



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2**  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

*Année : 2012*

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**ÉVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE PAS-DE-CALAIS :**  
**ÉTUDE PROSPECTIVE SUR QUATRE JOURS DES PATIENTS CONSULTANT AUX**  
**URGENCES**

**Présentée et soutenue publiquement le mardi 11 décembre 2012**

au Pôle Formation de la Faculté

**Par Stéphane Delmotte**

**Jury**

**Président : Monsieur le Professeur BEUSCART**  
**Assesseurs : Monsieur le Professeur LEFEBVRE**  
**Monsieur le Professeur WIEL**  
**Monsieur le Docteur TIFFREAU**

**Directeur de Thèse : Madame le Docteur DOUCHET**

## **ABREVIATIONS REPRISES DANS CE VOLUME**

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SAU : service d'accueil des urgences

VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes

ATSU : Association départementale des transports sanitaires urgents

PDS : permanence des soins

INVS : institut national de veille sanitaire

IFSI : institut de formation aux soins infirmiers

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

CHAM : centre hospitalier de l'agglomération montreuilloise

CHRSO : centre hospitalier de la région de Saint-Omer

CMU : couverture maladie universelle

---

**I- INTRODUCTION** **6**

---

**II- MATERIEL ET METHODE** **8****A- MATERIEL** **8****B- METHODE** **10**1- LES CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE 10a. Conception 10b. Particularités du recueil 14c. Problèmes rencontrés 152- LES OBJECTIFS DE L'ETUDE 16a. Objectif principal 16b. Objectifs secondaires 163- ANALYSE STATISTIQUE 17a. Statistiques descriptives 17b. Analyses univariées 18c. Modèle de régression logistique 18

---

**III- RESULTATS** **20****A- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION** **20**1- REPARTITION DES SEXES ET DE L'AGE 212- COMPLEMENTAIRE SANTE 213- CONTRAT DE SOIN 234- CENTRES HOSPITALIERS 23a. Répartition selon le site 23b. Répartition selon l'âge 24**B- MODE D'ENTREE AUX URGENCES** **25**1- HORAIRES D'ENTREE 262- MODE D'ENTREE 283- ORIENTATION VERS LES URGENCES 29**C- PRISE EN CHARGE AUX URGENCES** **30**1- EXAMENS COMPLEMENTAIRES AUX URGENCES 31a. Consultation simple et hospitalisation 31b. Examens complémentaires et avis spécialisé 312- EXAMENS ET CONSULTATIONS EN EXTERNE 323- DUREE DU PASSAGE AUX URGENCES 33

<b>D- PERCEPTION DES URGENCES PAR LES PATIENTS, LEURS ATTENTES</b>	<b>34</b>
1- RAISON DE LA CONSULTATION AUX URGENCES	34
2- ALTERNATIVES EVENTUELLES	35
<b>E- SORTIE SANS EXAMEN COMPLEMENTAIRE</b>	<b>36</b>
1- ÂGE ET SEXE	37
2- MODE D'ENTREE	37
3- HEURE ET DATE D'ENTREE	38
4- CENTRE HOSPITALIER	38
5- PARCOURS DE SOINS	38
6- ASSURANCE COMPLEMENTAIRE DE SANTE	39
7- SENTIMENT D'URGENCE RESSENTI PAR LE PATIENT	39
<b>F- MODELISATION</b>	<b>40</b>
<b>IV- DISCUSSION</b>	<b>43</b>
<hr/>	
<b>A- SYNTHESE DES RESULTATS</b>	<b>43</b>
<b>B- DISCUSSION DES RESULTATS</b>	<b>43</b>
1- POPULATION ETUDIEE	43
2- CONSOMMATION DE SOINS	45
3- CRITERE DE JUGEMENT	46
<b>C- LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE</b>	<b>49</b>
<b>V- CONCLUSION</b>	<b>53</b>
<hr/>	
<b>VI- BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>55</b>
<b>VII- ANNEXES</b>	<b>57</b>
<hr/>	

## **I- INTRODUCTION**

Les services d'urgence sont devenus au cours des deux dernières décennies un maillon incontournable de la permanence des soins, telle qu'elle est définie et souscrite dans le code de santé publique (Articles R4127-77 et R4127-78).

Alors que la médecine d'urgence est sur le point de devenir une spécialité médicale à part entière, le nombre de recours non urgents a littéralement explosé durant cette période et les urgences sont de plus en plus perçues par la population comme des services de consultation [1].

Outre l'important surcoût engendré par ces passages que l'on peut qualifier d'abusifs, la qualité de prise en charge des patients qui nécessitent des soins urgents risque fort de se trouver amoindrie par le fait de la désorganisation que provoquent cet afflux de consultants et du surcroît de travail.

Des études récentes se sont intéressées aux raisons de ces changements d'habitude des patients. Il en ressort que le passage aux urgences relève de la méconnaissance du système de soins et d'une commodité pratique (proximité, accès aux plateaux techniques, disponibilité) [2]. L'évolution de la démographie des médecins généralistes ou spécialistes en exercice [3], les modifications de l'organisation de la permanence des soins [4] sont également mises en cause.

Peu de propositions ont été faites néanmoins pour aider les services d'urgences médicale et chirurgicale à effectuer dans de meilleures conditions leur mission.

Nous proposons donc par ce travail de tenter d'identifier les facteurs prédictifs d'un passage aux urgences non justifié et par là même de réfléchir à des dispositifs alternatifs de prise en charge qui permettraient à la fois de soulager les services d'urgence sans nuire à la qualité des soins due à la population.

## **II- MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A- Matériel**

#### **1- Les centres analysés**

Cette étude a été réalisée aux services d'accueil et de traitement des urgences des centres hospitaliers du département du Pas-de-Calais. Les chefs de service, les Docteurs Pauquet, Khodr, Pegoraro, Dubar, Parmentier, Pignon, Duncan et les cadres de santé ont donné leur accord pour la réalisation de ce travail.

Les centres sont répartis selon le découpage des secteurs sanitaires définis par le ministère de la santé. Les structures assimilées des hôpitaux locaux, des établissements à but non lucratif participant au service public et des établissements privés n'étaient pas concernées.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation périodique de la permanence des soins (PDS) diligentée par le Comité d'organisation de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS).

## **2- La population étudiée**

Il a été demandé à tous les patients ou à leurs accompagnants se présentant aux urgences des hôpitaux d'Arras, Béthune, Boulogne-sur-Mer, Calais, Lens, Montreuil-sur-Mer et Saint-Omer de répondre au questionnaire qui a servi de base à cette étude.



## **B- Méthode**

### **1- Les caractéristiques de l'étude**

#### *a. Conception*

Cette étude est prospective, multicentrique, observationnelle et descriptive. Elle a été menée sur une période de quatre jours consécutifs, du vendredi à partir de 7H00 du matin au lundi suivant à minuit, soit une période de 89 heures.

Le questionnaire utilisé pour le recueil des données a été réalisé sous la responsabilité des Docteurs Cécile Douchet, urgentiste au centre hospitalier d'Arras, et François-René Knockaert, médecin à l'INVS. Il a été relu, corrigé puis accepté par les membres du Codamups lors d'une réunion régulière.

Il est composé de trois sections, se présentant sous la forme de quatre feuilles en verso simple [Annexe 1].

La première page est destinée à identifier l'exemplaire afin de faciliter le classement des données. Elle est ensuite détruite dans le souci de respecter l'anonymat des

patients, un numéro unique est alors attribué au dossier pour la suite de son utilisation.

Les deux premières parties sont complétées par le patient ou ses accompagnants, elle concerne les informations administratives et le parcours du patient aboutissant aux urgences.

On renseigne sur la seconde page le centre hospitalier, la date du jour et l'heure d'entrée. L'âge et la date de naissance, le code postal de la commune et le sexe du patient sont ensuite relevés. Le mode d'entrée dans le service est précisé (véhicule particulier, ambulance privée, VSAB, SMUR ou autre moyen de transport).

Viennent ensuite les informations précisant l'orientation du patient vers les urgences.

Il s'agit de déterminer si le patient est adressé, ou s'il consulte les urgences en première intention, sans autre contact avec un effecteur de soins auparavant. Le questionnaire est alors complété à la manière d'un algorithme. Quand le patient est adressé aux urgences, on détermine qui l'y envoie (médecin spécialiste, généraliste, maison médicale, CRRAL, SAMU ou un autre intervenant) et si un courrier médical a été rédigé et remis au patient, à l'attention du service. Quand le patient n'est pas adressé, on détermine dans un premier temps s'il a tenté de joindre un médecin ou un centre de régulation. Si c'est le cas, on tente préciser lequel (médecin de garde, CRRAL, SAMU, Pompiers) ainsi que la raison de l'échec de cette démarche (temps

d'attente trop long, médecin traitant indisponible, non joignable, absent). Si le service des urgences est le premier sollicité, on demande au patient d'en préciser la raison (état de santé jugé préoccupant, non connaissance de la permanence des soins, ne souhaite pas consulter un autre médecin).

La section suivante est réservée à tous les patients. Elle offre un choix multiple de réponses qui caractérise l'intérêt de la consultation aux urgences (médecin présent en permanence, prise en charge immédiate en cas de nécessité, moyens techniques, compétences du personnel, proximité géographique, absence d'avance de frais, urgence ressentie). On recueille en corollaire les préférences des patients si une alternative à la consultation aux urgences avait été proposée (médecin traitant aux heures ouvrables, consultation au cabinet ou visite du médecin de garde du secteur, conseil téléphonique).

Un item est encore consacré au respect de la filière de soins. Il relève si le patient a signé un contrat de soin avec son médecin traitant.

On recherche ensuite si les patients disposent d'une assurance complémentaire de santé, en précisant s'il s'agit d'une mutuelle privée ou de la CMU.

La troisième partie, rétrospective, est constituée du volet de la prise en charge médicale, qui est complété, après la clôture du passage aux urgences, par mes

soins. Il s'agit ici encore d'un algorithme en fonction de la sortie ou de l'hospitalisation du patient à la fin de son séjour aux urgences.

