



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Motivations et motifs des patients consultant aux urgences du Centre
Hospitalier Universitaire de Lille sans contact médical au préalable**

Présentée et soutenue publiquement le 9 Octobre 2018 à 18 heures
au pôle Formation

Par Alice Dubois-Roquette

JURY

Président :

Monsieur le Professeur E. WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur C. BERKHOUT

Monsieur le Docteur M. BAYEN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur J. COULIER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AR	Auto-Réfé
ARS	Agence Régionale de Santé
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des libertés
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
MG	Médecin Généraliste
NC	Non Connu
PDSA	Permanence De Soins Ambulatoire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
WONCA	World Organization Of Family Doctors

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Rationnel de l'étude.....	2
II. Etat des lieux	3
A. En France	3
B. En Hauts de France	4
Matériels et méthodes	7
I. Critères d'inclusion et de non inclusion	7
II. Paramètres étudiés.....	8
III. Analyse statistique.....	8
Résultats	9
I. La population étudiée.....	9
II. Caractéristiques de la population globale de l'étude et comparaison de la population référée et auto-référée.....	10
A. Age de la population	10
B. Sexe de la population.....	10
C. Taux de patients auto-référés aux urgences.....	11
D. Catégorie socio-professionnelle.....	12
E. Date d'apparition des symptômes.....	13
F. Temps pour se rendre aux urgences.....	14
G. Nombre de visites aux urgences sur les douze derniers mois.....	15
H. Taux de patients ayant un médecin généraliste déclaré	16
I. Motifs de consultation aux urgences.....	17
J. Taux de patients ayant tenté de joindre leur généraliste.....	19
K. Comparaison du mode de recours habituel aux soins.....	20
L. Connaissance de la PDSA et du numéro du médecin de garde.....	21
M. Comparaison du taux d'examens complémentaires reçus.....	23
N. Comparaison du taux de traitements médicamenteux reçus.....	23

O. Taux de patients hospitalisés.....	25
P. Comparaison du taux d'acceptation d'une consultation avec un MG adossé aux urgences.....	26
III. Objectif principal de l'étude: Motifs et motivations.....	27
A. Comparaison des motifs de consultation.....	27
B. Raisons de non consultation d'un médecin généraliste dans la population auto référé.....	28
C. Motivations de la population auto-référée à consulter aux urgences.....	28
IV. Description de la population hospitalisée.....	30
A. Comparaison de la moyenne d'âge avec les patients non hospitalisés...	30
B. Sexe des patients hospitalisés.....	30
C. Motif d'entrée aux urgences des patients hospitalisés.....	30
Discussion	31
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	31
II. Descriptif du profil des usagers des urgences.....	32
A. Age et sexe.....	32
B. Catégorie socio-professionnelle.....	33
C. Date d'apparition des symptômes.....	34
D. Temps pour se rendre aux urgences.....	35
E. Nombre de visites aux urgences sur les douze derniers mois.....	35
F. Taux de patients ayant un médecin généraliste déclaré	36
G. Taux de patients auto-référés aux urgences.....	36
III. Objectif principal : motifs et motivations des patients consultant aux urgences sans contact médical au préalable.....	37
A. patients auto-référés ayant tenté de joindre leur MG.....	37
B. Raisons de non consultation d'un médecin généraliste.....	39
C. Motivations des consultations aux urgences.....	40
D. Motifs de consultation aux urgences.....	41
IV. Connaissance de la PDSA et mode de recours habituel aux soins.....	42
V. Parcours de soins des patients.....	43
VI. Perspectives d'amélioration de l'offre de soins.....	44
A. En amont des urgences	44
B. Aux urgences	45
Conclusion.....	47

Références bibliographiques	49
Annexes	53
Annexe 1 : Echelle CCMU	53
Annexe 2 : Questionnaire.....	54
Annexe 3 : Déclaration CNIL	59

RESUME

Contexte : Le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter d'année en année. En revanche le taux d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences reste stable selon les années. Les patients auto-référés aux urgences sont majoritaires. L'objectif de cette étude était de connaître les motifs et de comprendre les motivations des patients non adressés par un médecin à consulter aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, mono-centrique menée au sein des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Le recrutement a été réalisé à l'aide d'un questionnaire distribué aux heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux pendant 5 jours consécutifs. Le questionnaire portait sur les motifs et les motivations de consultation aux urgences pour la population auto référée, ainsi que sur les données socio-démographiques et le parcours de soins de l'ensemble des patients consultant sur cette période.

Résultats : 319 patients ont été inclus, dont 216 patients auto-référés (AR) (68%) et 103 patients adressés par un médecin (32%). Le principal motif de consultation aux urgences pour la population AR était la douleur, sans différence significative entre les deux populations. 68% des patients AR n'avaient pas tenté de joindre leur généraliste. Les raisons principales de consulter aux urgences dans la population AR étaient la sensation de gravité (45%), 37% des patients voulaient que le problème soit réglé rapidement, 28% voulaient avoir l'avis d'un spécialiste d'organe, et 25% voulaient des examens complémentaires. 45% de la population adressée par un médecin était hospitalisée contre 19% des patients AR ($p < 0,001$).

Conclusion : Moins d'un patient AR sur deux consultait pour sensation de gravité, les patients AR recherchaient un mode de soin rapide, complet avec accès aux examens complémentaires et avis de spécialistes d'organes. La douleur était le premier motif de consultation.

