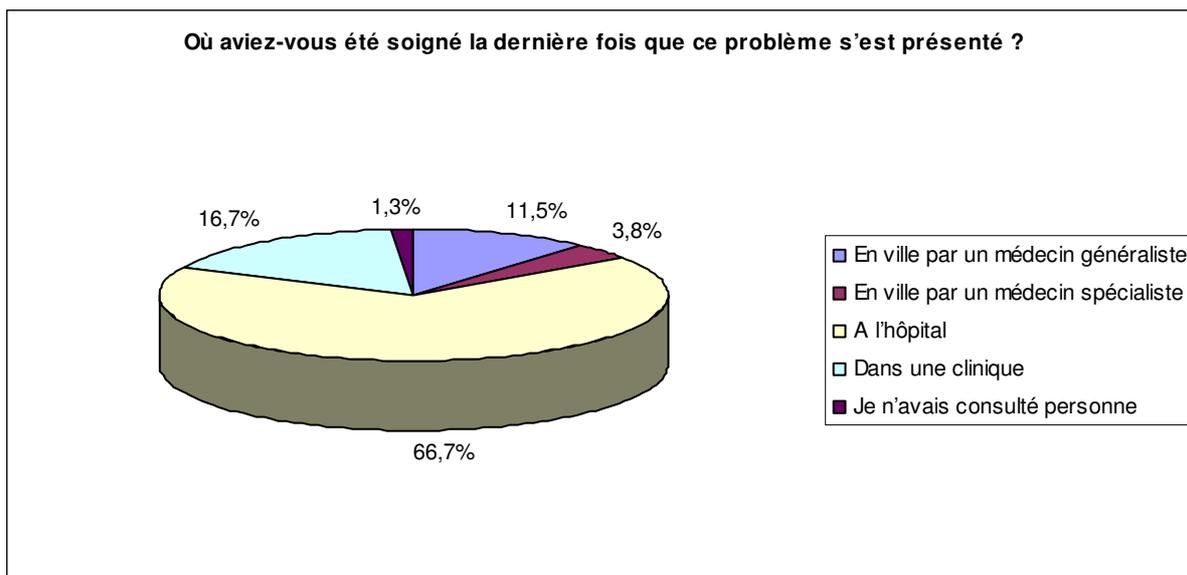
Question 17 : Avez-vous (votre enfant a-t-il) déjà eu le problème de santé qui vous a amené aux urgences ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	78	43.1%
Non	103	56.9%
Total	181	100%

Question 18 : Où aviez-vous été soigné la dernière fois que ce problème s'est présenté ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
En ville par un médecin généraliste	9	11.5%
En ville par un médecin spécialiste	3	3.8%
A l'hôpital	52	66.7%
Dans une clinique	13	16.7%
Je n'avais consulté personne	1	1.3%
Ne sais pas	0	0%
Total	78	100%

Quand le patient se présente aux urgences pour un problème s'étant déjà produit par le passé, il est intéressant de noter que dans 2 cas sur 3 la prise en charge avait été hospitalière précédemment. Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer que le patient consulte spontanément aux urgences en cas de récurrence. Première possibilité, le patient consulte facilement aux urgences même pour des problèmes qui ne le nécessiteraient pas. Les mêmes causes entraînant les mêmes effets, en cas de pathologie similaire, il consultera de nouveau aux urgences. Une autre possibilité est le cas d'un patient adressé aux urgences par son médecin traitant pour un problème nécessitant par exemple des examens complémentaires urgents ou un traitement hospitalier. En cas de récurrence, le patient sera tenté de se présenter spontanément aux urgences pour être pris en charge.



12- Evaluation de la « familiarité » du patient avec les urgences de l'hôpital de Nanterre

Question 19 : Etiez-vous venu auparavant dans ce service d'urgences, pour vous ou un membre de votre famille ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	131	72.8%
Non	49	27.2%
Total	180	100%

La plupart des patients connaissent le service des urgences de Nanterre pour y être déjà venus. Cette familiarité avec le service est un des facteurs pouvant inciter le patient à se présenter spontanément aux urgences, particulièrement pour la récurrence d'un problème ayant déjà été pris en charge dans ce service.

13- Evaluation des connaissances du patient concernant les possibilités de prise en charge en ville

Question 20 : Pour connaître le nom du médecin de garde en ville, comment faites vous ?

(plusieurs réponses possibles)

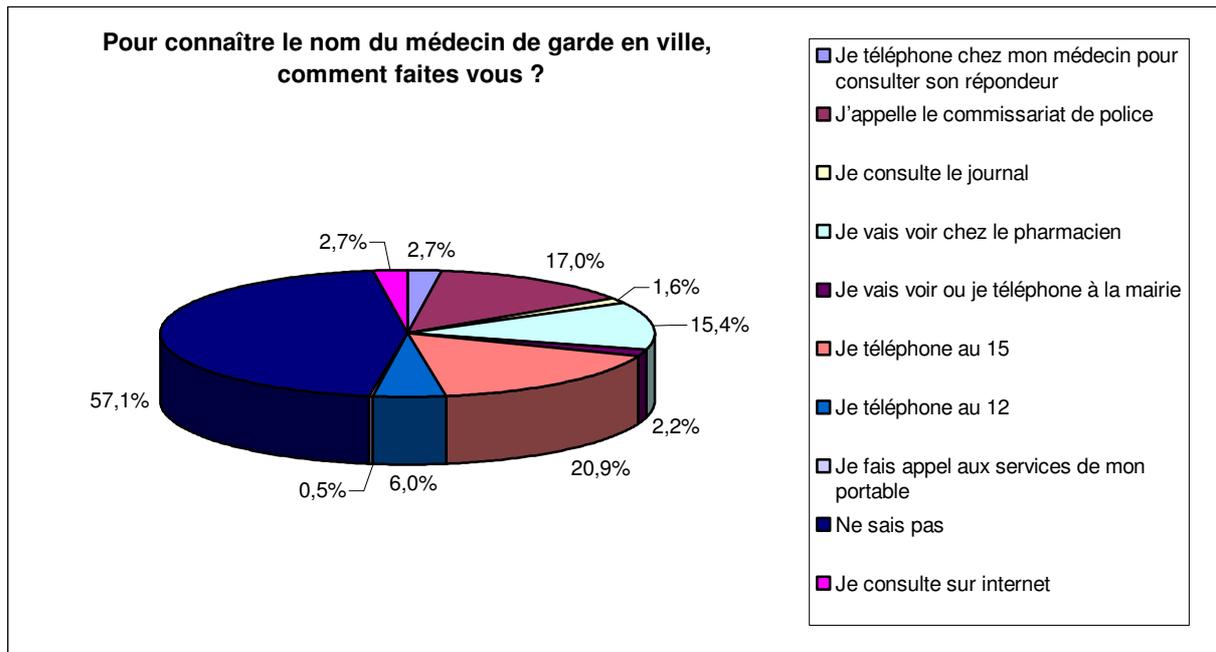
Si le patient répond qu'il ne sait pas, l'encourager à proposer une réponse et noter les 2 réponses (ne sais pas et la réponse finalement apportée)

(pourcentages calculés par rapport aux 182 personnes ayant répondu à la question)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Je téléphone chez mon médecin pour consulter son répondeur	5	2.7%
J'appelle le commissariat de police	31	17%
Je consulte le journal	3	1.6%
Je vais voir chez le pharmacien	28	15.4%
Je vais voir ou je téléphone à la mairie	4	2.2%
Je téléphone au 15	38	20.9%
Je téléphone au 12	11	6%
Je fais appel aux services de mon portable	1	0.5%
Ne sais pas	104	57.1%
Je consulte sur internet	5	2.7%
Total	230	

Plus d'une personne sur deux ne sait pas comment contacter le médecin de garde. Cette étude n'explore pas le parcours de soins des patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale mais il est probable qu'en cas de problème ces patients se tourneraient plus facilement vers les urgences que des patients informés des autres possibilités de prise en charge.

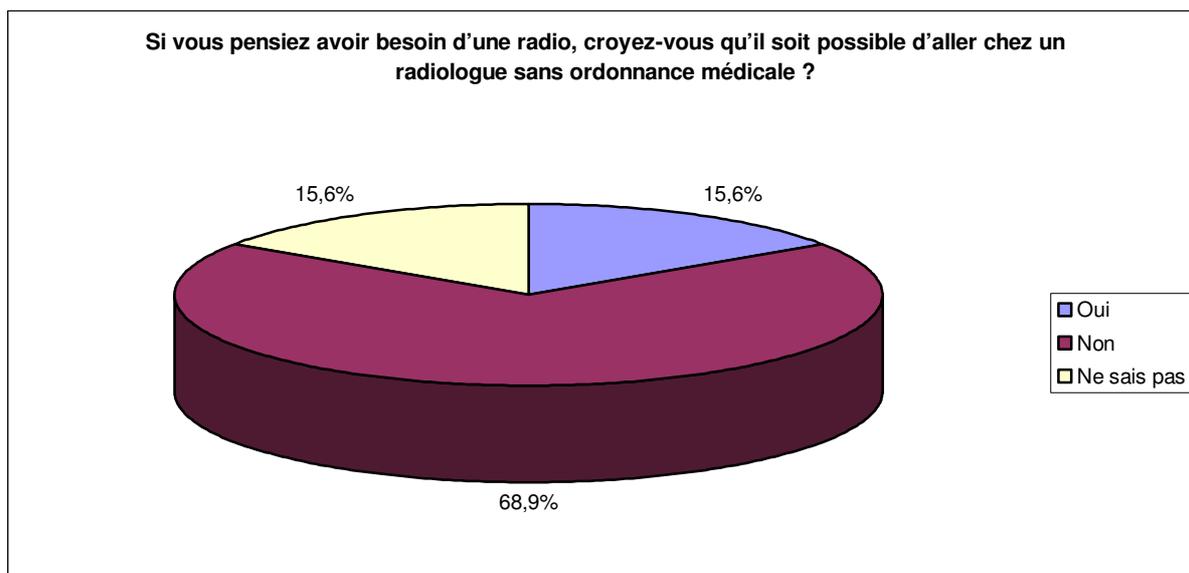
Les réponses les plus citées sont l'appel du 15, de la police et la pharmacie. Les autres réponses restent marginales.



Question 21 : Si vous pensiez avoir besoin d'une radio, croyez-vous qu'il soit possible d'aller chez un radiologue sans ordonnance médicale ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	28	15.6%
Non	124	68.9%
Ne sais pas	28	15.6%
Total	180	100%

Deux personnes sur trois pensent, à tort, qu'il n'est pas possible de bénéficier d'une radiographie sans ordonnance médicale. Cette mauvaise connaissance des conditions d'accès à une radiographie en ville peut être un facteur de recours spontané aux urgences. En effet, comme nous l'avons vu aux questions 14 et 15, un patient sur deux se présentant spontanément aux urgences pense avoir besoin d'une radiographie.