On collecte ici les informations permettant de préciser si le patient a bénéficié d'une simple consultation (sortie sans examen complémentaire), d'examens complémentaires avec sortie au domicile ou d'une hospitalisation. On entendait pour ce critère, un épisode débouchant sur la poursuite du séjour dans un service de soins ou un épisode côté UHCD aux urgences. Les examens complémentaires relevés sont les plus couramment réalisés aux urgences (biologie, électrocardiogramme, radiographie standard, tomodensitométrie) [5]. On relève aussi la demande de consultation, par l'urgentiste, d'un spécialiste aux urgences.

La durée du séjour aux urgences est collectée (inférieure à 3 heures, inférieure à 6 heures, inférieure ou supérieure à 24 heures). Tous ces items sont complétés, que le patient soit hospitalisé ou non.

Quand le patient n'est pas hospitalisé, on recherche si l'urgentiste a jugé nécessaire qu'un suivi des soins soit réalisé à distance de la consultation (réévaluation par le médecin traitant, avis spécialisé, examen complémentaire).

Après la période de recueil, les données manquantes sont recherchées sur le dossier clinique correspondant et ajoutées au questionnaire.

Les questionnaires complets font enfin l'objet de l'analyse statistique à l'unité d'épidémiologie du centre hospitalier d'Arras.

*b. Particularités du recueil*

Pour cette étude, il nous a paru nécessaire que le recueil des informations soit le plus proche possible de l'exhaustivité des passages aux urgences. La réalisation de cette condition ne pouvait s'entendre qu'en ayant recours à plusieurs personnes se relayant sur la durée de l'étude et affectées à cette tâche uniquement. Des étudiants infirmiers se sont vus ainsi affectés à ce poste. Trois personnes par période de vingt-quatre heures du vendredi matin 7H00 au lundi soir suivant à minuit.

Les IFSI des centres hospitaliers impliqués avaient répondu favorablement à cette demande au préalable. Ils ont mis à notre disposition leurs locaux afin que les étudiants concernés puissent recevoir l'information nécessaire à la bonne marche du recueil des données. Un rappel leur a été fait à cette occasion des structures et des intervenants de la permanence de soins dans le Pas-de-Calais.

Enfin, un document [ANNEXE 2] au format A3 a été réalisé et affiché à destination des enquêteurs dans tous les SAU concernés.

### *c. Problèmes rencontrés*

La simultanéité et l'amplitude géographique de la réalisation du recueil des données ont rendu difficile de trouver et mettre en place une solution aux problèmes auxquels nous avons été confrontés. Malgré nos appels téléphoniques répétés dans les services afin de nous assurer du bon déroulement de l'enquête, plusieurs incidents d'importance variable n'ont pu être résolus.

Plusieurs étudiants ne se sont pas présentés comme cela avait été prévu. Au CHAM, le recueil a été réalisé par l'IAO sur la durée du premier poste (de 7 heures à 14 heures). Il n'y a pas eu de répercussion sur la qualité du recueil ni sur la bonne marche du service.

Au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, les absences répétées de deux étudiants ont rendu totalement impossible l'exploitation des données. Plusieurs postes de jours et de nuit n'ont ainsi pas été pourvus. Malgré nos requêtes auprès de l'IFSI et de sa directrice, aucune réorganisation du planigramme n'a pu être réalisée. La charge de travail a été trop importante pour que le personnel présent puisse pallier ces absences sans gêner la prise en charge des patients qui consultaient alors aux urgences.

En ce qui concerne le centre hospitalier de Lens, bien que rien d'alarmant ne nous fut signalé, de nombreuses entraves ont anéanti le travail envisagé. Une majorité

des questionnaires était incomplète et non identifiée. Le recueil n'a pas eu lieu sur toute la période définie. L'accès qui nous fut fourni aux dossiers cliniques était inexploitable et incompatible au remplissage de la section médicale des questionnaires.

## **2- Les objectifs de l'étude**

### *a. Objectif principal*

Cette étude a pour but de situer la place du recours aux urgences dans le contexte de la permanence des soins et de définir notamment les passages ne relevant pas de la prise en charge par les SAU.

Le critère de jugement porte sur les patients sortis des urgences ayant bénéficié d'une consultation médicale sans autre examen complémentaire.

### *b. Objectifs secondaires*

Il s'agit aussi de décrire les événements qui amènent les patients à consulter aux urgences et les a priori des usagers vis à vis de ces services.

### **3- Analyse statistique**

Nous avons utilisé le logiciel Epi info pour saisir les données du questionnaire de cette étude.

Ces données ont été analysées à l'aide du logiciel libre R.

Un échantillon de 1203 patients a été ensuite sélectionné parmi la population initiale obtenue. Nous avons exclu les patients ayant de trop nombreuses données manquantes.

#### *a. Statistiques descriptives*

Nous avons étudié la population consultant aux urgences en considérant le sexe, l'âge, le centre hospitalier. Nous avons défini un profil sociologique en tenant compte de l'existence d'un contrat de soin et de l'adhésion à une assurance complémentaire de santé. Nous avons exploré le jour et l'heure d'entrée, les examens réalisés, la survenue d'une hospitalisation et la prescription d'actes après la consultation aux urgences.

Nous avons estimé des proportions, des moyennes et des médianes.

Nous avons calculé des intervalles de confiance à 95%. Le seuil du risque alpha considéré était de 5%.



### *b. Analyses univariées*

Les analyses univariées ont pour but d'apprécier une éventuelle association entre deux variables. Nous avons eu recours au test du  $\chi^2$ , à partir de tableaux de contingence, pour étudier la relation entre deux variables qualitatives.

Pour comparer les moyennes, nous avons utilisé le t-test de student.

Les Odds Ratios (OR) obtenus à partir d'un modèle de régression logistique dans lequel la variable dépendante (à expliquer) était représentée par la sortie des urgences sans la réalisation d'examen complémentaire. Ces OR ont permis de tester et de quantifier la force de l'association entre la variable dépendante et différentes variables explicatives décrivant le profil des patients inclus dans notre étude.

### *c. Modèle de régression logistique*

Les associations significatives entre les variables décrivant les caractéristiques des patients (variables explicatives) et leur devenir (variables à expliquer) ont été appréciées à l'aide de Ratios issus d'un modèle de régression logistique. Le critère d'intérêt dans notre étude était défini par la sortie des urgences sans examen complémentaire ; il permettait en effet de proposer un élément de jugement de l'efficacité du recours aux urgences. La variable à expliquer était donc le fait de

bénéficier d'une consultation simple et codée de façon binaire. Les associations entre les variables explicatives et la variable à expliquer ont été appréciées depuis une première étape univariée et ensuite à partir d'un modèle multivarié où les associations mesurées étaient ajustées entre elles. Cet ajustement permettait de diminuer les phénomènes de confusion

Les variables sélectionnées pour l'introduction dans le modèle étaient celles qui présentaient une association avec le risque de sortie sans examen complémentaire avec un seuil de signification  $\leq 0,20$  lors de l'étude. Nous avons sélectionné les variables dans le modèle de régression logistique final à partir d'une procédure pas à pas « backward stepwise ». Nous avons introduit, dans un premier temps, l'ensemble des variables candidates dans le modèle, puis nous avons écarté celles qui avaient une signification statistique ajustée  $> 0,20$ . La modélisation permettait de distinguer les principaux facteurs explicatifs du critère de jugement retenu, ici la sortie sans examen complémentaire.

### **III- RÉSULTATS**

#### **A- Caractéristiques de la population**

Les données utilisées pour caractériser le profil de la population sont reprises dans

le *tableau 1*.

	<b>PEDIATRIE</b>	<b>ADULTE</b>	<b>GERIATRIE</b>
<b>SEXE</b>			
Homme	174 (52.3%)	404 (55.9%)	64 (43.5%)
Femme	159 (47.7%)	319 (44.1%)	83 (56.5%)
<b>CENTRE HOSPITALIER</b>			
Béthune	101 (30.3%)	163 (22.5%)	49 (33.3%)
Arras	49 (14.7%)	206 (28.5%)	30 (20.4%)
Calais	79 (23.7%)	132 (18.3%)	9 (6.1%)
Saint-Omer	56 (16.8%)	110 (15.2%)	34 (23.1%)
Montreuil	48 (14.4%)	112 (15.5%)	25 (17%)
<b>COMPLÉMENTAIRE SANTÉ</b>			
CMU	68 (20.4%)	128 (17.7%)	3 (2%)
Complémentaire privée	252 (75.7%)	547 (75.7%)	125 (85%)
Aucune assurance	11 (3.3%)	43 (5.9%)	18 (12.2%)
Non renseigné	2 (0.6%)	5 (0.7%)	1 (0.7%)
<b>CONTRAT DE SOINS</b>			
Oui	331 (99.4%)	712 (98.5%)	147 (100%)
Non	2 (0.6%)	11 (1.5%)	0 (0)

**Tableau 1 - Profil des patients consultant aux urgences -**

## **1- Répartition des sexes et de l'âge**

La population étudiée était composée en majorité de femmes (sex-ratio = 1,14).

L'âge des patients variait de 0 à 102 ans. L'âge médian était de 30 ans (quartile 25% : 17 ans ; quartile 75% : 55 ans). Il existait une différence significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ ).

Les femmes étaient en moyenne plus âgées que les hommes. Elles représentaient 56,5% (sex-ratio = 1,44) du groupe « Gériatrie » ( $\geq 75$  ans) contre seulement 47,7% (sex-ratio = 1,09) du groupe « Pédiatrie » ( $< 18$  ans) et 44,1% (sex-ratio = 1,26) du groupe « Adultes ».

Le groupe « Adulte » ( $\geq 18$  ans et  $< 75$  ans) représentait la majorité des patients consultant aux urgences, soit près des deux tiers. Le groupe « Pédiatrie » était le second plus important, environ un quart. Le groupe « Gériatrie » était le moins représenté avec 12,2%.