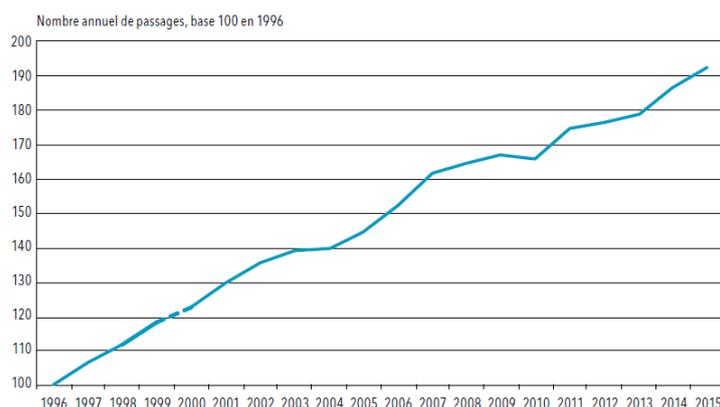
INTRODUCTION

I. Rationnel de l'étude

En 2015, la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer recensaient 723 structures d'urgences situées dans 644 établissements de santé. Ces structures ont traité 20.3 millions de passages cette même année.

En 1996, le nombre annuel de passages était de 10.1 millions pour la France métropolitaine. Il est depuis en augmentation constante de 3.5 % en moyenne chaque année (1).

Graphique 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Sur ces 20.3 millions de passages aux urgences, seulement 19.5% des patients ont été hospitalisés (une personne sur cinq). Ce pourcentage d'hospitalisations consécutives au passage aux urgences est resté quasiment stable sur les trois dernières années (2013-2015). Sur cette période, la hausse n'a été en effet que de 0.5% par an.

Il y a donc une augmentation considérable des passages aux urgences sans augmentation des hospitalisations à l'issue de ces consultations (2).

En 2003, une étude nationale menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) montrait que 70% des usagers se présentaient aux urgences sans contact médical au préalable (population auto-référée aux urgences).

Dans cette population auto-référée, 14% des patients étaient classés CCMU1 et 74% CCMU2 (annexe 1), ce qui équivalait à 88% des consultations jugées stables selon cette classification (3).

Une étude nationale menée par la DREES en 2013 faisait remarquer que les patients venaient majoritairement aux urgences le jour (de 8h à 20h), sans augmentation de fréquentation le week-end (4).

L'augmentation de l'activité des urgences pose un problème d'organisation de notre système de soins, puisque la surcharge des urgences augmente la morbi-mortalité des patients (6). Il devient alors absolument nécessaire de pallier à l'accroissement constant du nombre de consultations aux urgences.

Devant ces chiffres, il apparaît nécessaire de comprendre les motivations et de connaître les motifs des patients qui consultent aux urgences sans contact médical préalable à leur venue aux urgences.

II. Etat des lieux

A. En France

Actuellement le tableau de l'ordre des médecins recense 88 886 médecins généralistes (MG) en activité régulière (7).

Le nombre de médecins généralistes libéraux est resté quasiment stable de 1996 à 2007 puis a commencé à diminuer depuis (8), représentant une baisse de 8.4% depuis 2007 (7).

La densité des médecins généralistes libéraux est de 91.8/100.000 habitants au premier janvier 2016 avec une importante variation entre la densité rurale et urbaine (43/100.000 en zone rurale versus 104/100.000 en zone urbaine) (9).

Il existe un important vieillissement de la population médicale puisqu'en 1996 il y avait 10% des médecins âgés de 55 ans ou plus contre 47% en 2012 (8).

En 2016 l'âge moyen d'un médecin généraliste français était de 52 ans, 27,3% avaient plus de 60 ans et 16% avaient moins de 40 ans, 54% étaient des hommes (7).

En France, la quasi-totalité de la population française habite à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste. En 2010, 84% de la population française vivait dans une commune où exerçait au moins un médecin généraliste libéral (10).

Concernant la satisfaction des français sur l'accessibilité des médecins libéraux, le taux de satisfaction a chuté de 10 points entre 2007 et 2013, passant de 82% de satisfaction à 68%.

Les causes principalement rapportées étaient :

- La distance géographique ;
- Le manque de disponibilité des médecins traitants ;
- Le délai trop long d'attente pour avoir une consultation ;
- Des motifs d'ordre financier.

Concernant la satisfaction des français sur la prise en charge aux urgences, seulement 56% des français sont satisfaits de l'accessibilité et 53% de la qualité des soins. Les problèmes de temps d'attente et de fréquentation élevée étaient majoritairement évoqués pour expliquer ces faibles taux de satisfaction (11).

B. En Hauts de France

Un peu plus de 7500 médecins généralistes étaient dénombrés au premier janvier 2016 dans les Hauts de France dont 71.8% ayant une activité libérale régulière. La région affiche une densité de médecins généralistes libéraux proche de la moyenne nationale : 90.6/100.000 habitants contre 91.8/100.000 habitants au premier janvier 2016, avec une différence importante entre la densité rurale et urbaine (43/100.000 habitants en milieu rural versus 104/100.000 habitants en ville).

La densité régionale des médecins spécialistes libéraux est particulièrement faible, inférieure de 27% à celle de la France (37.7/100.000 habitants versus 48.8/100.000 habitants) (9).

Les spécialistes les plus concernés sont les cardiologues, les pédiatres, les ophtalmologues et les dermatologues (12).