14- Profil socio-démographique du patient

Question 22 : Sexe du patient

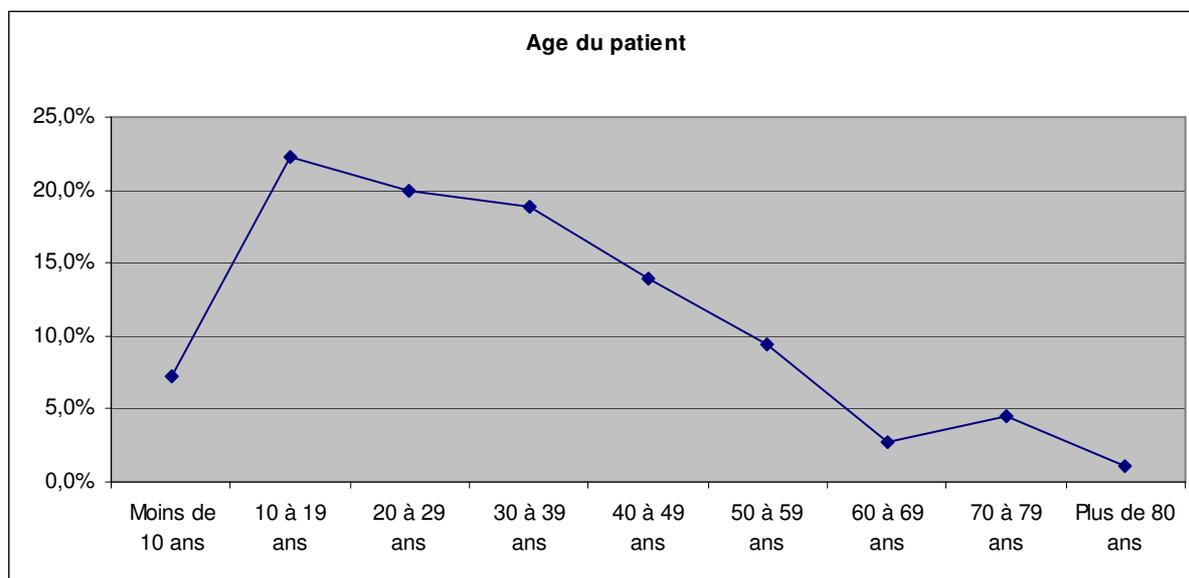
	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Homme	114	63%
Femme	67	37%
Total	180	100%

La population étudiée est nettement plus masculine que la population générale.

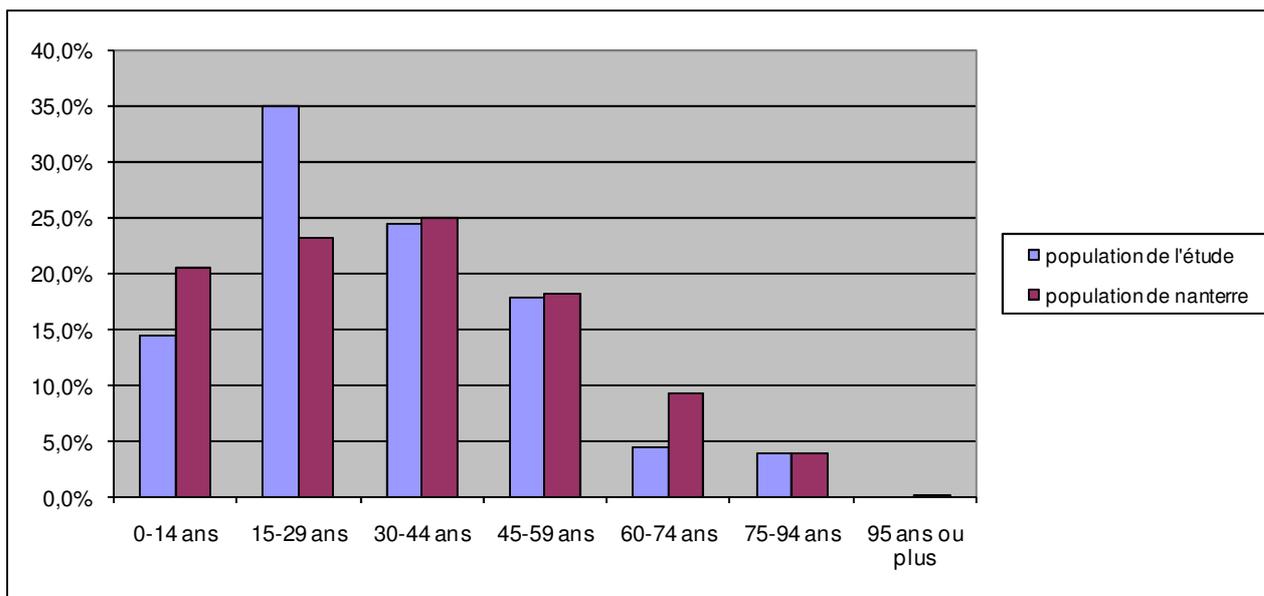
Question 23 : Quel est votre âge ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
Moins de 10 ans	13	7,2%	7,2%
10 à 19 ans	40	22,2%	29,4%
20 à 29 ans	36	20,0%	49,4%
30 à 39 ans	34	18,9%	68,3%
40 à 49 ans	25	13,9%	82,2%
50 à 59 ans	17	9,4%	91,7%
60 à 69 ans	5	2,8%	94,4%
70 à 79 ans	8	4,4%	98,9%
Plus de 80 ans	2	1,1%	100,0%
Total	181	100%	100,0%

La moyenne d'âge est de 33 ans.



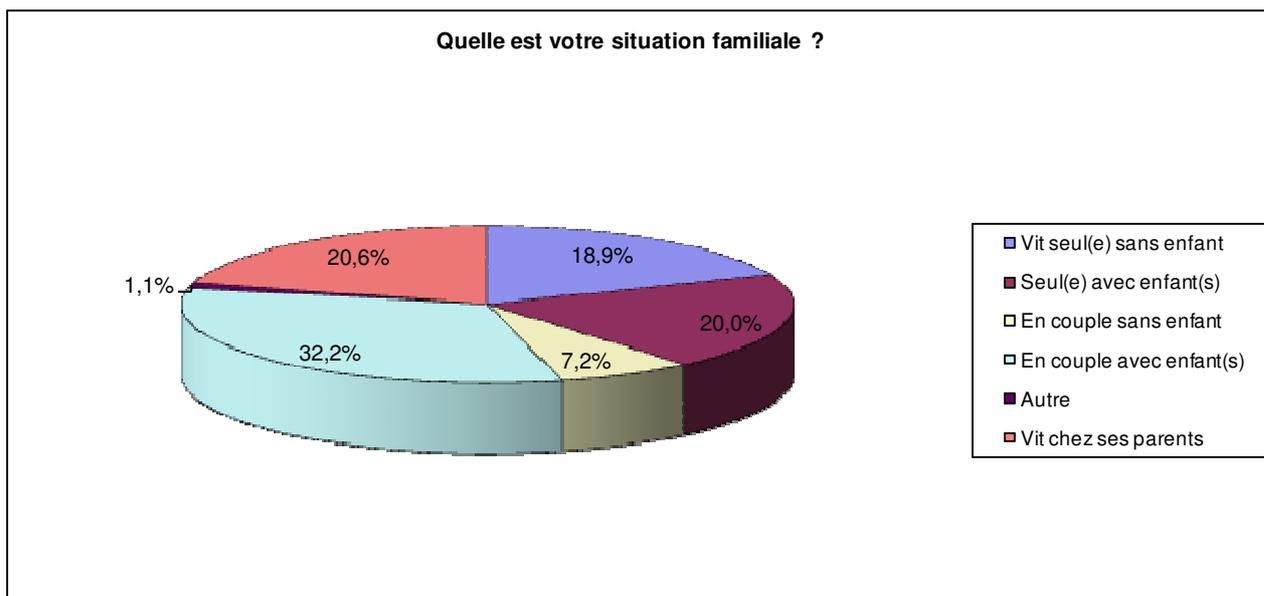
Les patients venant spontanément consulter aux urgences pour un problème ne nécessitant pas d'hospitalisation forment une population plus masculine et plus jeune que la population de Nanterre. 35% des patients ont entre 15 et 29 ans contre 23,1% dans la population générale de Nanterre. Le petit nombre de patients de moins de 15 ans consultant à Nanterre s'explique par l'absence d'urgences pédiatriques dans l'hôpital.



Question 24 : Quelle est votre situation familiale ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Vit seul(e) sans enfant	34	18.9%
Seul(e) avec enfant(s)	36	20%
En couple sans enfant	13	7.2%
En couple avec enfant(s)	58	32.2%
Autre	2	1.1%
Vit chez ses parents	37	20.6%
Total	180	100%

La répartition des situations familiales est la même que dans la population générale. On peut donc dire qu'elle n'influe pas sur le recours spontané aux urgences.



Question 25 : Logement

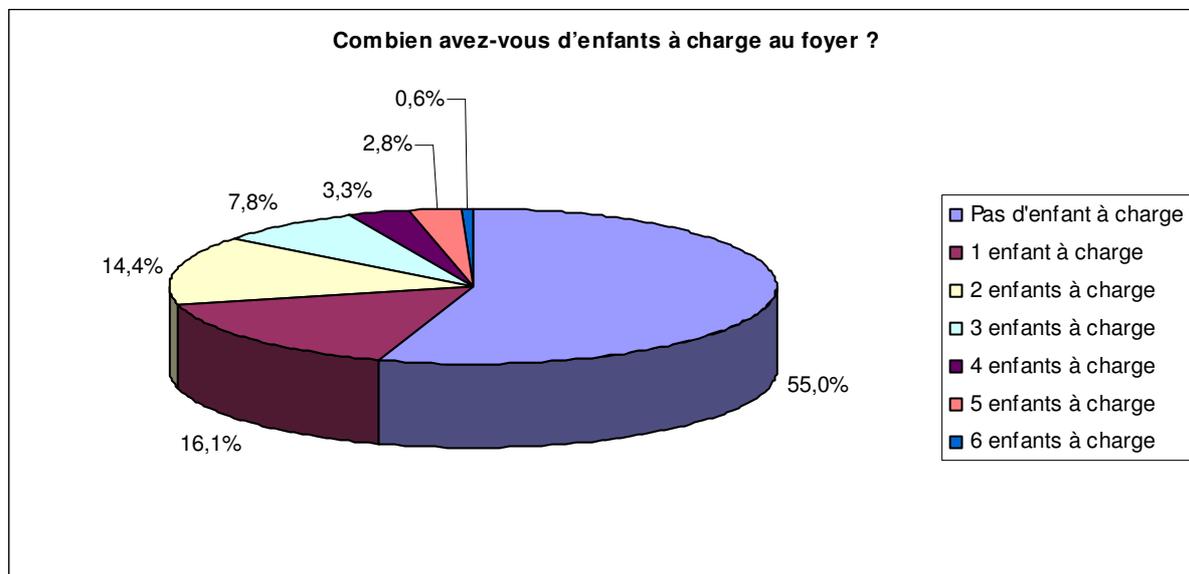
	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Stable	165	91.7%
Précaire	15	8.3%
SDF	0	0%
Total	180	100%

Question 26 : Combien avez-vous d'enfants à charge au foyer ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentages cumulés</i>
0	99	55%	55%
1	29	16.1%	71.1%
2	26	14.4%	85.6%
3	14	7.8%	93.3%
4	6	3.3%	96.7%
5	5	2.8%	99.4%
6	1	0.6%	100%
Total	180	100%	100%

Les familles sans enfants ou au contraire avec 3 enfants ou plus à charge sont plus présentes dans la population consultant aux urgences que dans la population générale. A