## **2- Complémentaire santé**

Quasiment tous les patients possédaient une assurance complémentaire de santé ( $n=1123$  ; 93,3%). Parmi ces personnes, plus des trois quarts souscrivaient à une mutuelle privée et les autres bénéficiaient du régime de la CMU. Seulement 6% des

consultants ne disposaient d'aucune assurance. La donnée n'avait pas pu être renseignée pour 8 d'entre eux.

La mutuelle privée est la complémentaire santé la plus représentée dans le groupe « Gériatrie ». Sa représentation est identique dans les groupes « Adulte » et « pédiatrie ».

La CMU est la moins représentée dans le groupe « Gériatrie » avec seulement 2% des consultants, tandis qu'elle représente 17,7% du groupe « Adulte » et 20,4% des patients de « Pédiatrie ».

Le taux le plus fort de patients ne bénéficiant pas de complémentaire santé était rencontré chez les patients les plus âgés, avec 12,2% du groupe « Gériatrie », contre 5,9% chez les « Adulte » et seulement 3,3% pour le groupe « Pédiatrie ».

Si l'on considère les centres hospitaliers, c'est à Calais que l'on rencontre le plus fort taux de patients bénéficiant de la CMU. Les autres centres hospitaliers voient plutôt un taux avoisinant 15%. Un peu plus de trois quarts des patients consultant aux urgences sur la période étudiée souscrivent à une mutuelle privée dans les services de Béthune, Arras, Montreuil et Saint-Omer. La proportion est de deux tiers à Calais. Moins de 10% des patients ne bénéficient d'aucune couverture médicale. Le taux le plus faible est rencontré à Calais (5,5%).

### **3- Contrat de soin**

Quasiment tous les patients avaient signé un contrat de soins avec un médecin avant de consulter aux urgences. L'intégralité du groupe « Gériatrie » avait un médecin traitant déclaré, ainsi que l'immense majorité des « Adultes » et de la « Pédiatrie ».

### **4- Centres hospitaliers**

#### *a. Répartition selon le site*

Le nombre le plus important de consultations sur la période de l'étude est réalisé à l'hôpital de Béthune où plus d'un quart des passages est réalisé. Suivent ensuite Arras (23,7%), Calais (18,3%), Saint-Omer (16,6%) et Montreuil-sur-Mer (15,4%).

### *b. Répartition selon l'âge*

Il existe une disparité des âges en fonction du site de consultation. Ainsi Béthune a le plus fort taux de consultation pour les âges extrêmes avec un tiers de la totalité des consultants pour la « Pédiatrie » et pour la « Gériatrie ».

Les plus faibles taux de « Pédiatrie » se voient à Arras et au CHAM.

Le plus faible passage pour la « Gériatrie » est observé à l'hôpital de Calais qui n'enregistre que 9 passages (6,1%).

La plus forte proportion de passage pour le groupe « Adulte » se fait à Arras (28,5%), la plus faible au CHAM avec 15,5%.

Si l'on considère les proportions à l'intérieur de chaque centre hospitalier, c'est à Calais (35,9%) et à Béthune (32,3%) que l'on traite le plus de pédiatrie et à Arras que l'on en traite le moins (17,2%). Pour les autres centres étudiés, la pédiatrie représente environ un quart des passages. Les prises en charge concernant les patients adultes représentaient plus de la moitié des passages, avec un minimum pour Béthune (52,1%) et Saint-Omer (55%), un maximum pour Arras (72,3%). La gériatrie représente la plus faible proportion du flux des patients, n'excédant pas 17% des passages à Saint-Omer et chutant à 4,1% à Calais. Pour les autres centres, elle représente 10 à 15% des consultations réalisées aux urgences.

## B- Mode d'entrée aux urgences

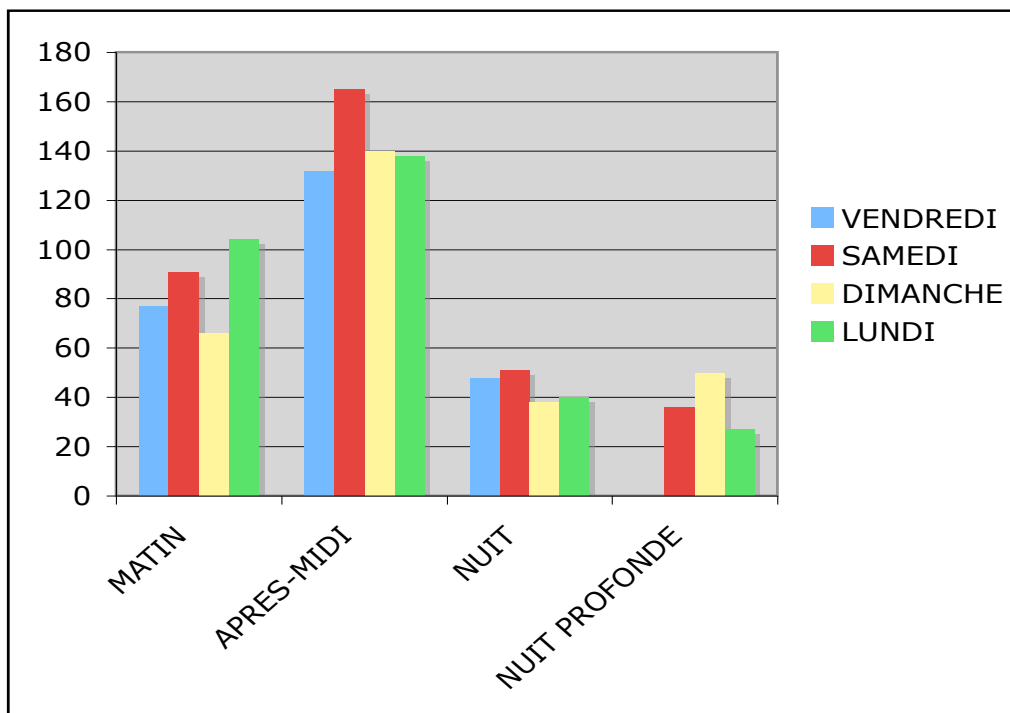
	<b>VENDREDI</b>	<b>SAMEDI</b>	<b>DIMANCHE</b>	<b>LUNDI</b>
<b>CENTRE HOSPITALIER</b>				
Béthune	57 (22.2%)	78 (24.7%)	98 (28,9%)	80 (27.7%)
Arras	75 (29.2%)	71 (22.4%)	66 (19.4%)	73 (25.3%)
Montreuil	30 (11.7%)	61 (19.2%)	49 (14,4%)	45 (15.6%)
Calais	45 (17.5%)	56 (17.6%)	81 (23.9%)	38 (13.1%)
Saint-Omer	50 (19.5%)	51 (16.1%)	45 (13.3%)	53 (18.3%)
<b>HEURE D'ENTRÉE</b>				
Matin	77 (30%)	91 (26.5%)	66 (22.4%)	104 (33.7%)
Après-midi	132 (51.4%)	165 (48.1%)	140 (47.6%)	138 (44.7%)
Nuit	48 (18.7%)	51 (14.9%)	38 (12.9%)	40 (12.9%)
Nuit profonde	0 (0)	36 (10.5%)	50 (17%)	27 (8.7%)
<b>MODE D'ENTRÉE</b>				
Véhicule particulier	150 (58.4%)	215 (62.7%)	179 (60.9%)	185 (59.9%)
VSAB	50 (19.5%)	71 (20.7%)	81 (27.6%)	66 (21.4%)
Ambulance privée	48 (18.7%)	50 (14.6%)	28 (9.5%)	50 (16.2%)
SMUR	9 (3.5%)	7 (2%)	6 (2%)	8 (2.6%)
<b>ADRESSÉ PAR</b>				
Spécialiste	7 (2.7%)	3 (0.9%)	3 (1%)	9 (2.9%)
Généraliste	67 (26.1%)	53 (15.5%)	10 (3.4%)	83 (26.9%)
SAMU	63 (24.5%)	96 (28%)	101 (34.4%)	79 (25.6%)
CRRAL	3 (1.2%)	8 (2.3%)	12 (4.1%)	11 (3.6%)
Autre	16 (6.2%)	5 (1.5%)	6 (2%)	12 (3.9%)
Non adressé	101 (39.3%)	178 (51.9%)	162 (55.1%)	115 (37.2%)

Tableau 2 - Mode d'entrée des patients aux urgences –



## **1- Horaires d'entrée**

Considérant les jours d'entrée, environ les trois quarts des arrivées dans les services d'urgences se font durant la journée. La proportion la plus importante revient aux lundi (78,4%) et vendredi (81,4%). Durant ces deux jours, un tiers des entrées se fait dans la matinée, ici définie par la période allant de 7h01 à 12h00 ; les deux tiers restants, durant l'après-midi (de 12h01 à 20h00). Les entrées de la nuit (20h01 à 0h00) représentent environ 15% des passages, sans variation importante selon le jour d'entrée. On rencontre une plus forte variation lors de la période de nuit profonde (0h01 à 7h00), environ 10% le samedi et le lundi avec un pic à 17% le dimanche.



**Figure 1 - Heures d'arrivée selon le jour d'entrée -**

Si l'on tient compte de l'heure d'entrée (Figure 1), environ 20% des patients arrivent le matin. On observe une majoration les lundi (30,8%) et samedi (26,9%).

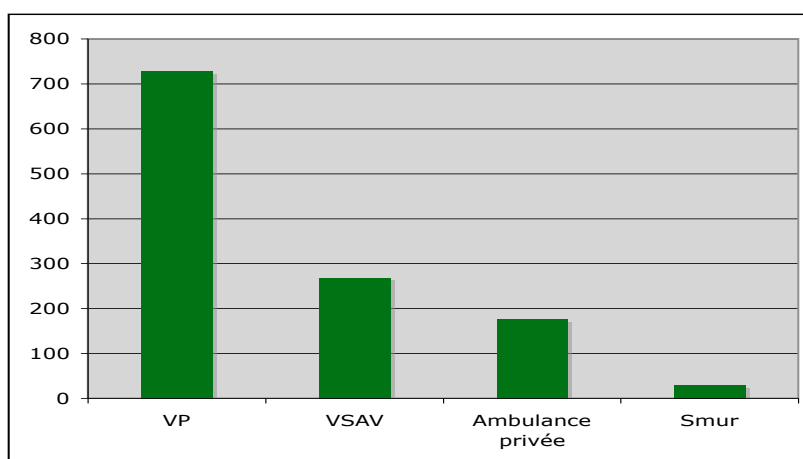
La répartition est plus homogène pour l'après-midi où l'on constate que se réalisent un quart des entrées, avec une discrète majoration le samedi (28,7%). L'observation est similaire pour les entrées de la nuit.