Par ailleurs la consommation de soins en Hauts de France est plus importante que pour le reste de la France : En moyenne, on y dénombrait 4,8 actes par an et par habitant chez le médecin généraliste en 2015, contre 4,3 au niveau national.

Ceci peut être expliqué notamment par la fragilité sociale de la population des Hauts de France.

Il est à noter également que les habitants des Hauts de France sont en moins bonne santé de façon générale que le reste des Français ; tant chez l'homme que chez la femme, la mortalité est supérieure de 20% par rapport aux statistiques nationales. Cette surmortalité se traduit par une espérance de vie de 2,8 ans inférieure à celle du reste de la France chez l'homme (75,3 versus 78,1) et de 2,1 ans chez la femme (82,7 versus 84,8) (9).

En Hauts de France, des mesures ont été prises pour faciliter et simplifier le recours non programmé des patients à un médecin généraliste :

- Développement d'une régulation médicale libérale, avec mise en place d'un numéro téléphonique unique au niveau départemental (pour le nord : 03 20 33 20 33) recouvrant l'ensemble des secteurs de la permanence de soins. Cette permanence téléphonique est tenue par un médecin généraliste, elle est mise à la disposition des usagers en dehors des horaires ouvrables habituels des cabinets médicaux. Le régulateur peut ensuite orienter ces patients vers le médecin généraliste de garde du secteur concerné si besoin(13) (4).
- Augmentation de l'attractivité de la participation à la permanence de soins ambulatoires sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
- Ouverture de maisons médicales de garde qui sont des lieux de consultations de médecine générale ouvertes aux heures de permanence des soins (4).

Objectif principal :

Cette étude visait à comprendre les motivations des patients à se rendre aux urgences sans contact médical au préalable (population auto-référée) et à connaître les motifs de leur consultation aux urgences.

Objectifs secondaires :

Cette étude visait également à caractériser les patients de plus de 18 ans consultant aux urgences du CHU de Lille. Elle visait aussi à comparer la population auto-référée aux urgences à la population adressée par un médecin puis à comparer le taux d'hospitalisation entre les deux populations.

Le descriptif de la population étudiée tenait compte des caractéristiques sociodémographiques et du parcours de soins.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée au sein du service des Urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille.

Notre étude s'est portée sur l'ensemble des patients consultant dans le service des urgences du 19 au 23 février 2018. Nous souhaitions réaliser notre étude aux horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux de 8h30 à 19h. L'étude s'est déroulée du lundi au vendredi, le samedi a été exclu devant l'irrégularité d'ouverture des cabinets médicaux de ville.

Un questionnaire a été rempli directement par les patients lors du passage aux urgences (annexe 2).

Une information au patient ou à son représentant légal a été réalisée lors du passage aux urgences et l'accord du patient a été systématiquement recueilli.

Ce travail a été signalé auprès de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés), il est enregistré sous le numéro 2133157v0 (annexe 3).

I. Critères d'inclusions et de non inclusion

A. Critères d'inclusion

Tout patient consultant aux urgences du CHU de Lille du 19 au 23 février 2018 de 8 heures 30 à 19 heures.

B. Critères de non inclusion

- Patients âgés de moins de 18 ans ;
- Patients dont l'état de santé était trop grave pour répondre au questionnaire ;
- Patients dans l'incapacité physique et/ou mentale de répondre au questionnaire ;
- Patients ne maîtrisant pas suffisamment la langue française pour répondre au questionnaire ;
- Patients présentant des troubles cognitifs ;
- Patients refusant de se soumettre au questionnaire.

II. Paramètres étudiés

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire réalisé sur deux feuilles de recueils (Annexe 3).

La première feuille de recueil a été remplie par le patient et le deuxième feuillet par mes soins à posteriori.

Les données du premier feuillet étaient relatives aux données sociodémographiques des patients, aux motifs de consultation, aux raisons de ne pas consulter son médecin généraliste et aux raisons de consulter aux urgences pour la population auto-référée.

Les données du deuxième feuillet concernaient le parcours de soins des patients : examens complémentaires et traitements reçus, hospitalisation des patients après leur passage aux urgences.