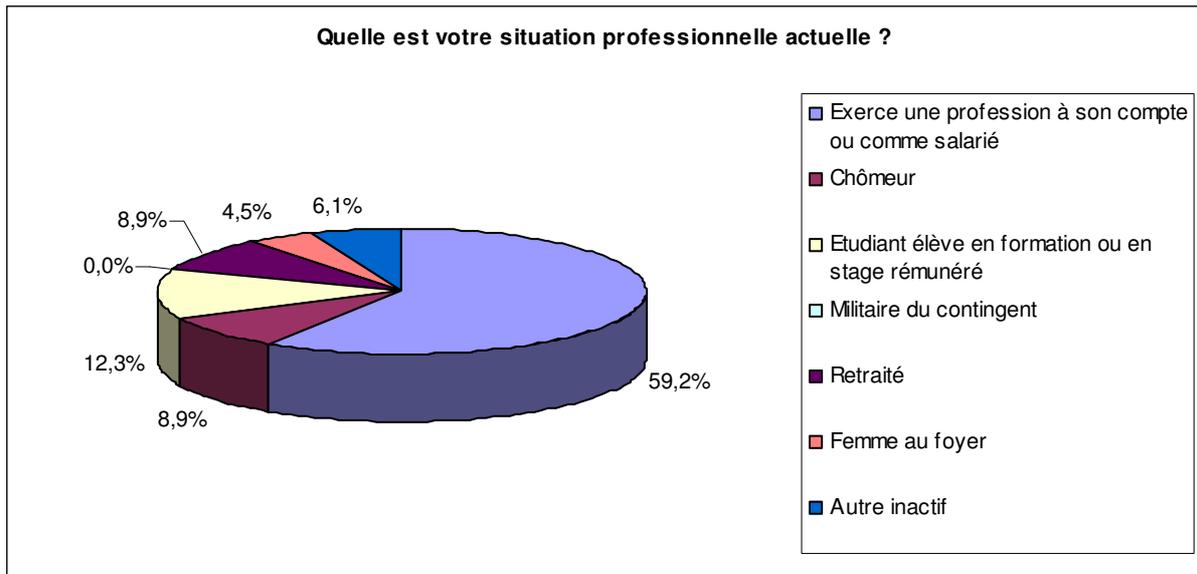
l'inverse, les familles avec un ou deux enfants à charge sont moins présentes dans la population consultant aux urgences que dans la population générale.



Question 27 : Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (une seule réponse possible)

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Exerce une profession à son compte ou comme salarié	106	59.2%
Chômeur	16	8.9%
Etudiant, élève en formation ou en stage rémunéré	22	12.3%
Militaire du contingent	0	0%
Retraité	16	8.9%
Femme au foyer	8	4.5%
Autre inactif	11	6.1%
Total	179	100%

La population des urgences comporte plus de chômeurs (8.9% contre 3.6%) et moins de retraités (8.9% contre 13.9%) que la population générale de Nanterre ce qui peut s'expliquer par la jeunesse des patients consultant aux urgences.

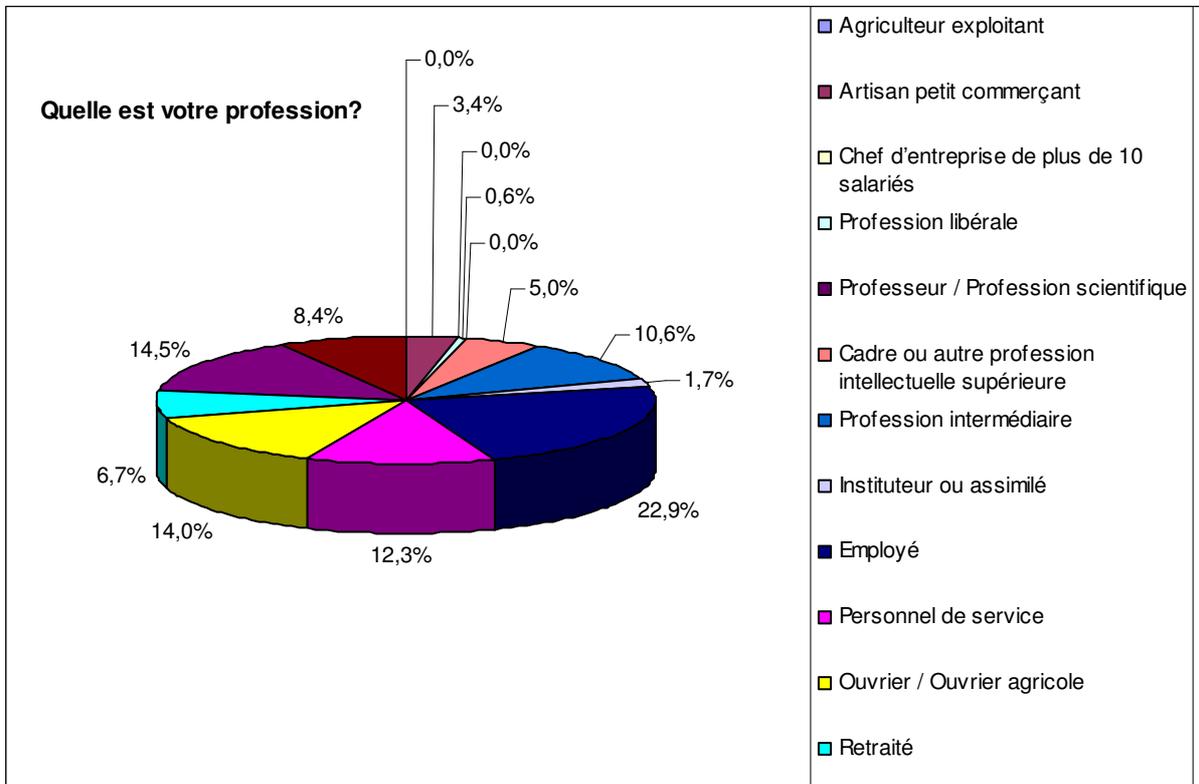
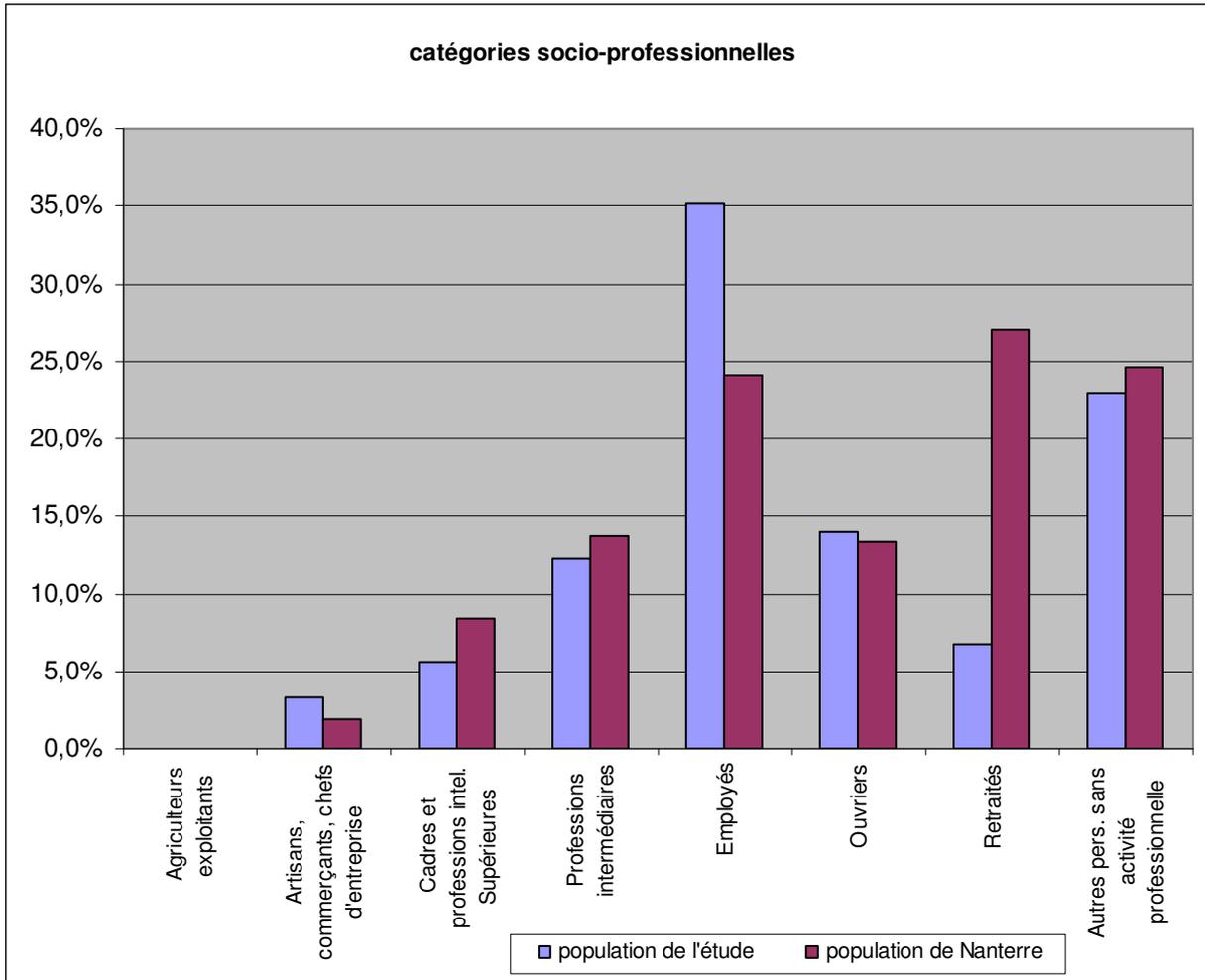


Question 28 : Quelle est votre profession ? (une seule réponse possible)

Pour les chômeurs, mettre la profession antérieure

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Agriculteur exploitant	0	0
Artisan petit commerçant	6	3.4%
Chef d'entreprise de plus de 10 salariés	0	0
Profession libérale	1	0.6%
Professeur / Profession scientifique	0	0
Cadre ou autre profession intellectuelle supérieure	9	5%
Profession intermédiaire	19	10.6%
Instituteur ou assimilé	3	1.7%
Employé	41	22.9%
Personnel de service	22	12.3%
Ouvrier / Ouvrier agricole	25	14%
Retraité	12	6.7%
Elève / Etudiant	26	14.5%
Autres / Inactif	15	8.4%
Total	179	100%