On observe en revanche une variation assez franche des entrées en nuit profonde, quasiment la moitié se réalisant durant la seule nuit du samedi au dimanche.

## 2- Mode d'entrée

Une très faible proportion des entrées aux urgences se réalise via les SMUR, se répartissant de manière homogène sur les quatre jours.

La grande majorité (60,6%) des patients se rendent aux urgences par leurs moyens propres. Environ un quart le fait par les moyens du prompt secours des sapeurs-pompiers (VSAV), et 15% ont recours à une ambulance privée.



**Figure 2 - Modes d'entrée aux urgences -**

La répartition selon le jour est similaire quand les patients viennent en véhicule particulier. On observe en revanche une variation plus importante en ce qui concerne les VSAV et les ambulances privées. Les pompiers amènent environ un quart des patients le dimanche et un cinquième les autres jours. À l'opposé, les ambulances privées sont moins représentées le dimanche avec 10% des entrées contre 15% les jours restants.

### **3- Orientation vers les urgences**

Un peu moins de la moitié des patients (46,2%) se présente aux urgences sans avoir eu au préalable de contact avec un maillon de la permanence des soins.

Le SAMU adresse la part la plus importante des patients (52,4%) consultant aux urgences, avec une augmentation les samedi et dimanche. Le second rang revient aux médecins généralistes (32,9%), qui sont plus représentés en dehors du week-end ; la variation pour cette catégorie est très importante entre le maximum du lundi (n=83) et le minimum du dimanche (n=10).

Peu de patients sont adressés par le CRRAL ou par un médecin spécialiste. Les consultations en découlant suivent une répartition opposée : le CRRAL est plus représenté durant le week-end tandis que les patients adressés par un spécialiste sont plus nombreux les vendredi et lundi.

### C- Prise en charge aux urgences

		<b>PEDIATRIE</b>	<b>ADULTE</b>	<b>GERIATRIE</b>
<b>Hospitalisation</b>	Non	279 (83.8%)	516 (70%)	46 (31.3%)
	Oui	54 (16.2%)	217 (30%)	101 (68.7%)
<b>Consultation simple</b>	Non	221 (66.4%)	576 (79.7%)	136 (82.5%)
	Oui	112 (33.6%)	147 (20.3%)	11 (7.5%)
<b>Radiographie</b>	Non	205 (61.6%)	397 (54.9%)	44 (29.9%)
	Oui	128 (38.4%)	326 (45.1%)	103 (70.1%)
<b>ECG</b>	Non	318 (95.5%)	537 (74.3%)	46 (31.3%)
	Oui	15 (4.5%)	186 (25.7%)	101 (68.7%)
<b>Biologie</b>	Non	272 (81.7%)	445 (61.5%)	35 (23.8%)
	Oui	61 (18.3%)	278 (38.5%)	112 (76.2%)
<b>Scanner</b>	Non	325 (97.6%)	675 (93.4%)	126 (85.7%)
	Oui	8 (2.4%)	48 (6.6%)	21 (14.3%)
<b>Avis du spécialiste</b>	Non	305 (91.6%)	550 (76.1%)	109 (74.1%)
	Oui	28 (8.4%)	173 (23.9%)	38 (25.9%)
<b><u>Prescription des urgences à réaliser hors du service</u></b>				
		<b>PEDIATRIE</b>	<b>ADULTE</b>	<b>GERIATRIE</b>
<b>Réévaluation par le médecin traitant</b>	Non	308 (92.5%)	667 (92.3%)	138 (93.9%)
	Oui	25 (7.5%)	56 (7.7%)	9 (6.1%)
<b>Spécialiste</b>	Non	297 (89.2%)	625 (86.4%)	143 (97.3%)
	Oui	36 (10.8%)	98 (13.6%)	4 (2.7%)
<b>Examen complémentaire</b>	Non	331 (99.4%)	717 (99.2%)	147 (100%)
	Oui	2 (0.6%)	6 (0.8%)	0 (0)
<b>Durée du séjour aux urgences</b>	< 3 heures	255 (76.6%)	379 (52.4%)	46 (31.3%)
	< 6 heures	26 (7.8%)	136 (18.8%)	38 (25.9%)
	< 24 heures	8 (2.4%)	100 (13.8%)	42 (28.6%)
	> 24 heures	0 (0)	15 (2.1%)	2 (1.4%)

## **1- Examens complémentaires aux urgences**

### *a. Consultation simple et hospitalisation*

Environ un quart des patients (n=270) sort des urgences sans qu'on ait eu recours à des examens complémentaires. La proportion dans la population diminue quand l'âge croît.

Un peu moins d'un tiers des passages (n=372) débouche sur une hospitalisation.

Les patients du groupe « pédiatrie » sont rarement hospitalisés. Les patients les plus âgés sont en revanche hospitalisés pour les deux tiers d'entre eux. La proportion est intermédiaire dans le groupe « adulte ».

### *b. Examens complémentaires et avis spécialisé*

Les examens complémentaires les plus couramment réalisés sont la radiographie (n=557), la biologie (n=451) et l'électrocardiogramme (n=302). Un scanner a été réalisé chez seulement 77 patients. Ce sont les patients du groupe « gériatrie » qui bénéficient le plus souvent de ces examens, le groupe « pédiatrie » est celui pour lequel on réalise le moins d'examen complémentaires.

Les proportions d'un examen particulier varient au sein de chaque groupe. Ainsi pour la pédiatrie, l'on réalise le plus fréquemment une radiographie, loin devant les

autres examens. Chez les adultes, c'est la radiographie et la biologie qui sont le plus souvent réalisées, suivies de peu par l'électrocardiogramme. Comme nous l'avons cité précédemment, c'est dans le groupe « gériatrie » que l'on réalise le plus d'examens, notamment de scanner, pour lequel la proportion est six fois plus élevée que dans le groupe « pédiatrie ».

Un cinquième des patients consultant aux urgences a bénéficié d'un avis spécialisé. Les deux groupes de patients les plus âgés en étaient les principaux bénéficiaires, pour environ un quart de leurs effectifs. En ce qui concerne la pédiatrie, on y avait recours que pour à peine 10% d'entre eux.

## **2- Examens et consultations en externe**

Pour certains patients, qu'ils aient ou non eu besoin d'une investigation paraclinique durant leur séjour aux urgences, il a été prescrit de réaliser des examens complémentaires ou de voir un autre médecin à distance de cette consultation. Cette éventualité se déclinait selon trois modalités : réévaluation par le médecin traitant, consultation auprès d'un spécialiste et réalisation d'examens en externe. Ce cas de figure représentait une faible frange des patients.

Une proportion de moins de 10% devait revoir le médecin traitant, sans différence entre les classes d'âge.

On recommandait de la même manière aux adultes et à la pédiatrie de consulter un spécialiste, tandis que ceci n'était quasiment pas envisagé pour les patients âgés.

À deux patients de pédiatrie et six adultes était prescrit un examen complémentaire (radiologie, biologie ou autre), aucun pour la gériatrie.

### **3- Durée du passage aux urgences**

Plus de la moitié (56,5%) des séjours aux urgences ont une durée inférieure à trois heures. Moins d'un tiers passe entre trois et vingt-quatre heures dans le service.

Pour une faible proportion des patients, environ 13% de chaque classe d'âge, il n'a pas été possible de déterminer cette information.

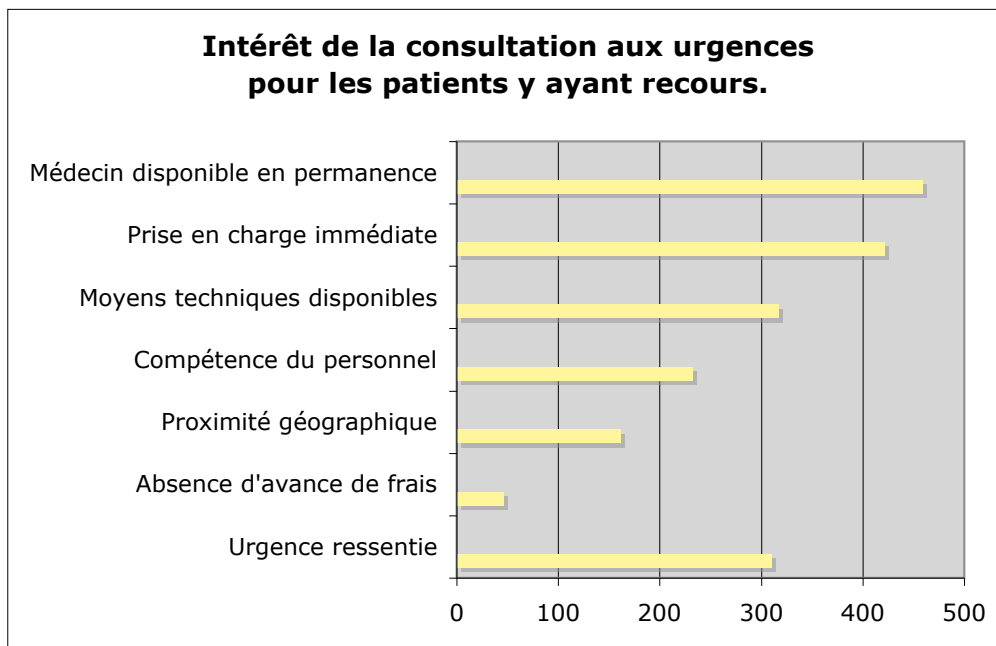
On observe une importante disparité de cette durée en fonction de l'âge des patients. Plus le consultant est jeune et plus la sortie est rapide, ainsi plus des trois quarts des patients de moins de dix-huit ans sortent en moins de trois heures, contre la moitié des adultes et seulement un tiers du groupe « gériatrie ».