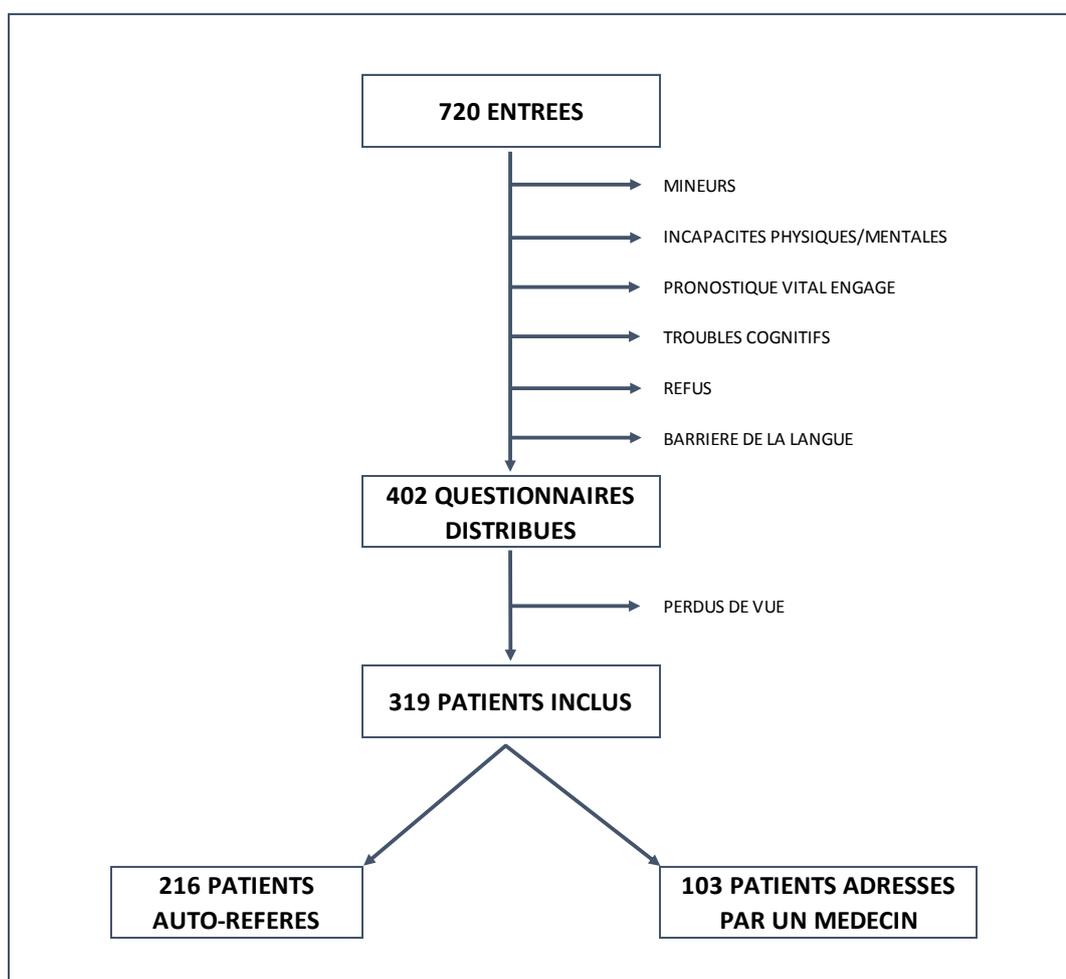
III. Analyse statistique

L'ensemble des données anonymes recueillies a été collecté sur le logiciel EXCEL®, certaines données ont été analysées en uni ou bi-variés à l'aide du logiciel R version 3.5.0 en utilisant les tests statistiques du CHI² et de Fischer en cas d'effectif inférieur à 10. Le seuil de significativité était $p < 0.05$.

RESULTATS

I. La population étudiée

Figure 1 : Flowchart de la population étudiée



402 questionnaires ont été distribués du 19 au 23 février 2018 de 8h30 à 19 heures. 319 patients ont été inclus dont 216 patients consultant de leur propre initiative (auto-référés). 103 patients ont été adressés par un médecin ou une unité médicale dont 70% par leur médecin généraliste, 10% sur appel téléphonique du médecin et 20% par le SAMU ou les pompiers.

II. Caractéristiques de la population globale de l'étude et comparaison de la population adressée par un médecin (référé) par rapport à la population auto-référée aux urgences

A. Age de la population

1. Dans la population globale de l'étude

Les patients étaient âgés en moyenne de 49,68 ans [47,35 - 52], l'âge médian était de 48 ans [18-95].

Tableau 1 : Age de la population

Classe d'âge	Nombre	%
[18-35[	95	30%
[35-50[	67	21%
[50-65[	66	21%
[65-80[	58	18%
+ de 80	33	10%
Total	319	100%

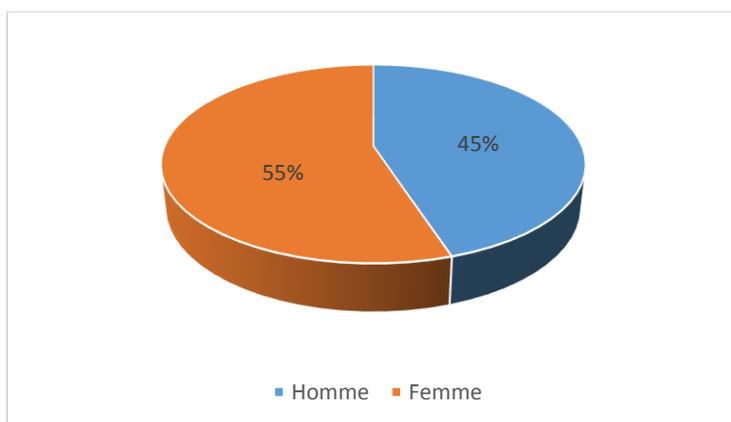
2. Comparaison de l'âge entre les deux populations

En moyenne, les patients consultant par eux même aux urgences étaient plus jeunes que les patients adressés par un médecin : 45,7 ans versus 58 ans.

B. Sexe de la population

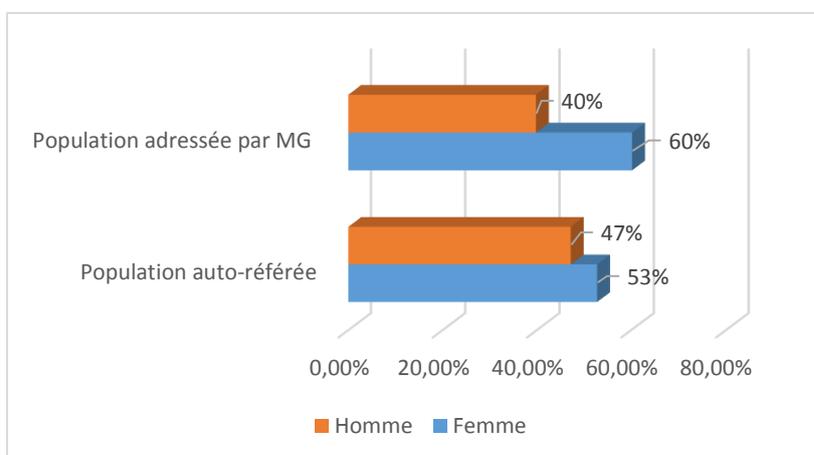
1. Dans la population globale de l'étude

Le sexe ratio H/F était de 0.81 soit 176 femmes et 143 hommes.