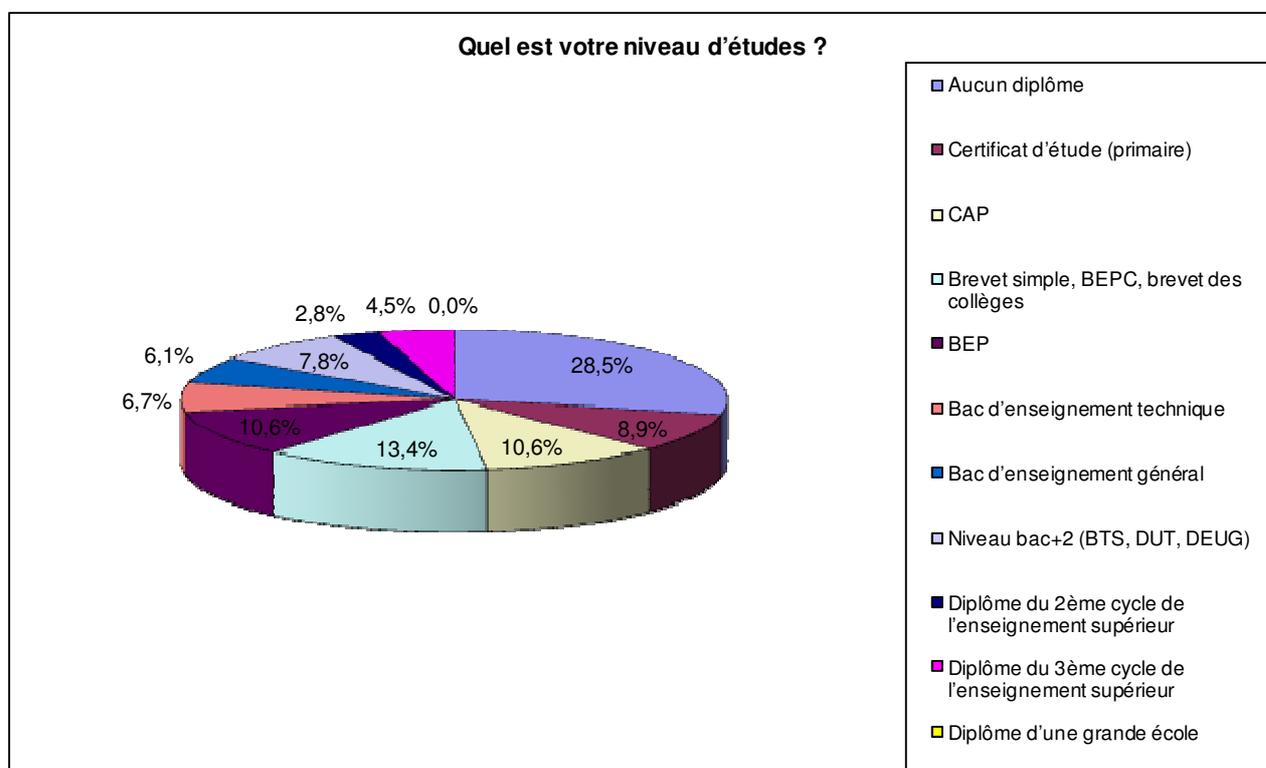
Les employés sont très représentés dans la population consultant aux urgences (35.2% contre 24%). Les retraités eux sont les grands absents des urgences avec seulement 6.7% dans la population étudiée contre 27% dans la population générale de Nanterre.



Question 29 : Quel est votre niveau d'études ? (dernier diplôme obtenu)

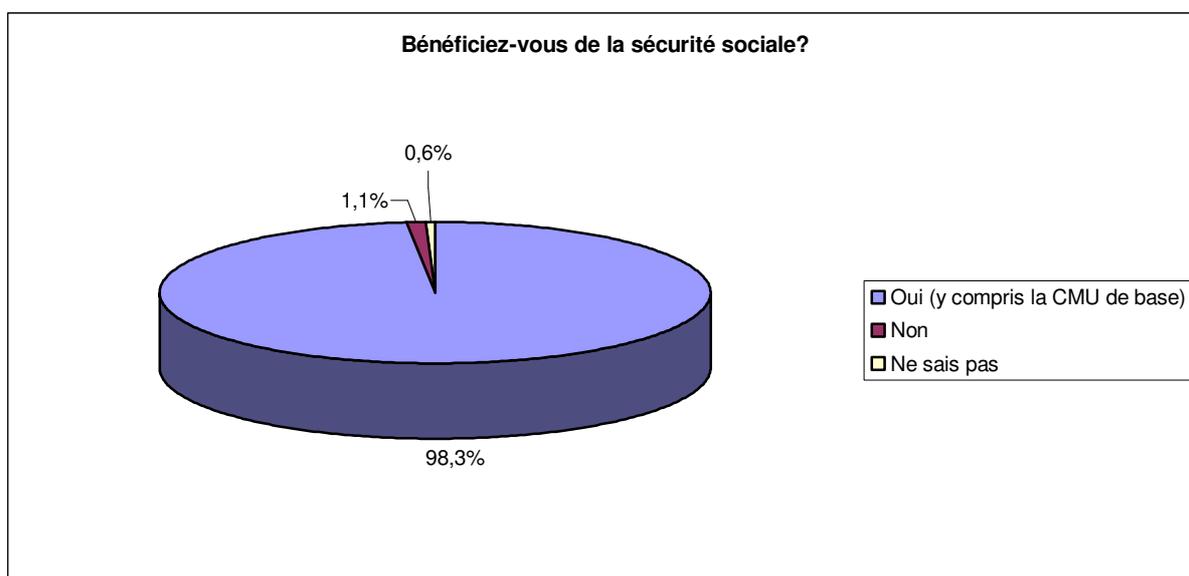
	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Aucun diplôme	51	28.5%
Certificat d'étude (primaire)	16	8.9%
CAP	19	10.6%
Brevet simple, BEPC, brevet des collèges	24	13.4%
BEP	19	10.6%
Bac d'enseignement technique	12	6.7%
Bac d'enseignement général	11	6.1%
Niveau bac+2 (BTS, DUT, DEUG)	14	7.8%
Diplôme du 2 ^{ème} cycle de l'enseignement supérieur	5	2.8%
Diplôme du 3 ^{ème} cycle de l'enseignement supérieur	8	4.5%
Diplôme d'une grande école	0	0%
Total	179	100%

Le niveau d'étude est le même dans la population de l'étude et dans la population générale. Il n'influence pas le recours spontané aux urgences.

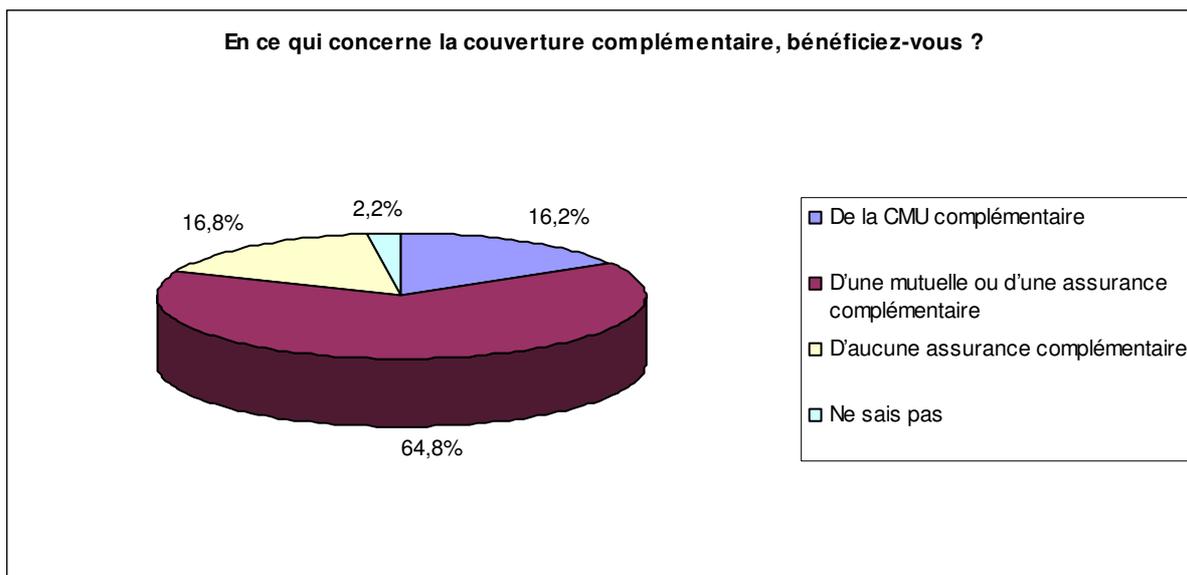


Question 30 : Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui (y compris la CMU de base)	176	98.3%
Non	2	1.1%
Ne sais pas	1	0.6%
Total	179	100%

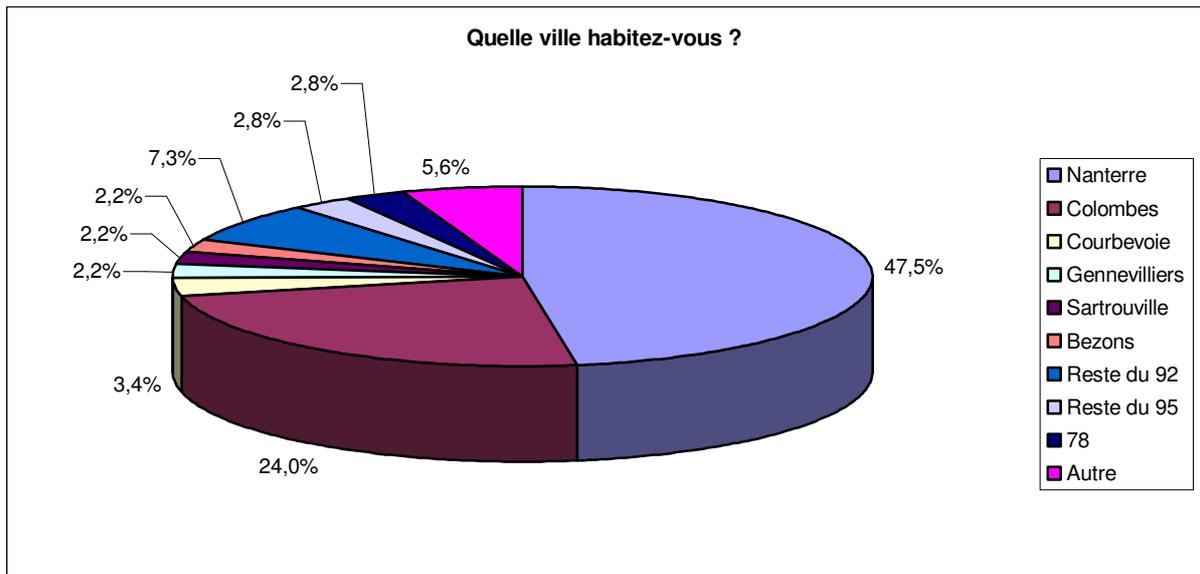
**Question 31 : En ce qui concerne la couverture complémentaire, bénéficiez-vous ?**

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
De la CMU complémentaire	29	16.2%
D'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire	116	64.8%
D'aucune assurance complémentaire	30	16.8%
Ne sais pas	4	2.2%
Total	179	100%



Question 32 : Quelle ville habitez-vous ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Nanterre	85	47.5%
Colombes	43	24.0%
Courbevoie	6	3.4%
Gennevilliers	4	2.2%
Sartrouville	4	2.2%
Bezons	4	2.2%
Reste du 92	13	7.3%
Reste du 95	5	2.8%
78	5	2.8%
Autre	10	5.6%
Total	179	100%



L'hôpital de Nanterre se situe à la frontière entre les villes de Colombes et de Nanterre. 71.5% des patients consultant spontanément vivent dans une de ces deux villes. Ceci est concordant avec les réponses des patients à la question 13. Un sur deux cite en effet la proximité de l'hôpital comme un motif de consultation.

15- Résumé

Les patients se présentant spontanément aux urgences de Nanterre aux horaires de consultation des médecins généralistes et dont le passage n'aboutira pas à une hospitalisation forment une population plus jeune et plus masculine que la population de Nanterre. Ceci peut y expliquer un taux de chômage plus important que dans la population générale et une sous-représentation des retraités.