## **D- Perception des urgences par les patients, leurs attentes**

### **1- Raison de la consultation aux urgences**

Si l'on proposait aux patients plusieurs motifs pouvant les amener à consulter aux urgences (Figure 3.), les raisons les plus fréquemment évoquées étaient la certitude de trouver un médecin disponible à tout moment et la possibilité d'être pris en charge très rapidement en cas de nécessité.



**Figure 3.**

Ils ne se prononçaient qu'ensuite en faveur des éventuelles compétences particulières du personnel et l'accès à des moyens techniques ailleurs non

accessibles. Pour de faibles proportions d'entre eux, les patients notaient la proximité géographique et l'accès aux soins sans avance de frais.

Le sentiment d'urgence n'était un motif évoqué que pour un peu plus de trois cents patients, et absolument pas en première intention.

## 2- Alternatives éventuelles

À la question : « quelles autres alternatives auriez-vous envisagées à la consultation aux urgences ? », les patients ayant répondu (Figure 4.) plébiscitaient une consultation auprès de leur médecin traitant. Certains auraient voulu rencontrer le médecin de garde du secteur à son cabinet ou au domicile. Un conseil téléphonique enfin aurait été jugé suffisant pour une faible proportion des patients admis aux urgences.

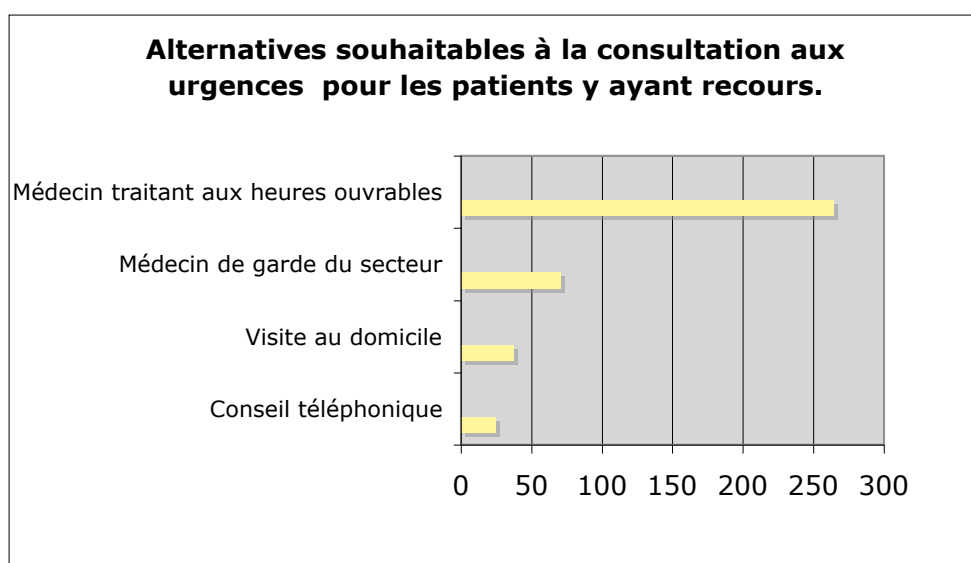


Figure 4.

## E- Sortie sans examen complémentaire

Caractère étudié		OR (IC)	p
<b>ÂGE</b>			
Adulte	147 (20.3%)	1	
Pédiatrie	112 (33.6%)	1.99 (2.66;1.48)	< 0,001
Gériatrie	11 (7.5%)	0.32 (0.6;0.17)	< 0,001
<b>SEXE</b>			
Hommes	157 (58.1%)	1	
Femmes	113 (41.9%)	0.78 (1.02;0.59)	0,074
<b>MODE D'ENTRÉE</b>			
Véhicule particulier	200 (27.4%)	1	
VSAV	54 (20,1%)	0.67 (0.94;0.48)	0,019
Ambulance privée	16 (9.1%)	0.26 (0.45;0.15)	< 0,001
SMUR	0 (0)		
<b>HEURE D'ENTRÉE</b>			
Matin	63 (18.6%)	1	
Après-midi	124 (21.6%)	1.2 (1.68;0.86)	0,29
Nuit	55 (31.1%)	1.97 (2.99;1.29)	0,002
Nuit profonde	28 (24.8%)	1.44 (2.39;0.87)	0,16
<b>JOUR D'ENTRÉE</b>			
Lundi	53 (17.2%)	1	
Vendredi	66 (25.7%)	1.67 (2.51;1.11)	0,014
Samedi	82 (23.9%)	1.52 (2.23;1.03)	0,034
Dimanche	69 (23.5%)	1,48 (2.21;0.99)	0,054
<b>ADRESSÉ</b>			
Oui	97 (15.0%)	1	
Non	173 (31.1%)	2.56 (3.39;1.93)	< 0,001
<b>DURÉE DE PRISE EN CHARGE</b>			
< 3 heures	242 (35.6%)	1	
> 3 heures	9 (4.5%)	0.05 (0.09;0.02)	< 0,001
Non renseigné	19 (12.2%)	0.25 (0.42;0.15)	< 0,001
<b>CENTRE HOSPITALIER</b>			
Béthune	62 (19.8%)	1	
Arras	47 (16.5%)	0.8 (1.21;0.53)	0,29
Calais	66 (30%)	1.74 (2.59;1.16)	0,007
Saint Omer	43 (21.5%)	1.11 (1.72;0.72)	0,64
Montreuil	52 (28.1%)	1.58 (2.42;1.04)	0,034
<b>COURRIER MÉDICAL</b>			
Non	254 (25.6%)	1	
Oui	16 (7.6%)	0.24 (0.4;0.14)	< 0,001
<b>CONTRAT DE SOINS</b>			
Oui	265 (22.3%)	1	
Non	5 (38.5%)	2.18 (6.72;0.71)	0,17
<b>ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE</b>			
Mutuelle privée	195 (21.1%)	1	
Couverture maladie universelle	57 (28.6%)	1.5 (2.12;1.06)	0,021
Non	16 (22.2%)	1.09 (1.88;0.63)	0,77
<b>URGENCE RESENTIE</b>			
Non	48 (26.2%)	1	
Oui	87 (28.2%)	1.1 (1.66;0.73)	0,64

-Tableau 3 - Sortie sans examen complémentaire - Caractères étudiés -

## **1- Âge et sexe**

Plus l'âge est faible et plus la probabilité pour un patient consultant aux urgences de ne bénéficier que d'une consultation médicale est élevée. Un patient âgé de moins de dix-huit ans aura ainsi deux fois plus de chance qu'un adulte de sortir sans examen. Un patient de plus de soixante-quinze ans en aura presque deux fois moins (OR = 0,32).

Le sexe semble influencer aussi sur le type de prise en charge, le fait d'être une femme expose à un traitement plus complexe (OR = 0,78), avec une valeur proche du seuil de sensibilité ( $p=0,07$ ).

## **2- Mode d'entrée**

Un quart des patients arrivés par leurs propres moyens aux urgences ne fait pas l'objet d'examen complémentaire, cette modalité est donc choisie comme la référence de cette catégorie. Un cinquième des patients amenés par les pompiers et 10% de ceux amenés par une ambulance privée ressortent dans les mêmes conditions. Il y a donc moins de chance de sortir sans examen complémentaire si l'on emprunte un VSAV (OR= 0,67) ou une ambulance privée (OR = 0,26), la probabilité étant très significative pour cette dernière modalité ( $p<0,001$ ).

### **3- Heure et date d'entrée**

Les patients entrant sur la période de « nuit » ont deux fois plus de chances de sortir sans examen (OR = 1,97 ; p = 0,002). La probabilité semble forte pour les patients de la « nuit profonde » sans que le test soit significatif (OR = 1,44 ; p = 0,16).

C'est le lundi qu'on réalise le moins de consultations simples, les autres jours de la période sont en revanche similaires quant à la réalisation d'examen, environ un quart des passages avec une valeur significative pour les vendredi et samedi ( $p < 0,05$ ) et limite pour le dimanche ( $p = 0,054$ )

### **4- Centre hospitalier**

C'est au centre hospitalier d'Arras que les patients bénéficient le plus souvent d'examens complémentaires. Béthune et Saint-Omer ont des taux similaires, environ 20%. On en réalise nettement moins à Montreuil (28,1%) et à Calais (30%).

### **5- Parcours de soins**

Les patients non adressés (31,1%), les patients se présentant sans courrier médical (25,6%) et ceux qui n'ont pas établi de contrat de soin avec un médecin traitant (38,5%) ressortent beaucoup plus fréquemment sans qu'on leur ait prescrit un examen au décours de la consultation médicale.

## **6- Assurance complémentaire de santé**

Un cinquième des patients titulaires d'une mutuelle privée, les plus nombreux, sort sans examen. La proportion est plus forte pour les patients bénéficiant de la CMU (28,1% ; OR = 1,5 ;  $p < 0,05$ ). Il n'y a pas de différence de traitement entre les patients disposant ou non d'une complémentaire de santé.

## **7- Sentiment d'urgence ressenti par le patient**

Que l'état des patients ait ou non généré une anxiété importante les ayant conduits à consulter aux urgences, on ne met pas en évidence significative lors de leurs prises en charge. À peu près un quart d'entre eux sort après une consultation simple (OR = 1,1 ;  $p = 0,64$ ).