Figure 2 : Répartition de la population en fonction du sexe

2. Comparaison du sexe entre les deux populations

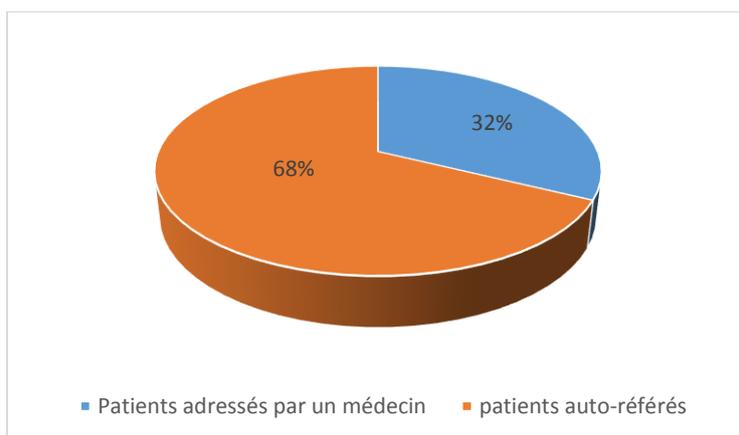
Les deux populations étaient majoritairement composées de femmes : 60% dans la population adressée par le médecin généraliste, 53% dans la population auto-référée.

Figure 3 : Comparaison du sexe entre les deux populations

C. Taux de patients auto-référés aux urgences

Soixante-huit pour cent des patients étaient auto-référés aux urgences.

Soixante et onze pour cent des hommes étaient auto-référés contre 65% des femmes, cette différence n'était pas significative ($p=0,4$).

Figure 4 : Patients auto-référés aux urgences

D. Catégorie socio-professionnelle

1. Dans la population globale de l'étude

Vingt-neuf pour cent des patients étaient retraités, 45% des patients étaient actifs (24% étaient salariés ou agent de maîtrise, 8% étaient cadres, 7% ouvriers, 5% artisans ou commerçants, 1% chefs d'entreprise ou militaire). Respectivement 8% et 7% étaient sans activité et à la recherche d'un emploi.

Tableau 2 : catégorie socio-professionnelle

Profession	Nombre	Pourcentage
Retraité	90	29%
Salarié / agent de maîtrise	76	24%
Etudiant	31	10%
Sans activité	25	8%
Cadre	25	8%
Ouvrier	23	7%
A la recherche d'un emploi	22	7%
Artisan / commerçant	18	5%
Autre	5	1%
Chef d'entreprise	3	0.6%
Militaire	1	0.4%
Agriculteur exploitant	0	0%
Total	319	100%

2. Comparaison des deux populations

De façon significative, les salariés et agents de maîtrise avaient tendance à consulter plus souvent aux urgences sans contact médical au préalable (28% contre

15% dans la population référée ; $p=0,02$). Au contraire, les retraités consultaient plus facilement aux urgences après un avis médical (50% contre 19% dans la population auto-référée ; $p<0,001$).

Tableau 3 : Comparaison des catégories socio professionnelles entre les deux populations

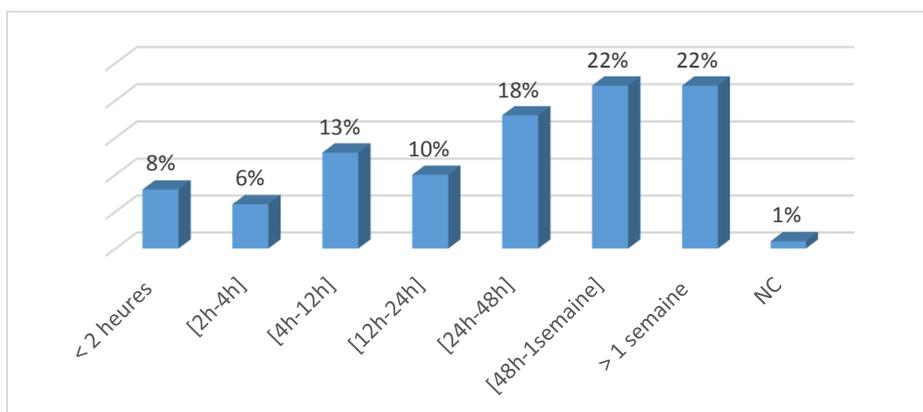
Catégorie socio-professionnelle	Population auto-référée		Population adressée par un médecin		p
	Nombre	%	Nombre	%	
Etudiant	26	12%	5	5%	0,07
Agriculteur/exploitant	0	0%	0	0%	1
Artisan, commerçant	13	6%	4	4%	0,4
Militaire	1	0%	0	0%	1
Ouvrier	18	8%	5	5%	0,7
Salarié, agent de maîtrise	61	28%	15	15%	0,02
Cadre	14	6%	10	10%	0,3
Chef d'entreprise	2	1%	1	1%	1
Retraité	40	19%	51	50%	<0,001
En recherche d'emploi	18	8%	3	3%	0,1
Sans activité	19	9%	6	6%	0,4
Autre	4	2%	3	3%	0,2
Total	216	100%	103	100%	

E. Date d'apparition des symptômes

1. Dans la population globale de l'étude

La date d'apparition des symptômes dépassait 48 heures pour 44% des patients, et pour 22% des patients les symptômes duraient depuis plus d'une semaine.