La plupart de ces patients ont un médecin traitant, un médecin généraliste dans la quasi totalité des cas. Cependant, ils ne sont que 11% à avoir essayé de le joindre, 70% n'y ont pas pensé. Pourtant, dans une consultation sur deux le début du problème remonte à 24 heures ou plus, voire à plus de 48 heures dans une consultation sur trois. Quand les patients ont essayé de régler le problème dans le ou les jours précédents, ils ont le plus souvent choisi de se soigner seul ou en prenant conseil auprès de leur entourage. Les quelques patients ayant tenté avec succès de joindre leur médecin se sont systématiquement vu proposer une consultation.

Ils ont au final décidé, seuls ou avec leur entourage, de se rendre aux urgences, ce qui s'explique par les critères d'inclusion de cette enquête. Dans un cas sur trois ils connaissaient déjà le service d'urgences de Nanterre pour y être déjà venu dans le passé pour eux-mêmes ou un membre de leur famille. On peut noter aussi que dans un cas sur deux il existe un antécédent identique au problème les ayant amené à consulter aux urgences. Ce problème avait alors été pris en charge à l'hôpital dans 66% des cas.

Il s'agit d'un problème traumatique à 53% ou somatique à 43.4%. La psychiatrie ne représente que 2.7% des passages. Ces chiffres expliquent que la douleur soit citée dans 3 cas sur 4 par le patient comme le problème de santé l'ayant amené à consulter. Elle est associée dans 1 cas sur 2 à un accident. Viennent ensuite l'angoisse et la gêne citées dans 10 à 20% des cas. Les autres problèmes ne sont cités que dans moins de 6% des cas.

Le fait que les patients aient souvent déjà été amenés à consulter dans le service des urgences de Nanterre est intéressant à mettre en parallèle avec la mauvaise information des patients quant aux possibilités de prise en charge en ville. Plus d'un sur deux ne sait pas comment joindre le médecin de garde et deux sur trois ignorent pouvoir obtenir une radio en ville sans ordonnance, alors même qu'un sur deux pense en avoir besoin.

Les raisons pratiques arrivent ainsi en tête des motifs de recours : disponibilité des soins, accès au plateau technique ou à l'avis d'un spécialiste, proximité. Le sentiment de gravité n'arrive qu'en cinquième position avec seulement 26%, suivi de l'existence d'un traitement n'entraînant pas d'amélioration. Les autres motifs ne sont cités chacun que dans moins de 10% des cas.

Les patients de Nanterre sont à la recherche d'un accès aux soins simple car disponible et complet dans sa prise en charge. Ils trouvent dans le service d'urgences la permanence des soins qu'ils souhaitent ainsi que l'accès au plateau technique dont ils pensent avoir besoin.

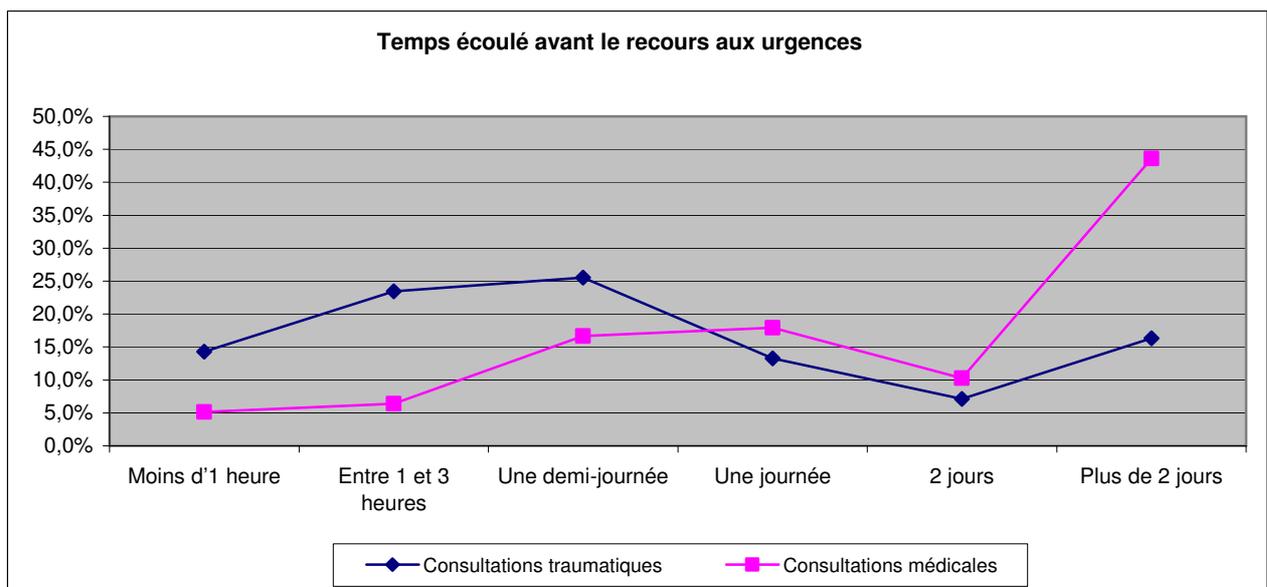
VII- DISCUSSION

1- Comparaison des populations venant consulter pour des motifs médicaux ou chirurgicaux

Comme nous l'avons montré dans l'argumentaire, il faut distinguer les consultations traumatiques des consultations médicales car les populations constituant ces deux groupes diffèrent.

- **Les personnes venant consulter pour un problème chirurgical prennent plus rapidement la décision de se rendre aux urgences**

De façon statistiquement significative ($p \leq 0.05$, test du Khi 2) les patients venant pour problèmes chirurgicaux attendent moins longtemps avant de consulter qu'en cas de problème médical.



63.6% des patients consultant pour motif chirurgical prennent la décision de venir aux urgences en moins d'une demi-journée, contre seulement 28.2% en cas de consultation somatique. Dans l'autre sens, 43.6% des patients venant pour problème somatique mettront plus de deux jours à prendre la décision de se rendre aux urgences, contre 16.3% en cas de consultations chirurgicales.

- **Les patients consultant pour motif traumatique ont souvent déjà eu à faire aux urgences pour le même problème.**

Beaucoup de patients consultant pour motif traumatique ont déjà présenté le problème les amenant aux urgences (non significatif par rapport aux consultations médicales). Dans 83.8% des cas, ce problème les avait amenés aux urgences la fois précédente.

Dans les consultations somatiques, même si une fois sur deux le patient s'était présenté aux urgences (48.6%), dans 21.6% des cas il avait consulté un médecin généraliste voire ou bien n'avait rien fait dans 27% des cas.

- **Les personnes venant consulter pour un problème chirurgical font moins de démarches avant de venir aux urgences**

Le peu de temps séparant l'apparition du problème de la prise de décision de se rendre aux urgences explique pourquoi les patients ayant un problème traumatique font moins de démarches avant de se rendre aux urgences et ce de façon statistiquement significative ($p \leq 0.05$, test du Khi 2). En effet, 74.3% des consultations somatiques ont été précédées de démarches. Contrairement aux consultations chirurgicales où des démarches n'ont été entamées que dans 43.8% des cas.

Les petits échantillons et le fait que la question soit à choix multiple ne permettent pas de comparer statistiquement les démarches effectuées. Cependant de façon descriptive on peut dire que la démarche apparaissant en tête dans les deux groupes est le fait d'essayer de se soigner tout seul. Quand les patients ont fait des démarches avant de venir aux urgences, dans 72.1% des consultations traumatiques et 55.2% des consultations somatiques, ils ont essayé de se soigner tout seul.

Viennent ensuite, pour les consultations somatiques, la prise de contact avec un médecin (32.7%) qui proposera dans la quasi-totalité des cas une consultation à son cabinet et pour 29% la demande d'aide à une personne de l'entourage. Enfin, dans 17.2% des cas, le patient a essayé de joindre un médecin sans succès.

Après l'automédication, dans les consultations traumatiques, la deuxième démarche, en fréquence, est la prise de conseil auprès de l'entourage (48.8%), suivi de l'échec de contact avec un médecin (13.9%). La prise de contact avec un médecin n'aboutit que dans 11.6% des cas.

Au total, sur les 98 personnes interrogées venant consulter pour problème traumatique, seules 11 ont fait la démarche de téléphoner à un médecin. 5 ont réussi à le joindre, 6 n'y sont pas arrivées.

• **Les personnes venant consulter pour un problème chirurgical pensent avoir besoin d'une radiologie**

En se reportant à la classification CCMU, on peut constater que le taux de CCMU 2 est statistiquement plus élevé en cas de traumatisme ($p \leq 0.05$, test du Khi 2). Autrement dit, les personnes venant consulter pour un problème traumatique bénéficient plus souvent d'examens complémentaires (87.7%) qu'en cas de problème somatique (60.7%).

	<i>CCMU 1</i>	<i>CCMU 2</i>	<i>Total</i>
Consultations traumatiques	12 (12.3%)	86 (87.7%)	98
Consultations médicales	31 (39.3%)	48 (60.7%)	79
Total	43	134	177

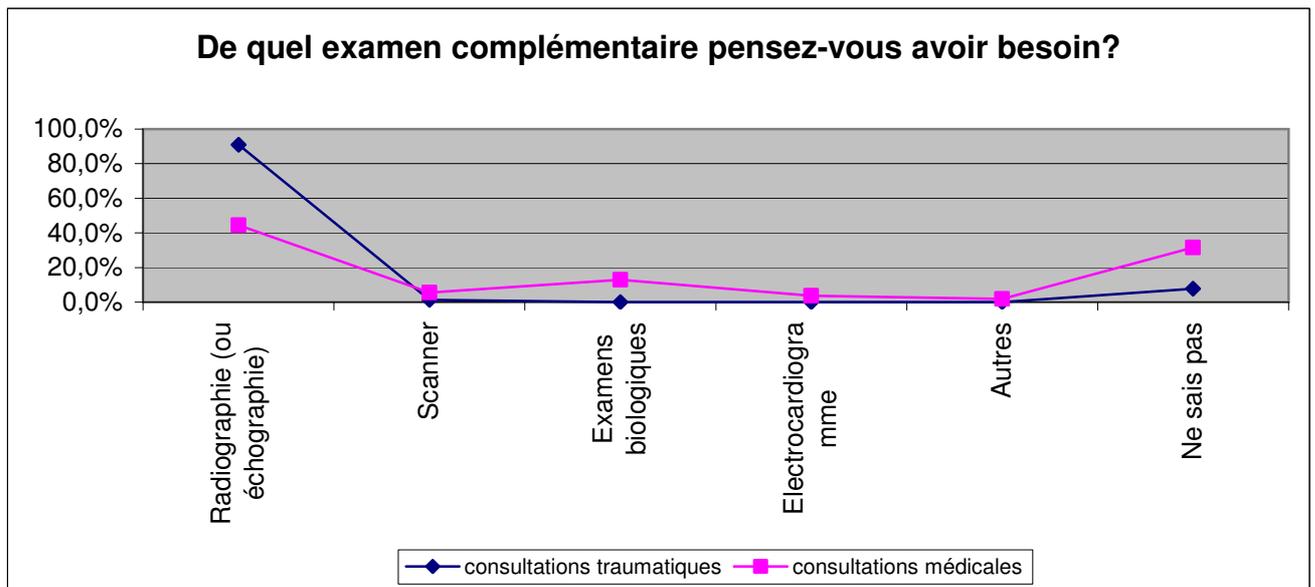
CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

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.