## F- Modélisation

	OR (IC)	p	OR (IC)	p
Pas de contrat de soins	1.82 (0.56 - 5.87)	0,32	Retrait après ajustement	
<b>Complémentaire santé</b>				
CMU	1.25 (0.87 - 1.82)	0,23		
Pas de mutuelle	1.06 (0.59 - 1.92)	0,84		
Sexe féminin	0.8 (0.59 - 1.07)	0,13	0.8 (0.6 - 1.07)	0,32
<b>Jour d'entrée</b>				
Vendredi	1.71 (1.1 - 2.65)	0,02	1.72 (1.11 - 2.65)	0,02
Samedi	1.21 (0.8 - 1.82)	0,37	1.22 (0.81 - 1.83)	0,34
Dimanche	1.03 (0.67 - 1.6)	0,88	1.03 (0.67 - 1.59)	0,90
<b>Heure d'entrée</b>				
"Après-midi"	1.1 (0.77 - 1.58)	0,59	1.11 (0.78 - 1.59)	0,56
"Nuit"	1.66 (1.06 - 2.59)	0,03	1.66 (1.07 - 2.6)	0,02
"Nuit Profonde"	1.74 (0.99 - 3.03)	0,05	1.72 (0.99 - 3)	0,05
<b>Centre Hospitalier</b>				
Arras	0.81 (0.52 - 1.27)	0,36	0.81 (0.52 - 1.26)	0,35
Montreuil	1.71 (1.09 - 2.69)	0,02	1.74 (1.11 - 2.73)	0,02
Calais	1.58 (1.03 - 2.42)	0,03	1.62 (1.07 - 2.47)	0,023
Saint-Omer	1.23 (0.77 - 1.99)	0,39	1.24 (0.77 - 2)	0,38
Adressé sans Courrier	0.35 (0.18 - 0.7)	0,003	0.28 (0.16 - 0.5)	< 0,001
<b>Mode d'entrée</b>				
Ambulance privée	0.6 (0.3 - 1.18)	0,14	0.5 (0.28 - 0.91)	0,024
VSAV	0.81 (0.44 - 1.48)	0,49	0.65 (0.45 - 0.93)	0,020
SMUR		0,97		0,971
Patient non adressé	1.34 (0.78 - 2.3)	0,29	retrait ap. ajustement	
<b>Âge</b>				
Pédiatrie	1.66 (1.21 - 2.27)	0,002	1.65 (1.21 - 2.25)	0,0017
Gériatrie	0.61 (0.3 - 1.23)	0,17	0.58 (0.29 - 1.16)	0,12

**Tableau 4 - modèle de régression logistique - étapes uni et multivariées**

Nous avons sélectionné les caractéristiques, à l'entrée du patient, les plus associées à la sortie sans réalisation d'examen complémentaire (Tableau 4).

Lorsque l'entrée se faisait le vendredi, on réalisait plus de consultations simples. Il y avait beaucoup plus de sorties sans examen quand l'heure d'entrée aux urgences se situait entre 20H01 et 7H00.

Le lieu de recours aux urgences conditionnait aussi la prise en charge. La chance de sortir sans examen paraclinique était plus élevée dans les hôpitaux de Calais et Montreuil, tandis qu'elle était bien plus faible à Arras.

Les patients qui se présentaient aux urgences avec un courrier du médecin qui les y envoyait bénéficiaient alors beaucoup plus souvent d'investigations supplémentaires.

Lorsque les patients arrivaient aux urgences dans une ambulance, qu'elle soit privée ou VSAV, la réalisation d'examens complémentaires était plus fréquente que pour l'entrée dans leur véhicule particulier.

Le fait d'être âgé de moins de dix-huit ans lors de l'entrée prédisposait grandement à la sortie sans examen complémentaire, tandis que le fait d'être âgé de plus de soixante-quinze ans entraînait exactement la conséquence opposée.

Après ajustement, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'association significative entre l'absence de réalisation d'un contrat de soins et la sortie sans examen complémentaire. On faisait le même constat en ce qui concernait



l'assurance complémentaire de santé (qu'elle soit privée, CMU, ou non souscrite) et le fait pour les patients de consulter aux urgences sans y avoir été adressé.

## **IV- DISCUSSION**

### **A- Synthèse des résultats**

L'étude multicentrique que nous avons réalisée nous a ainsi permis d'apprécier la fréquence des patients pris en charge aux urgences qui ont pu regagner leur domicile sans qu'ils aient bénéficié d'examen complémentaire durant leur passage dans le service.

Ces patients représentaient 22,4% (n=270) des passages aux urgences durant la période concernée.

Les principaux facteurs explicatifs retrouvés étaient le jour de l'entrée, l'heure d'entrée, le centre hospitalier où se déroulait la consultation, l'âge du patient et le mode d'entrée aux urgences.

### **B- Discussion des résultats**

#### **1- Population étudiée**

Notre étude a étudié la population des patients consultant aux services des urgences de cinq centres hospitaliers du Pas-de-Calais du vendredi 8 octobre à sept heures du matin au lundi soir, 11 octobre 2010, à minuit. Cette population était constituée pour un quart de patients de moins de dix-huit ans (27,7%), 60,1% étaient âgés de dix-huit à soixante-quinze ans, et 12,2% avaient plus de soixante-quinze

ans. Si l'on compare ces proportions à celles de la population du département [6], on constate que les valeurs sont superposables, en particulier pour les plus âgés. En effet dans le Pas-de-Calais, 23,9% des habitants ont moins de dix-huit ans, 63,3% ont de dix-huit à soixante-quinze ans et 12,8% ont plus de soixante-quinze ans. Les femmes étaient majoritaires dans cette étude avec un sexe ratio calculé à 1,14. Ce rapport est proche de celui de la population générale du département qui est de 1,07.

L'âge médian était ici de 30 ans (Q1 = 17 ; Q3 = 55), superposable aux études précédemment citées [5]. Cet âge plutôt jeune est expliqué par le fait que la population du département est en croissance perpétuelle [7]. Son taux de natalité est supérieur à la moyenne nationale (13,3 versus 12,5) et le solde migratoire positif est constitué pour plus des deux tiers d'immigrants âgés de 18 à 39 ans.

On comptait parmi notre échantillon 76,8% des patients qui souscrivaient à une mutuelle privée et 16,5% qui bénéficiaient du régime de la CMU. Cette proportion, pour cette dernière, est de 10,5% dans le Pas-de-Calais. On note donc une tendance à la sur représentation de cette catégorie pour notre étude.

Nous avons observé une forte implication en ce qui concerne le taux de déclaration de médecin traitant. En effet, plus de 99,9% de la population de notre étude déclarait avoir signé un contrat de soins. Dans une étude récente menée en 2009 par J.

MINOST [8] à Argenteuil, seulement 70,4% des patients se trouvaient dans la même situation ( $p < 0,001$ ). Cette différence peut s'expliquer par le cadre de vie des deux populations étudiées, l'une étant mixte et l'autre provenant d'un milieu fortement urbanisé.

## **2- Consommation de soins**

Dans notre étude, nous avons établi que 46,2% des consultants aux urgences s'y rendaient sans que quiconque les y ait adressés. Le mode d'entrée principal se faisait par les moyens propres des patients, en véhicule particulier, à 60,6%. Dans d'autres enquêtes [8,9], les proportions relevées étaient plus importantes tant pour les patients non adressés que pour le fait d'y aller par ses propres moyens.

Pour le reste, les entrées se font par les VSAV (25%) et les ambulances privées (15%).

Ces passages aux urgences engendraient la réalisation d'exams complémentaires pour les trois quarts des patients. On réalisait le plus souvent une radiographie dans 46,3% des cas ( $n=557$ ), des examens de biologie (37,5% ;  $n=451$ ), un électrocardiogramme (25,1% ;  $n=302$ ), ou une tomodensitométrie (6,4% ;  $n=77$ ).

L'avis d'un médecin spécialiste de garde (chirurgien, cardiologue, psychiatre...) était nécessaire pour la suite de la prise en charge chez 19,9% des patients (n=239).

Dans notre étude, les hospitalisations au décours du passage aux urgences étaient la règle pour 30,9% des patients (n=372). Dans des travaux pouvant s'apparenter au nôtre, ce taux d'hospitalisation via les urgences était plus faible, de l'ordre de 25% [5].

### **3- Critère de jugement**

Le critère de jugement de notre étude était la mise en évidence des patients consultant aux urgences et pour lesquels aucun examen complémentaire n'était réalisé au décours de la consultation. À notre connaissance, il n'existe aucune étude similaire pour laquelle ce caractère a été pris en compte selon ces modalités.

Nous considérons que ce critère peut être un reflet de la pertinence du recours aux urgences. On peut en effet considérer que les patients qui sortent rapidement du service après une simple consultation présentaient un état clinique et une problématique qui ne relevaient pas d'une prise en charge aux urgences.

Cette modalité représente 270 patients des urgences dans notre étude, soit un peu moins d'un quart du total des passages (22,5%). C'est durant les périodes de la nuit et de la nuit profonde que sont réalisées le plus souvent les sorties sans examen

complémentaire. Durant ces périodes, la probabilité que ne soit réalisé aucun examen est multipliée par deux (OR = 1,97). Il s'agit en particulier des patients jeunes (OR = 1,99) qui arrivent aux urgences par leurs propres moyens et qui n'ont pas sollicité d'autre effecteur de la permanence des soins auparavant (OR = 2,56).

Le sexe féminin semble prédisposer moins à la sortie sans examen, mais ce facteur se confond avec l'âge. Les patients les plus âgés sont en majorité des femmes et ces patients font l'objet le plus souvent d'examens complémentaires (92,5%). Ce sont aussi les patients qui ont le plus fort taux d'hospitalisation (68,7%) et la durée de séjour la plus longue aux urgences. En effet 68,7% y passent plus de trois heures et 30% plus de six heures. Ces données laissent à penser que la plupart de ces patients pourraient se voir épargner ce passage dans un service d'urgences. La réalisation de nombreux examens et le temps de prise en charge reflétant ainsi la complexité de la pathologie sous-jacente, souvent chronique, qui relève plutôt à notre sens d'une hospitalisation directe dans un service de gériatrie ou de médecine de court séjour. On en déduit aussi les difficultés rencontrées pour simplement hospitaliser ces patients depuis les urgences, faute de place disponible essentiellement.