Figure 5 : Date d'apparition des symptômes



2. Comparaison des deux populations

De façon significative, les patients auto-référés étaient plus nombreux à consulter aux urgences dans un délai très court (<2heures) après l'apparition de leurs symptômes (11% versus 2% pour la population référée ; $p=0,009$).

Tableau 4 : Comparaison de la date d'apparition des premiers symptômes entre les deux populations

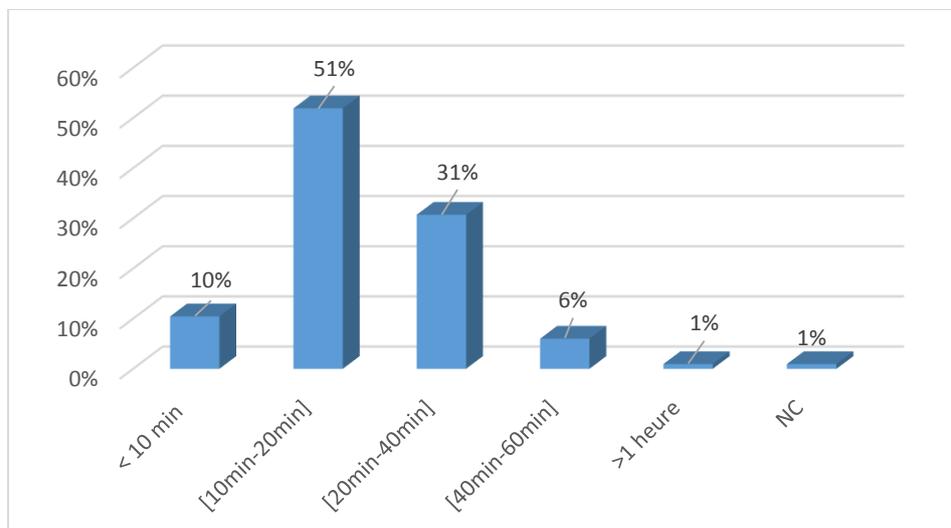
Date	auto-référés	adressés MG	p
< 2 heures	11%	2%	0.009
[2-4]	8%	2%	0.05
[4-12]	13%	13%	0.8
[12-24]	9%	11%	0.4
[24-48]	17%	20%	0.46
[48heures-1semaine]	19%	27%	0.17
> 1 semaine	21%	25%	0.45
Données NC	2%	0%	
Total	100%	100%	

F. Temps pour se rendre aux urgences

1. Dans la population globale de l'étude

Soixante et un pour cent des patients habitaient à moins de 20 minutes des urgences et quasiment la totalité des patients habitaient à moins de 40 minutes.

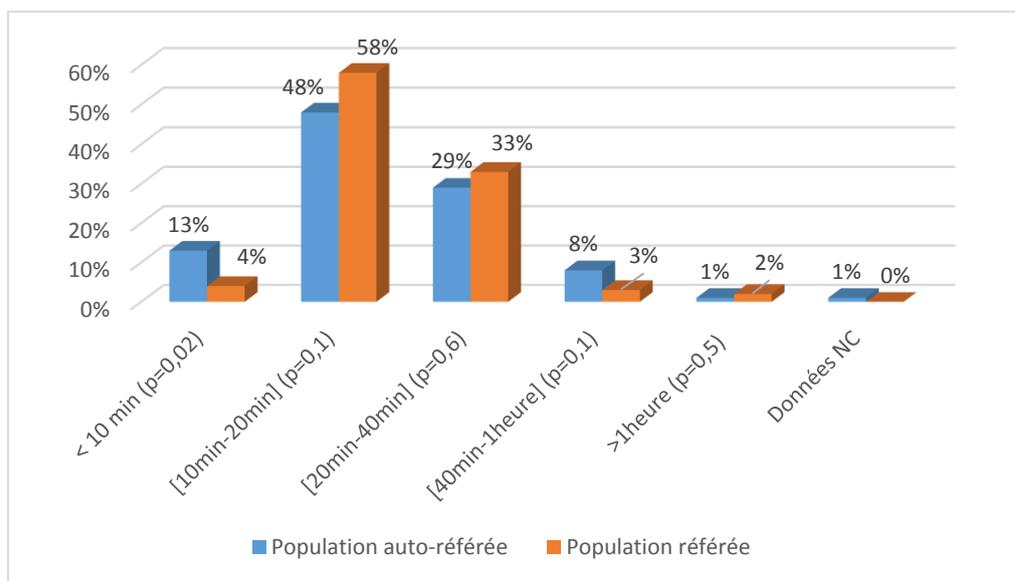
Figure 6 : Temps pour se rendre aux urgences



2. Comparaison des deux populations

De façon significative, les patients auto-référés étaient plus nombreux à habiter proche des urgences (<10minutes) (13% versus 4% ; $p=0,02$).