Les patients s'attendent d'ailleurs à ce que ces examens soient réalisés. Ils sont 79.6% à penser avoir besoin d'un examen complémentaire en cas de traumatisme contre 69.2% en cas de problème somatique (non significatif).

Dans le cas d'un traumatisme, ils précisent même à 91% avoir besoin d'une radiographie ce qui est significativement supérieur aux patients venant pour problème somatique qui n'en demande une que dans 44.4% des cas ($p \leq 0.05$, test du Khi 2).

Les patients venant pour problème somatique et considérant avoir besoin d'examen complémentaire citent en premier la radiographie comme un examen nécessaire. Cependant, dans 31.5% des cas ils considèrent avoir besoin d'un examen complémentaire sans savoir lequel. Ils s'en remettent dans ces cas-là au médecin pour effectuer les examens qu'il jugera nécessaire. Les autres examens complémentaires ne sont que peu cités, par ordre de fréquence examens biologiques, scanner, électrocardiogramme, autre.



- **La population venant consulter pour problème chirurgical est plus jeune et plus masculine.**

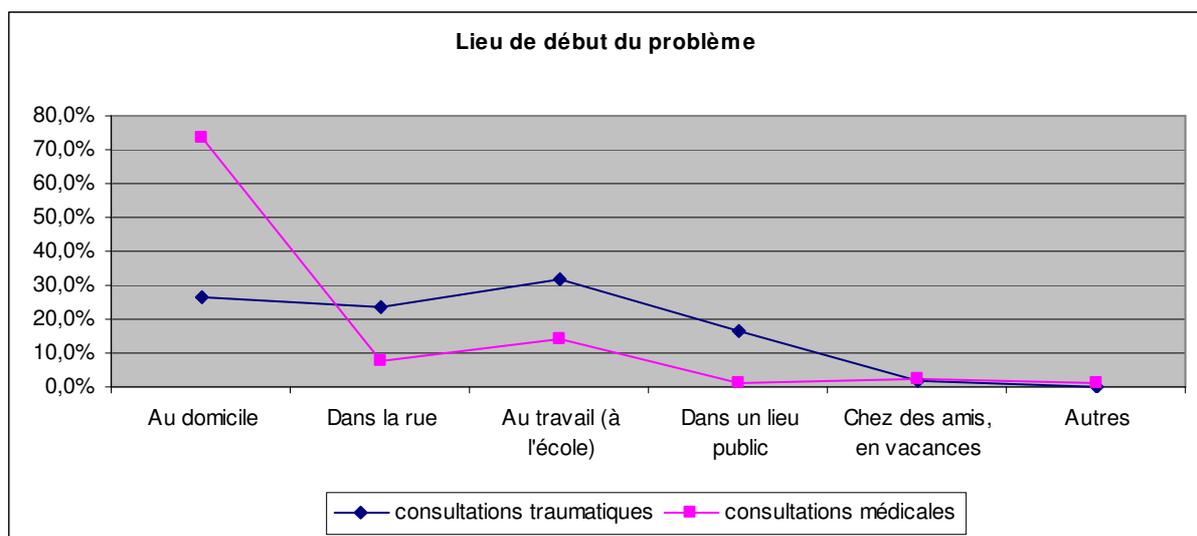
Ce groupe d'usagers est statistiquement plus masculin ($p \leq 0.05$, test du Khi 2) que celui venant consulter pour problème somatique. Il est composé à 70.4% d'hommes, contre 53.8% dans les consultations somatiques.

Par ailleurs, il est composé de patients plus jeunes ($p \leq 0.05$, test de Kruskal-Wallis) avec une moyenne d'âge de 28.5 ans (médiane = 25 ans) contre une moyenne d'âge à 37.5 ans (médiane = 34 ans) dans les consultations somatiques. La distribution reste la même dans les deux populations, l'écart type, la minimale et la maximale étant sensiblement les mêmes.

- **Les problèmes chirurgicaux ont plus souvent débuté à l'extérieur du domicile que les problèmes médicaux**

Les effectifs sont trop petits pour effectuer des tests statistiques mais de façon descriptive on voit que les problèmes chirurgicaux débutent le plus souvent en dehors du domicile (73.5%) contrairement aux problèmes médicaux qui commencent essentiellement au domicile du patient (73.4%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, il existe plus de risque de se faire un traumatisme en dehors de son domicile que chez soi. On peut aussi avancer l'hypothèse que la population consultant pour motif chirurgical étant plus jeune et plus masculine, elle est plus active que la population consultant pour motif médical. Elle passe donc plus de temps en dehors de chez elle.



- **Les consultations traumatiques ont plus souvent lieu en début de semaine que les consultations médicales**

De façon significative ($p \leq 0.05$, test du Khi 2), la demande de consultation traumatique est plus importante en début de semaine que la demande de consultation médicale. Le

questionnaire ne permet pas de préciser s'il s'agit de patients ayant eu un traumatisme durant le week-end qui ont attendu avant de consulter ou si les traumatismes sont plus fréquents en début de semaine.

• Les raisons du recours aux urgences ne sont pas statistiquement différentes entre les deux groupes

Cependant, les patients venant pour consultations traumatiques pensent un peu plus avoir besoin d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé. Surtout les patients venant pour motif médical sont plus inquiets d'avoir une pathologie grave nécessitant une hospitalisation (35.9% contre 18.4% dans les consultations traumatiques). Ils sont aussi plus fréquemment en train de prendre un traitement sans efficacité (29.5% contre 8.2%).

• Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne :

- le pourcentage de personnes ayant déjà eu le problème qui les a amené aux urgences.
- le pourcentage de personnes pensant avoir besoin d'un examen complémentaire
- la situation familiale
- le logement
- la profession

• Résumé

Les patients consultant pour problèmes traumatiques forment une population plus jeune et plus masculine que ceux venant pour une consultation somatique. Ils prennent rapidement la décision de se rendre aux urgences et essayent rarement de se faire prendre en charge en ville. Ils ont souvent déjà présenté le même problème dans le passé et avait à l'époque le plus souvent déjà été pris en charge à l'hôpital. Ils pensent avoir besoin d'une radiographie et, pour la majorité d'entre eux, ne savent pas qu'ils peuvent l'obtenir en ville sans ordonnance. La bonne connaissance de l'hôpital est alliée à une méconnaissance des soins ambulatoires et des permanences de soins assurés en ville.

2- Comparaison des motivations de recours aux urgences entre l'étude de la Drees et celle réalisée à Nanterre

L'étude de la Drees s'est déroulée en deux phases. La première a consisté en une enquête réalisée sur un échantillon de patients tirés au sort parmi la population générale ayant consulté aux urgences sur une période donnée. Lors du passage aux urgences une fiche d'acceptation était remise aux patients tirés au sort et non hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogés par téléphone dans un délai de 15 jours suivant leur sortie. Sur les 8765 fiches d'acceptation remplies, 3000 patients ont été tirés au sort puis interviewés par téléphone.

Parmi ces 3000 patients non hospitalisés¹, 16% avaient été adressés par leur médecin et 19% déclarent qu'ils sont arrivés aux urgences sans qu'on leur demande leur avis (pompiers, samu, police...). Restent 65% des patients dont le profil est comparable à la population étudiée dans cette thèse. Ce sous-groupe réunit les patients consultant spontanément et

¹ V. CARRASCO. Les usagers des urgences. Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP), septembre 2005, N°52, p.18-22

rentrant à domicile à l'issue de leur passage aux urgences. Il résulte d'un tirage au sort sur un panel représentatif de cette population en France et peut donc servir d'élément de comparaison par rapport à la population consultant dans les mêmes circonstances aux urgences de Nanterre. Le seul élément différenciant ces deux populations réside dans des critères d'inclusions. Dans l'étude de la Drees, les patients étaient inclus quelque soit leur heure et leur jour d'arrivée aux urgences ce qui n'est pas le cas de l'étude de cette thèse qui ne s'est intéressée qu'aux patients se présentant aux urgences aux horaires de consultation des médecins généralistes.

La population ciblée ne représentant qu'un sous groupe dans l'étude de la Drees, toutes les données la concernant ne sont pas disponibles dans la littérature. Cependant, il est intéressant de comparer les raisons de venue aux urgences. Les motivations les plus courantes dans les deux groupes sont les mêmes. Elles tiennent à la proximité de l'établissement, au besoin d'un plateau technique, au sentiment d'urgence, au sentiment de gravité.

<i>Raison de venue aux urgences</i>	<i>Etude de la Drees¹</i>	<i>Etude aux urgences de Nanterre</i>
Proximité de l'établissement	47%	49.7%
Nécessité de faire des examens	44%	74%
Nécessité d'un avis ou d'une intervention spécialisée	43%	64.1%
Nécessité pour des raisons personnelles que le problème soit réglé rapidement	38%	87.3%
Sentiment de gravité	32%	26.5%

Cependant, on peut noter que la population des urgences de Nanterre étudiée met plus en avant que la population de la Drees les motivations pratiques. A l'inverse, elle est plutôt moins inquiète que la population de la Drees car le sentiment de gravité est une motivation

¹ V. CARRASCO. Les usagers des urgences. Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP), septembre 2005, N°52, p.18-22

moins citée que dans l'étude de la Drees. On peut donc dire que, **bien qu'elle ne soit pas plus inquiète, la population de Nanterre est plus demandeuse d'examen complémentaires et de consultations rapides que les personnes consultant dans les mêmes circonstances dans le reste de la France.**

Cette différence ressort plus encore quand on sépare les consultations médicales des consultations chirurgicales¹.

Le groupe des usagers souffrant de **problèmes somatiques non traumatologiques**, décidant seuls ou avec leur entourage d'aller aux urgences représente 16% des patients inclus dans l'étude de la Drees. Leurs motivations les plus fréquentes sont différentes dans les deux études. Dans l'étude de la Drees, 61 % des patients ont eu le sentiment que le problème était grave, 38 % suivaient un traitement en cours sans amélioration, 36 % disent être venus parce que leur médecin était absent et 29 % parce que qu'ils ne connaissaient pas de médecin.

A Nanterre, les motivations pratiques arrivent nettement en tête, 83.3 % des patients ont besoin que leur problème soit réglé rapidement, 69 % pensent avoir besoin d'examen et 57 % d'un avis spécialisé. 50 % des patients sont venus car l'hôpital est l'endroit le plus proche de chez eux pour se faire soigner. Le sentiment de gravité n'arrive qu'en 5^o position et n'est cité que par 35 % des patients, suivi d'un traitement en cours non efficace (29.5 %) et de l'absence d'avance de frais (15.4 %). Encore une fois, il apparaît que les **usagers des urgences de Nanterre se sont plus souvent présentés aux urgences pour des raisons matérielles que par inquiétude ou échec de prise en charge ambulatoire.**

Les victimes d'accident qui décident seules ou avec leur entourage de se rendre aux urgences ont, dans l'étude de la Drees, des préoccupations plus pratiques que les patients

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

somatiques. La majorité pense avoir besoin d'examens (69 %) ou d'une intervention spécialisée (68 %). Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés à Nanterre. Cependant, la première motivation des patients consultant pour problème traumatique à Nanterre reste la nécessité que le problème soit réglé rapidement (91 %). On peut aussi noter que 50 % des patients se sont rendus aux urgences car l'hôpital est l'endroit le plus proche où se faire soigner.