Le fait de se présenter aux urgences avec un courrier médical favorise la réalisation d'examens complémentaires comme on a pu le constater dans d'autres travaux [5].

Cet élément est redondant avec le fait d'être adressé aux urgences, qui que soit la personne qui adresse, ainsi que d'avoir déclaré un médecin traitant. C'est probablement la raison pour laquelle ces modalités ne semblent plus significatives après la modélisation statistique.

Nous avons aussi mis en évidence qu'il existait un effet de centre. Ainsi on réalise plus souvent des examens paracliniques à Arras, Béthune et Saint-Omer que dans les urgences de Calais et de Montreuil-sur-Mer. Ceci peut être expliqué par les différences démographiques et socio-économiques des différents bassins de population.

Il semble enfin exister une confusion entre sortie sans examen complémentaire et l'arrivée aux urgences avec les sapeurs-pompiers entre 20h et 7h00 du matin (nuit et nuit profonde). En effet, durant ces deux périodes d'entrée, ce sont les véhicules privés et les VSAV qui sont les principaux pourvoyeurs de patients. Les VSAV représentent 43,3% des entrées en nuit profonde et 24,3% des entrées en nuit et respectivement 38,9% et 62,1% pour les véhicules particuliers sur ces mêmes périodes. Il faut ici préciser certains points définissant l'usage des différents moyens de transport sanitaire dans le contexte de l'urgence. Les ambulances privées répondent aux demandes individuelles des patients aux heures ouvrables, et sous certaines modalités strictes, à la demande du SAMU dans le contexte des ATSU et

du service de garde, 24 heures sur 24. Ces véhicules de garde sont en nombre limité et leur répartition sectorisée. Leur envoi ne peut se faire sans la décision du médecin régulateur du SAMU et ne fait pas l'objet de procédure d'envoi « réflexe » comme c'est le cas avec les SMUR pour certains motifs limités. Il est décidé après une régulation médicale qui tente d'adapter au mieux le moyen de réponse à la situation proposée au service de secours. Il n'en va pas de même quand il s'agit des VSAV qui relèvent du « prompt secours ». Leur envoi ne fait pas l'objet d'une régulation préalable par le CODIS, mais répond avec d'autres moyens à des procédures déclenchées à l'appel des requérants.

Il apparaît donc que durant la période de nuit profonde l'usage de ce moyen ne soit pas toujours adapté et mérite d'être ajusté. On pourrait proposer, par exemple, que l'envoi des VSAV se fasse après un avis du SAMU ou dans l'idéal que les moyens de régulation et d'envois de secours soient réunis en une plateforme commune.

### **C- Limites et biais de l'étude**

Nous pouvons reconnaître un biais de sélection de la population qui conduit au fait que les sujets observés sont susceptibles de ne pas constituer un groupe représentatif de la population générale du département. Ceci peut être imputé à plusieurs défauts de recueil que nous détaillons maintenant.



L'étude n'a en effet pris en compte que les services hospitaliers du Pas-de-Calais. Les services d'accueil non programmé des établissements privés ou à but non lucratif participant au service public hospitalier n'ont pas été inclus dans cette enquête. Un nombre important de patients a recours à ces services et l'on ne peut savoir si cette population possède les mêmes caractéristiques que celle concernée par notre étude et serait donc susceptible d'en modifier les résultats.

Sur toute la durée de l'étude, il avait été prévu qu'une personne formée et dédiée à cette tâche soit présente à l'accueil des services d'urgence concernés. Ceci n'a pas pu être le cas au centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer où personne ne s'est présenté durant plus des deux tiers de la période de recueil.

À l'IFSI du centre hospitalier de Lens, outre une quasi absence d'identification des questionnaires, compromettant tout traitement ultérieur, les étudiants que nous avons rencontré avaient émis des réticences quant à la perception de leur affectation par le personnel des urgences, notamment médecins et infirmiers. Ils alléguaient la crainte de se voir reprocher un jugement du travail réalisé par les équipes soignantes présentes. Cet élément a probablement contribué à la mise en péril de l'étude sur ce centre.

Afin de pallier ces défauts de recueil, il aurait fallu bénéficier du concours d'assistants de recherche clinique (ARC) rompus à cet exercice, mais les moyens

dont nous disposions pour la réalisation de ce travail n'auraient, en aucun cas, permis de couvrir les frais d'un tel déploiement.

Malgré les formations et les recommandations qui ont été faites aux étudiants infirmiers assurant cette tâche, certains items ont été mal compris donc mal renseignés, générant ainsi un biais de classement. Il s'agit en particulier des items concernant la perception des urgences par les patients et des alternatives au passage aux urgences. Ces questions ont été soumises à leur gré par une majorité des enquêteurs, sans aucune exhaustivité, aux patients qu'ils fussent adressés ou non.

Des données sont restées manquantes, de manière éparse dans de nombreux questionnaires. Ceci a ainsi engendré une sélection des patients lors de la phase d'analyse statistique. Les données les moins fréquemment absentes ont été éliminées (suppression de l'intégralité du dossier), par exemple en ce qui concerne l'âge ou le sexe. Les données les plus fréquemment non recueillies ont fait l'objet d'une identification en « donnée manquante » ou « non recueilli », afin de ne pas perdre un nombre trop important de patients. Nous avons ainsi pu conserver 88% des questionnaires afin de constituer l'échantillon stable, sans introduire de biais statistique supplémentaire.

Enfin, un biais d'information lors de la récupération des informations du dossier médical peut être signalé. En effet, ces données rétrospectives après clôture du dossier clinique pouvaient ne pas apparaître explicitement et devaient être recherchées par d'autres moyens. Il en était ainsi de l'UHCD, caractère qui dépendait de l'interprétation de l'enquêteur lors de la lecture du dossier médical.

## **V- CONCLUSION**

Notre étude multicentrique met en évidence que de nombreux passages aux urgences en général, et en particulier durant les périodes de garde, ne sont pas justifiés. Ils représentent selon nos critères d'évaluation 22,4% des consultations.

Elle précise que ces patients qui ont le plus souvent recours aux services d'urgences de manière inadaptée sont jeunes, n'y sont pas adressés et s'y présentent par leurs propres moyens la nuit entre 20 heures et 7 heures du matin.

Ces nombreuses visites pourraient être évitées si les patients étaient au préalable correctement orientés et pris en charge. Outre la perte de temps et la déstabilisation de l'organisation des services d'urgence, par essence précaire, qu'occasionnent leur passage aux urgences, c'est un surcoût important pour la société civile que cette mauvaise orientation engendre. Le système actuel de permanence des soins, malgré ses évolutions récentes et son adaptation perpétuelle, semble donc perfectible de ce point de vue.

Afin de mettre un terme à ce mésusage, on peut proposer des pistes de réflexion visant à optimiser la prise en charge des patients durant la permanence des soins.

On pourrait ainsi envisager la mise en place d'un dispositif de consultation adossé aux services d'urgence, avec des effectifs de personnel soignant moins nombreux et

une infrastructure plus légère, assimilable à un cabinet de médecine générale. De nombreux sollicitants seraient ainsi orientés à l'accueil des urgences vers le circuit le mieux adapté à leur situation. Ceci pourrait permettre sans lui demander d'effort financier supplémentaire, d'optimiser le service rendu à la population.

On peut proposer aussi de mutualiser les plateformes de régulation médicale et d'envoi des moyens de secours afin de limiter en amont le flux de patients qui ne nécessitent pas de recours urgent.

La problématique de la place des patients âgés voire très âgés aux urgences, et leur considération dans la société, doit aussi se poser sans délai. Ces patients représentent en effet une part minoritaire mais néanmoins croissante des recours aux urgences. Le développement des filières de prise en charge adaptées est indispensable à très court terme afin d'une part, ne pas engorger plus avant les services d'urgences pour lesquels cette activité est très consommatrice de temps, et d'autre part, optimiser les soins à ces patients très fragiles. Tout cela dépasse malheureusement le champ strictement médical et nécessite un positionnement philosophique et des choix politiques forts.

## **VI- BIBLIOGRAPHIE**

[1] Cour des Comptes, Chambres régionales et territoriales des comptes : Rapport Public Annuel 2007 – Les urgences médicales, constats et évolution récente.

[2] MEUNIER L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Juin 2009. Université Paris VII - Denis Diderot. Faculté de médecine Xavier BICHAT.

[3] Barlet M., Fauvet L., Guillaumat-Tailliet F., Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? – Dossier INSEE – 2009

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/fsr10g.PDF](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF)

[4] D. Ilef, N. Caillère, L. Josseran, Institut de veille sanitaire. Surveillance des urgences Réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) Résultats nationaux 2004/2008. Collection “Surveillance sanitaire des urgences et des décès”. Décembre 2008. INVS. <http://www.invs.sante.fr>

[5] BOULME P. Impacts de la lettre du médecin généraliste sur la prise en charge d'un patientaux urgences. Université du droit et de la santé – Lille 2. 2002. Faculté de médecine Henri Warembourg.

[6] Population selon le sexe et l'âge au premier janvier 2010. – INSEE – estimations de populations.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=poptc02104](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=poptc02104)

[7] Lieu de résidence 5 ans auparavant des personnes présentes au 1er janvier 2008 – INSEE – RP 2008, exploitation principale.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=19&ref\\_id=poptc02106](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=poptc02106)

[8] MINOST J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ? Avril 2009. Université Paris VII - Denis Diderot. Faculté de médecine Xavier BICHAT.

[9] LE GOAZIOU. Qui consulte aux urgences ? Enquête auprès de patients consultant dans un service d'accueil des urgences. La revue du praticien – médecine générale 2001 ; 15 : 469-73.