Figure 7 : Comparaison du temps pour se rendre aux urgences entre la population référée et auto-référée

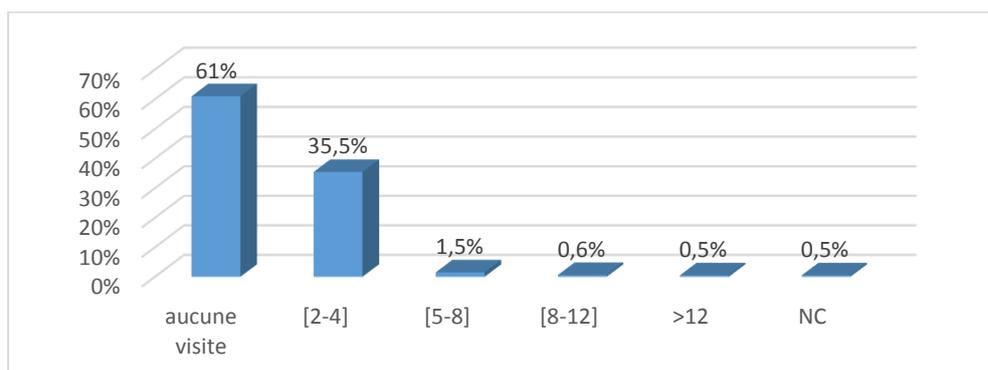


G. Nombre de visites aux urgences sur les douze derniers mois

1. Dans la population globale de l'étude

Pour 61% des patients, cette visite constituait la première visite de ces douze derniers mois ; plus d'un tiers des patients avait déjà consulté deux fois aux urgences ou plus durant l'année écoulée.

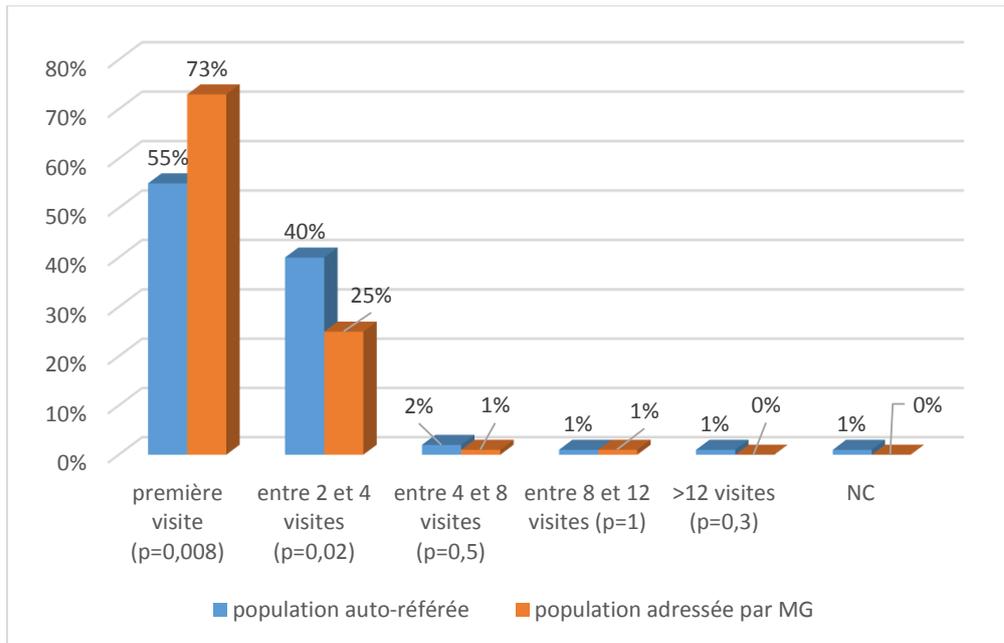
Figure 8 : Nombre de visites aux urgences au cours des douze derniers mois



2. Comparaison des deux populations

De façon significative, la population auto-référée consultait plus souvent aux urgences ; 40% avaient déjà consulté entre 2 et 4 fois sur les douze derniers mois contre 25% de la population adressée par un médecin ($p=0,02$).

Figure 9 : Comparaison du nombre de visites aux urgences au cours des douze derniers mois entre les deux populations

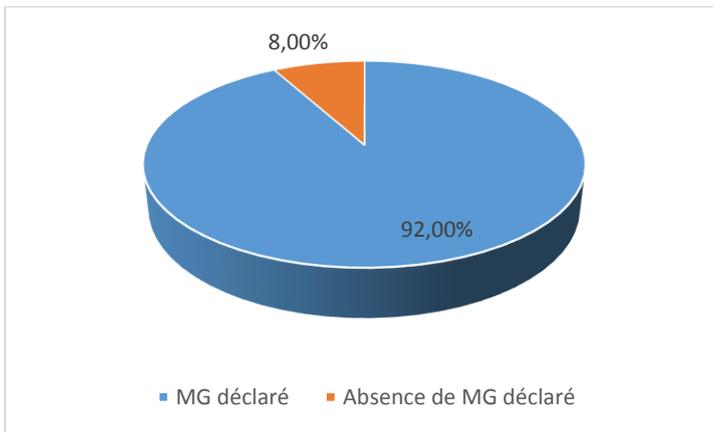


H. Taux de patients ayant un médecin généraliste déclaré

1. Dans la population globale de l'étude

Quatre-vingt-douze pour cent des patients de l'étude avaient un médecin généraliste déclaré.