Sur le plan du déroulement de la consultation, 2/3 des victimes d'accidents s'étant présentées spontanément aux urgences bénéficieront d'un acte diagnostique dans l'étude de la Drees. A Nanterre, 87.7 % de ces patients bénéficieront d'un acte diagnostique et/ou thérapeutique soit 20 % de plus. Le questionnaire ne permet pas d'expliquer cette différence mais plusieurs suppositions sont possibles.

La différence provient peut être d'un plus grand nombre d'actes thérapeutiques que la moyenne. Si le nombre d'actes thérapeutiques n'est pas en cause c'est que la différence provient du nombre d'actes diagnostiques réalisés. La population consultant pour problèmes traumatiques peut être à l'origine de la surconsommation d'actes diagnostiques à Nanterre : traumatismes plus graves nécessitant un recours à la radiologie plus fréquent, patientèle plus démunie ne pouvant accéder à un examen diagnostique en ville faute de moyens et faisant par là augmenter les statistiques, patientèle plus exigeante réclamant plus d'examens. L'autre possibilité est que la surconsommation soit liée aux médecins prescripteurs par mauvaise connaissance des critères nécessitant un bilan diagnostique ou par envie de contenter les patients réclamant une radiographie.

On pourrait s'attendre à ce que les patients de Nanterre, attachés à une prise en charge rapide et à l'accès à un plateau technique soient au courant des différentes offres de soins accessibles en ville. Hors, ils sont au contraire peu au fait de l'offre de soins ambulatoires.

3- Une familiarité avec l'hôpital et une méconnaissance des possibilités de prise en charge en ville

Pour 43 % des patients, le problème qui les a amenés aux urgences est déjà survenu dans le passé et dans la plus grande majorité des cas (66.7 %) il avait été soigné à l'hôpital. Cette familiarité avec l'hôpital est encore plus visible quand on sait que 72.8 % des patients connaissent le service des urgences pour y être déjà venu pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille.

Cette familiarité avec les urgences de Nanterre va de pair avec une certaine méconnaissance du système de soin ambulatoire. Ainsi, plus des trois quarts des patients ignorent qu'ils peuvent obtenir une radio en ville sans ordonnance (15.6% disent ne pas savoir et 69 % disent que ce n'est pas possible) et 57 % ne connaissent pas l'existence d'un médecin de garde ou ne savent pas comment le joindre. Cette mauvaise connaissance de la continuité des soins ambulatoires est probablement un facteur de consultation spontanée aux urgences, ce d'autant que le patient est familier du service des urgences pour y être déjà venu.

Dans l'étude de la Drees¹ seuls 20 % des patients ignoraient l'existence d'un médecin de garde et 9 % disaient ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence.

Il serait donc nécessaire de faire un travail d'information auprès des patients des urgences de Nanterre afin de les informer des offres de soins ambulatoires.

¹ Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215

VIII-CONCLUSION

Face à l'augmentation de la demande de soins non programmés, les services d'urgences se retrouvent en première ligne à devoir assumer des consultations spontanées souvent non urgentes. Leur mission a ainsi évolué de la prise en charge des patients nécessitant un traitement immédiat et ponctuel vers une mission de continuité des soins quelque soit l'urgence de la pathologie ayant amené le patient à consulter.

L'hôpital de Nanterre n'a pas échappé à ce changement. De nombreux patients consultent spontanément aux urgences pour des pathologies qui ne nécessiteront pas d'hospitalisation. La plupart d'entre eux ont un médecin traitant mis ils ont rarement essayé de le contacter avant de se rendre aux urgences. L'étude menée dans cette thèse a comparé cette population à un échantillon représentatif des usagers des urgences ayant consulté dans les mêmes circonstances. Il en ressort que les motivations des patients se présentant spontanément pour des consultations ne nécessitant pas d'hospitalisation relèvent plus fréquemment que la moyenne de préoccupations pratiques (disponibilité des soins, accès au plateau technique, proximité de l'hôpital). Le sentiment de gravité n'est cité que plus rarement.

Les patients de Nanterre sont par ailleurs souvent mal informés des possibilités de prise en charge ambulatoire. Ainsi, ils ne sont qu'une minorité à savoir qu'ils peuvent bénéficier d'une radiographie en ville sans ordonnance et peu d'entre eux connaissent le moyen de joindre le médecin de garde, quand ils savent qu'il existe. Cette méconnaissance des soins ambulatoires et des possibilités d'accès à l'imagerie en ville sans ordonnance a probablement un rôle dans l'excès de demande d'examen complémentaires de ces patients par rapport à la population de référence. Il serait donc profitable de porter à la connaissance des patients consultant aux urgences de Nanterre les alternatives qui sont à leur disposition par le biais de campagnes d'affichage dans la salle d'attente. Par ailleurs, une étude portant sur la

consommation d'actes diagnostiques aux urgences de Nanterre serait nécessaire afin de voir si le nombre d'actes pratiqués aux urgences de Nanterre est supérieur à celui pratiqué dans une population de référence et afin d'en expliquer les raisons.

IX- ANNEXES

1- 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

2- 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 prolongée

3- Annexe 3 : Questionnaire du recueil

Auriez-vous un peu de temps pour répondre à quelques questions ?

(en cas de refus ou d'impossibilité définitive de répondre, merci de noter les raisons précises)

Oui..... 1

Non..... 2

Précisez _____

Q 0A. Etes-vous venu au service des urgences pour...

Vous-même 1

Ou accompagniez-vous quelqu'un..... 2

Q 0B. Qui était la personne accompagnée ?

Une personne adulte..... 1

Votre enfant..... 2

Un enfant qui n'est pas le vôtre..... 3

Q 0C. Quel est l'âge de l'enfant ?

/ _ / _ / ans

Q 1. Ce jour là, pour quelle sorte de problème de santé êtes-vous allé aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

Vous (ou votre enfant) aviez eu un accident (y compris accident du travail) . 1
(par exemple une plaie, une brûlure, une entorse ou une fracture)

Vous (ou votre enfant) aviez subi des violences ou une agression..... 2

Vous (ou votre enfant) aviez eu un malaise 3

Vous (ou votre enfant) aviez mal 4

Vous (ou votre enfant) ressentiez une gêne..... 5

(par exemple des démangeaisons ou une difficulté à respirer)

Vous (ou votre enfant) étiez angoissé 6

Vous (ou votre enfant) aviez de la fièvre 7

Vous (ou votre enfant) aviez eu des diarrhées ou des vomissements..... 8

Vous (ou votre enfant) aviez eu des saignements..... 9

Vous (ou votre enfant) aviez eu du sang dans les selles ou dans les urines ... 10

Autre motif 11

Lequel ? _____

Q 2. Où étiez-vous (où était votre enfant) quand le problème (ou celui de votre enfant) avait commencé ? (une seule réponse possible)

Chez vous 1

Dans la rue 2

A votre travail (à l'école) 3

Dans un lieu public..... 4

Chez des amis ou dans une habitation de vacances (résidence secondaire, hôtel, location, camping...)..... 5

Autres 6

Précisez _____

Q 3. Avez-vous (ou votre enfant a-t-il) un médecin habituel, c'est à dire un médecin qui connaît tous vos (ses) problèmes de santé, qui détient votre (son) dossier médical et que vous consultez le plus souvent pour un nouveau problème de santé ?

OUI..... 1
NON..... 2

Q 4. S'agit-il... (une seule réponse possible)

D'un médecin généraliste..... 1
D'un médecin spécialiste en ville ou en clinique (y compris pédiatre)..... 2
D'un médecin à l'hôpital..... 3

Q 5. Aviez-vous essayé de le joindre pour ce problème ? (une seule réponse possible)

Oui, vous aviez essayé de joindre votre médecin habituel, mais il était absent..... 1
Oui, votre médecin vous avait proposé de le voir plus tard mais vous aviez (votre enfant avait) besoin d'être soulagé et/ou rassuré immédiatement..... 2
Non, c'était en dehors des heures d'ouverture de son cabinet 3
Non, car il travaille sur rendez-vous 4
Non, vous ne vouliez pas le déranger 5
Non, vous n'y avez pas pensé..... 6

Q 6. Combien de temps s'est-il écoulé entre le début de votre problème (ou celui de votre enfant) et la décision de vous rendre aux urgences ? (une seule réponse possible)

Moins d'une heure..... 1
Entre 1 et 3 heures..... 2
Une demi-journée..... 3
Une journée 4
Deux jours 5
Plus de deux jours 6

Q 7. Avez-vous fait des démarches le ou les jours précédant votre venue aux urgences pour régler ce problème ?

OUI..... 1
NON 2

Q 8. Quel type de démarches avez-vous faites ? (plusieurs réponses possibles)

	OUI	NON
Vous aviez contacté un médecin	1.....	2
Vous aviez consulté une personne de votre entourage (famille , amis, employeur)	1.....	2
Vous aviez essayé de vous soigner (de soigner votre enfant) tout seul.....	1.....	2
Vous aviez essayé de joindre un médecin, mais vous n'avez pas réussi.....	1.....	2

Q 9. Quelle solution ce médecin vous avait-il proposée ? (une seule réponse possible)

Il m'avait rassuré et m'avait conseillé d'attendre 1
Un conseil téléphonique..... 2
Une consultation chez lui..... 3
Une visite à domicile..... 4
Une orientation vers un médecin de garde ou SOS médecins..... 5
Une orientation vers un autre médecin..... 6
Une orientation vers les urgences de l'hôpital ou de la clinique 7
Ne sais pas..... 8

Q 10 Avez-vous suivi son conseil ?

OUI.....	1
NON.....	2

Q 11 Qu'avez-vous fait à ce moment là ? (une seule réponse possible)

J'ai contacté un médecin de garde ou SOS Médecins.....	1
J'ai contacté un autre médecin.....	2
J'ai appelé le SAMU ou les pompiers.....	3
J'ai préféré attendre.....	4
Je suis allé aux urgences.....	5
Autres.....	6
Ne sais pas.....	7

Q 12. Qui vous a finalement conseillé d'aller aux urgences ? (une seule réponse possible)

Un médecin de garde, SOS médecins.....	1
Un autre médecin généraliste.....	2
Un médecin spécialiste de ville.....	3
Un médecin hospitalier.....	4
Le SAMU / Centre 15.....	5
Les pompiers.....	6
La police ou la gendarmerie.....	7
Un pharmacien.....	8
Une infirmière.....	9
Mon entourage (famille, amis, employeur).....	10
Je l'ai décidé seul.....	11
Ne sais pas.....	12

Q 13. Tous comptes faits, pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

	OUI	NON
Parce que c'était un médecin qui vous l'avait conseillé	1	2
Vous ne connaissiez pas de médecin à qui vous adresser	1	2
L'hôpital (ou la clinique) est l'endroit le plus proche de chez vous pour vous faire soigner (soigner votre enfant)	1	2
Votre médecin était absent et vous ne vouliez consulter ni son remplaçant ni un médecin de garde (ou SOS médecins)	1	2
Vous pensiez que c'était grave et qu'on devrait peut-être vous hospitaliser (hospitaliser votre enfant)	1	2
Vous pensiez qu'il y aurait peut-être besoin d'un avis ou d'une intervention spécialisés	1	2
Vous pensiez qu'il faudrait faire des examens	1	2
Vous aviez consulté et vous (votre enfant) suiviez déjà un traitement, mais vous (votre enfant) n'alliez pas mieux	1	2
Vous (votre enfant) aviez déjà eu un problème précédemment et le médecin que vous aviez vu vous avait dit "la prochaine fois, consultez plus vite, n'attendez pas"	1	2

Vous (votre enfant) souhaitiez être pris en charge par un autre service de l'hôpital ou de la clinique, mais celui-ci ne pouvait pas vous (le) prendre rapidement	1	2
Vous saviez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent	1	2
Vous aviez besoin d'une attestation médicale pour porter plainte ou pour un dossier d'assurance	1	2
Vous aviez besoin pour des raisons personnelles (pour votre travail ou vos enfants) que ce problème soit réglé rapidement	1	2

Q 14. Pensiez-vous avoir besoin d'un examen complémentaire ?