## **VII- ANNEXES**



- Apposer ci-dessous l'étiquette référence du patient -  
(Ce feuillet sera supprimé avant traitement des données)

**Questionnaire d'évaluation de la permanence des soins dans le Pas-De-Calais**  
**Dr Knockaert - Dr Douchet – S. Delmotte**

Centre Hospitalier : \_\_\_\_\_

Heure d'entrée aux urgences :

- 7H01 à 13H00
- 13H01 à 18H30
- 18h31 à 20H00
- 20h01 à 0H00
- 0H01 à 7H00

Date \_\_ / \_\_ / \_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Age du patient

Sexe F  M

Mode d'entrée aux urgences :

- Véhicule particulier
- Ambulance privée
- VSAV (pompiers)
- SMUR
- Autre

## **Orientation du patient vers le service des urgences**

- **PATIENT ADRESSE aux urgences**, préciser :
  - Adressé par un médecin spécialiste oui  non
  - Adressé par un médecin généraliste oui  non
  - Adressé par la maison médicale oui  non
  - Adressé par le SAMU - Centre 15 oui  non
  - Adressé par le CRRAL (ligne du médecin de garde) oui  non
  - Autre institution ou intervenant, préciser :
    - Infirmière
    - Établissement de soin
    - Pharmacien
    - Police (17)
    - Autre

Si le patient est adressé par un médecin ou un établissement de soin :

- A-t-il un courrier ? oui  non

- **PATIENT NON ADRESSE aux urgences**, préciser :
  - Médecin traitant non joignable
  - Médecin de garde non joignable
  - Médecin de garde non disponible
  - Urgences premier service sollicité, préciser :
    - État de santé jugé préoccupant par le patient
    - Non connaissance du médecin de garde
    - Préfère ne pas consulter un autre généraliste

## Quel parcours avant d'arriver au SAU ?

Le patient a joint (ou a essayé de joindre) un centre d'appel :

- Médecin de garde
- CRRAL (régulation libérale)
- SAMU
- Pompiers
- Préciser dans tous les cas :
  - Personne n'a répondu, ou délai de réponse trop long
  - Orientation non satisfaisante pour le patient, préciser :
    - État de santé jugé préoccupant par le patient
    - Délai de prise en charge trop long
    - Autre, préciser : .....

Le patient consulte les urgences sans avis du médecin traitant, selon lui, (plusieurs choix possibles) :

- Certitude d'un médecin disponible en continu
- Prise en charge immédiate en cas de gravité
- Moyens techniques disponibles
- Compétences du personnel adaptées
- Proximité géographique
- Pas de frais à avancer
- Urgences service adapté (urgence ressentie)

Si toutes les alternatives avaient été possibles, le patient aurait plutôt :

- Consulté son médecin traitant aux horaires ouvrables
- Consulté le médecin de garde du secteur
- Consulté au cabinet du médecin de garde
- Souhaité une visite à domicile
- Souhaité un simple conseil téléphonique

Le patient a-t-il :

- Un médecin traitant (contrat de soin) ? oui  non
- Une assurance complémentaire santé ? oui  non 
  - Si oui, préciser : CMU  mutuelle privée

**Toutes ces données ne peuvent être recueillies**

- Préciser le motif : .....



**Suite de la prise en charge du patient (ne pas prendre en compte)**

- Sortie, préciser (plusieurs choix possibles) :
  - Sans examen complémentaire
  - Biologie
  - Électrocardiogramme
  - Radiologie
  - Scanner
  - Avis spécialisé aux urgences
  - Demande de réévaluation par le médecin traitant
  - Demande d'avis spécialisé en externe
  - Demande d'examen complémentaire en externe
  - Durée du séjour aux urgences :
    - < 3H00
    - < 6H00
    - < 24H00
    - > 24H00
- Hospitalisation, précisez :
  - Psychiatrie
  - Médecine, chirurgie, obstétrique
  - Transfert vers un autre établissement de santé
  - USC
  - Réanimation
- Score CCMU \_\_ \_\_
- Score GEMSA \_\_ \_\_

Diagnostic retenu : .....

# **Evaluation de la Permanence des soins dans la Pas-De-Calais :**

## **- Consignes aux enquêteurs -**

### 1- Bref rappel

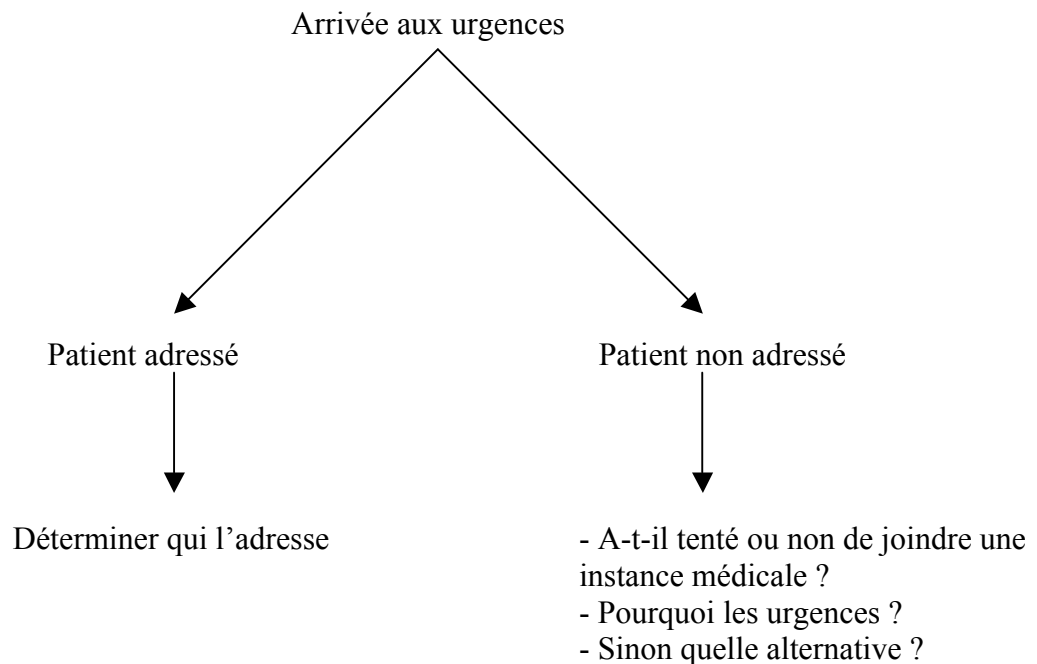
- L'objet de ce questionnaire est de déterminer l'itinéraire et les démarches effectués par le patient, conduisant à son entrée aux urgences.
- Pour chaque patient entrant aux urgences, un questionnaire doit être rempli et joint au dossier médical ; l'exhaustivité est en effet un critère déterminant du succès de ce travail.
- Un référent local est désigné dans chaque CH pour répondre à vos questions.
- En cas de souci, vous pouvez joindre les Dr DOUCHET ou DELMOTTE aux urgences de l'hôpital d'Arras au 03.21.21.15.10.

### 2- Présentation aux patients

- Chaque patient est libre de refuser de participer à l'étude
- Afin d'éviter toute tension ou polémique, nous vous recommandons de présenter cette étude comme partie d'une démarche qui permettra d'adapter la réponse de soin à chaque patient, donc d'améliorer leur prise en charge à l'avenir.

### 3- Plan du questionnaire

- L'algorithme proposé est simple :



- Renseignements administratifs à compléter dans tous les cas.
- N'hésitez pas à vous faire aider par les accompagnants !

**Nom : DELMOTTE**

**Prénom : Stéphane**

**Date de Soutenance : mardi 11 décembre 2012**

**Titre de la Thèse : Évaluation de la permanence des soins dans le Pas-de-Calais : étude prospective sur quatre jours des patients consultant aux urgences.**

**Thèse, Médecine, Lille, 2012**

**Cadre de classement : médecine générale**

**Mots-clés : permanence des soins, service d'urgences, consommation médicale, sortie sans examen complémentaire, gestion des flux, Pas-de-Calais.**

**Résumé.**

**Objectifs :** évaluation de la permanence des soins par l'étude des patients entrant aux urgences : leur orientation et parcours préalables, les examens réalisés aux urgences et l'orientation finale qui en résulte. Évaluation de l'adéquation du recours aux urgences et de la pathologie. Tentative de décrire une population type ne nécessitant pas ce recours en urgence. Proposer une filière adaptée à ces patients.

**Type d'étude :** Étude multicentrique, prospective, descriptive, analytique et observationnelle.

**Matériel et Méthode :** sur une période de quatre jours et trois nuit, du vendredi matin au lundi soir suivant à minuit, recueil des données pour tout patient se présentant aux urgences, quel que soit le motif de recours, dans les services d'urgence des centres hospitaliers du département du Pas-de-Calais. Précision de l'orientation et du mode et de la date d'entrée du patient. Relevé de la consommation de soins aux urgences (consultation simple, examens complémentaires paracliniques et avis spécialisé). Devenir du patient après son passage (hospitalisation, sortie avec ou sans examen).

**Résultats :** Durant la période d'observation et après la réalisation d'un échantillon stable, 1203 patients ont fait l'objet d'une analyse. La moyenne d'âge était de 30 ans. Les femmes étaient en moyenne plus âgées que les hommes. 93,3% des patients ont une complémentaire santé, dont 16,5% la CMU. La plupart des patients interrogés déclarent avoir un médecin traitant. 30,9% des passages aux urgences aboutissent à une hospitalisation et 22,5% sortent sans examen complémentaire, après moins de 3 heures. Plus l'âge est élevé, plus on réalise d'examen et d'hospitalisations. Les facteurs influençant la sortie sans examen complémentaire sont l'âge jeune, l'entrée aux urgences entre 20 heures et 7 heures du matin, l'arrivée aux urgences par ses propres moyens, le fait de n'être pas adressé et de ne pas avoir de courrier de son médecin traitant. Il existe un effet centre. Le sentiment d'urgence ressenti par le patient n'est pas discriminant. Les pompiers sont la principale modalité d'entrée aux urgences en nuit profonde.

**Conclusion :** 22, 5% des passages aux urgences ne sont pas justifiés selon nos critères. La prise en charge des patients âgés est inadaptée aux urgences. Des solutions alternatives doivent être encouragées et développées

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Régis Beuscart

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Eric Wiel

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Vincent Tiffreau

Madame le Docteur Cécile DOUCHET