OUI.....	1
NON	2

Q 15. Lequel ?

Radiographie (ou échographie)	1
Scanner.....	2
Examens biologiques	3
Electrocardiogramme	4
Autres	5
Ne sais pas.....	6

Q 16. Pour cette visite aux urgences, êtes-vous venu seul ou accompagné ?

Seul.....	1
Accompagné (si uniquement par les pompiers, cochez la réponse 1)	2
Ne sais pas.....	3

Q 17. Aviez-vous (votre enfant avait-il) déjà eu le problème de santé qui vous a amené aux urgences ?

OUI.....	1
NON	2

Q 18. Où aviez été soigné la dernière fois que ce problème s'est présenté (une seule réponse possible)?

En ville par un médecin généraliste	1
En ville par un médecin spécialiste.....	2
A l'hôpital	3
Dans une clinique.....	4
Je n'avais consulté personne	5
Ne sais pas.....	6

Q 19. Etiez-vous venu auparavant dans ce service d'urgences, pour vous ou un membre de votre famille ?

OUI.....	1
NON	2

Q 20. Pour connaître le nom du médecin de garde en ville, comment faites vous ? (plusieurs réponses possibles)

Je téléphone chez mon médecin pour consulter son répondeur	1
J'appelle le commissariat de police.....	2
Je consulte le journal.....	3
Je vais voir chez un pharmacien.....	4
Je vais voir ou je téléphone à la mairie	5
Je téléphone au 15	6
Je téléphone au 12.....	7
Je fais appel aux services de mon portable	8
Ne sais pas.....	9
Autres	10
Je consulte sur internet.....	11
Précisez _____	

Q 21. Si vous pensiez avoir besoin d'une radio, croyez-vous qu'il soit possible d'aller chez un radiologue sans ordonnance médicale ?

OUI.....	1
NON	2
Ne sais pas.....	3

Pour conclure, je vais vous demander quelques informations vous concernant ou concernant le patient :

Q 22. Sexe du patient:

Homme.....	1
Femme.....	2

Q 23. Quel est votre âge (patient) :

/_/_/ ANS

Si le patient à moins de 15 ans, les questions suivantes concernent :

Les parents de l'enfant si l'enfant est accompagné pas un de ses parents ou par une autre personne à la demande de ses parents.

L'accompagnant si c'est lui qui a décidé d'accompagner l'enfant aux urgences de sa propre initiative.

Si le patient à plus de 15 ans, les questions suivantes le concernent

Q 24. Quelle est votre situation familiale : (Enumérer. Une seule réponse possible)

Vit seul(e) sans enfant.....	1
Seul(e) avec enfant(s).....	2
En couple sans enfant.....	3
En couple avec enfant(s).....	4
Autre.....	5
Vit chez ses parents.....	6

Q 25. Logement:

Stable.....	1
Précaire.....	2
SDF	3

Q 26. Combien avez-vous d'enfants à charge au foyer ?

/_/_/ ENFANT(S) A CHARGE

Q 27. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (une seule réponse possible)

Exerce une profession à son compte ou comme salarié ...	1
Chômeur.....	2
Etudiant élève en formation ou en stage non rémunéré ...	3
Militaire du contingent.....	4
Retraité.....	5
Femme au foyer	6
Autre inactif	7

Q 28. Quelle est votre profession (une seule réponse possible)**Pour les chômeurs, mettre la profession antérieure**

Agriculteur exploitant	1
Artisan petit commerçant.....	2
Chef d'entreprise de plus de 10 salariés	3
Profession libérale.....	4
Professeur / Profession scientifique	5
Cadre et autre profession intellectuelle supérieure	6
Profession intermédiaire.....	7
Instituteur ou assimilé	8
Employé	9
Personnel de service	10
Ouvrier / Ouvrier agricole.....	11
Retraité.....	12
Elève / Etudiant.....	13
Autres / Inactif	14

Q 29. Quel est votre niveau d'études (dernier diplôme obtenu)

Aucun diplôme.....	1
Certificat d'études (primaire).....	2
CAP.....	3
Brevet simple BEPC brevet des collèges	4
BEP	5
Bac d'enseignement technique	6
Bac d'enseignement général.....	7
Niveau bac+2 (BTS DUT DEUG)	8
Diplôme du 2 ^{ème} cycle de l'enseignement supérieur.....	9
Diplôme du 3 ^{ème} cycle de l'enseignement supérieur.....	10
Diplôme d'une grande école.....	11
Autres préciser : _____	

Q 30. Bénéficiez-vous de la sécurité sociale ?

OUI (y compris CMU de base).....	1
NON.....	2
Ne sais pas.....	3

Q 31. En ce qui concerne la couverture complémentaire, bénéficiez – vous ?

De la CMU complémentaire	1
d'une mutuelle ou d'une autre assurance complémentaire.....	2
d'aucune assurance complémentaire.....	3
Ne sais pas.....	4

Q 32. Dans quelle ville habitez vous ?

Code postal /_/_/_/_/_/_/

X- BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*, 12 juillet 2000, N°72
- 2 - A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques : analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p.143
- 3 - A. DAVIDO, B.DIAKITE, N. SEMBACH et al. Les consultations non urgentes (CNU) dans les services d'urgences : importance et signification. *Réan Urg*, 1996, 5, p. 131
- 4 - V. LAFAY, I. KONEPAUT, I. TONOLLI et al. Profil de l' « usager abusif » du SAU. *Réan Urg*, 1998, 7, p.143
- 5 - A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. *Réan Urg*, 1999, 8, p.141
- 6 - A. BELLOU, J.-D. de KORWIN, J. BOUGET et al. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. *La Revue de Médecin interne*, 2003, 24, p. 602-612
- 7 - T. LANG, A. DAVIDO, B. DIAKITE et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». *Revue médicale de l'assurance médicale*, 1998, 3, p. 72-78
- 8 - N. BREUIL, L. GERBAUD, S. UGHETTO et al. Les urgences sociales en Auvergne A propos d'une étude prospective dans 7 services d'urgence hospitalière. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 9-14
- 9 - G. DERAME, D. EL KOURI, M. HAMIDOU et al. Les passages non justifiés aux urgences Proposition d'une offre de soins différenciée. *Presse Med*, 33, p. 780-783

- 10 - P. MANET, G. BLEICHNER, L. HOLZAPFEL. Enquête sur les services d'accueil des centres hospitaliers régionaux universitaires. *Réan Urg*, 1992, 1, p. 568-577
- 11 - R. FOUR, H. ALAMIR, P. BABE et al. Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval, Nice, en 1999. *JEUR*, 2002, 15, p. 59-69
- 12 - V. HUE, S. JORIOT, A. MARTINOT et al. Impact des connaissances médicales des parents sur le recours à une unité d'urgences pédiatriques. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 143
- 13 - A BRIERE-SAVARD, R. CARBAJAL, N. SIMON et al. Modalités et qualité du suivi des enfants venus consulter aux urgences. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 144
- 14 - Ph. LESTAVEL, F. DUFFOZEZ, N. SAMITI et al. « Passages inappropriés » aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? *Réan Urg*, 1999, 8, p. 142
- 15 - G. DUVAL, A. PRUGNARD, J. MENARES, F. PASSY et al. Résultats préliminaires d'une enquête de satisfaction auprès des usagers d'un service d'urgences. *Réan Urg*, 1999, 8, p. 142
- 16 - Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°215
- 17 - Ministère de l'emploi et de la Solidarité. L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998. *Etudes et Résultats*, juillet 1999, N°24
- 18 - Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, janvier 2003, N°212
- 19 - Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2000, 184, n°2, p. 379-402, séance du 15 février 2000
- 20 - L. EL GHOZI. Rapport d'activité du service d'accueil des urgences de l'hôpital Max Fourestier, 2007

- 21 - M. GOUYON, G. LABARTHE. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. *Etudes et Résultats*, mars 2006, N° 471
- 22 - B. BLETTERY, B. PERRIN. Evolution de l'activité d'un service d'accueil des urgences. Bilan de 10 ans d'activité (de 1987 à 1997) (280 000 patients). *Réan Urg*, 1999, 8, p.175
- 23 - A. MOREL. Le PMSI appliqué au CASH de Nanterre. Limite d'une analyse et perspectives d'évolution de l'instrument d'évaluation. *Revue hospitalière de France*, 1999, N°5, p. 47-51
- 24 - J. N. DI MARCO, J.F. LAUDE, L. CASTANIER, Y. RIMET et al. Urgences médicales pédiatriques : classification clinique en stades de gravité, répartition entre jours fériés et ouvrables. *La presse médicale*, 1999, 28, N°33, p. 1813-1815
- 25 - V. CARRASCO. Les usagers des urgences. *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, septembre 2005, N°52, p.18-22

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le Président de Thèse
Faculté de médecine Paris VII
Denis Diderot

Mr le Professeur Marc BRODIN

Vu :

Le Doyen de la Faculté de médecine Paris VII
Denis Diderot

Mr Le professeur Benoît SCHLEMMER

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Président de l'Université Paris 7 – Denis Diderot
et par Délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Argumentaire : les consultations spontanées non suivies d'hospitalisation sont en grande partie responsables de l'augmentation du nombre de passages aux urgences.

Objectif du l'étude : caractériser la population qui consulte spontanément aux urgences de Nanterre et essayer de comprendre ce qui l'a amené à recourir aux urgences plutôt qu'aux solutions alternatives en ville.

Matériel et méthode : enquête prospective incluant tous les patients consultant spontanément aux urgences de Nanterre entre 8 h et 20 du lundi au vendredi et le samedi matin et dont le passage aux urgences n'a pas débouché sur une hospitalisation. Recueil des caractéristiques socio-démographiques, du parcours de soins et des motifs de recours aux urgences. Données recueillies au moyen d'un questionnaire extrait d'une enquête nationale réalisée par la Drees sur un échantillon représentatif des usagers des urgences.

Résultats : les patients consultant spontanément aux urgences de Nanterre forment une population plus jeune et masculine que la population générale de Nanterre. La plupart ont un médecin traitant mais ils ont rarement essayé de le contacter avant de se rendre aux urgences. Les motifs de consultation relèvent principalement de préoccupations pratiques telles que la disponibilité des soins et l'accès au plateau technique. Les patients sont mal informés des possibilités de prise en charge en ville mais connaissent souvent déjà le service des urgences de Nanterre.

Discipline : DES de médecine générale

Mots-clés : urgences, parcours de soin, Nanterre, consultations spontanées