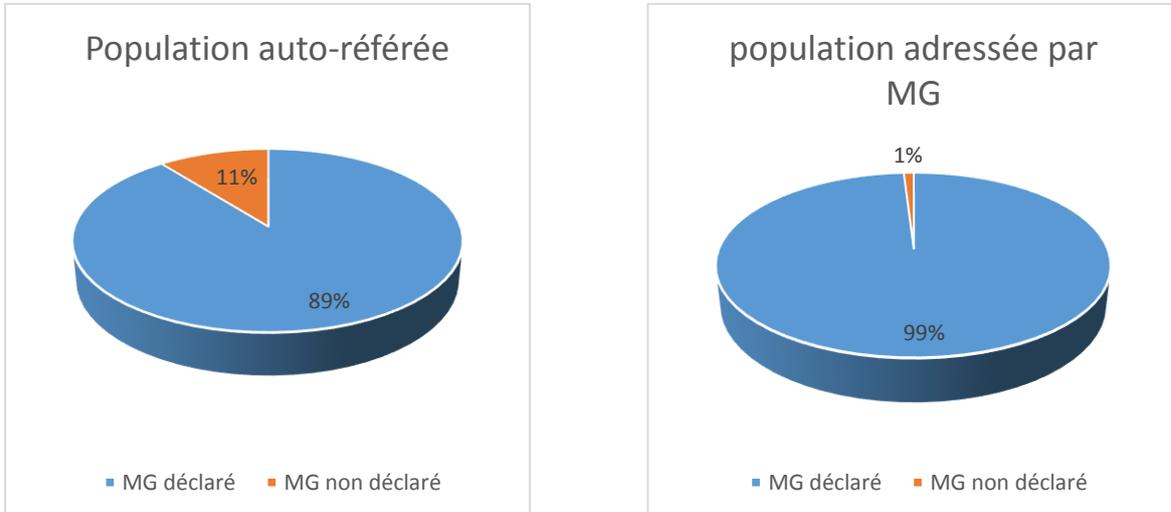
Il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes (91,6% d'hommes avaient un médecin généraliste déclaré contre 92,6% de femmes $p=0,8$).

Figure 10 : Médecin généraliste déclaré

2. Comparaison des deux populations

De façon significative, les patients référés par un médecin aux urgences étaient plus nombreux à avoir déclaré un médecin généraliste ; 99% versus 89% ($p=0,003$).

Figure 11 : Comparaison du pourcentage de médecins généralistes déclarés dans la population auto-référée par rapport à la population adressée par un médecin



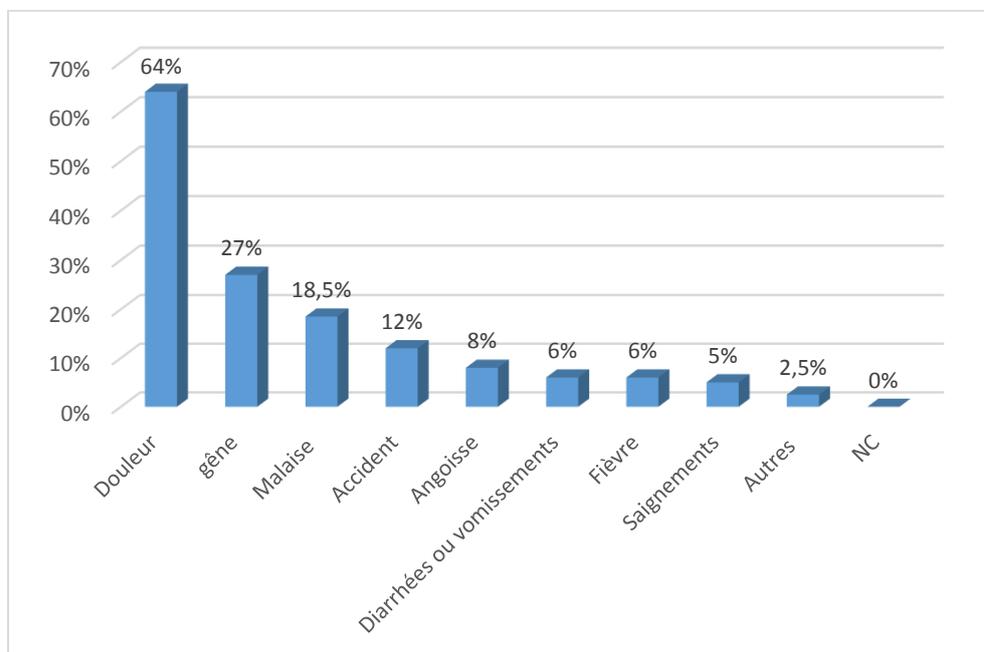
I. Motifs de consultation aux urgences

1. Dans la population globale

Le motif principal de consultation aux urgences était largement dominé par la douleur pour 64% des patients, venait ensuite la sensation de gêne (démangeaisons, difficulté à respirer) (27%), puis les malaises (18,5%).

On ne retrouvait pas de différence significative pour les motifs de consultation aux urgences des femmes par rapport aux hommes.

Figure 12 : Motifs de consultation aux urgences dans la population générale



2. Motifs de consultation en fonction de l'âge

On note que les patients âgés de 18 à 35 ans et de 35 à 50 ans consultaient significativement plus pour douleur que les patients âgés de plus de 80 ans ($p=0,01$).

Au contraire les patients âgés de plus de 80 ans consultaient significativement plus pour gêne que les patients jeunes ($p=0,004$).

Le reste des différences n'était pas significatif.

Tableau 5 : Motifs de consultation aux urgences en fonction des catégories d'âge

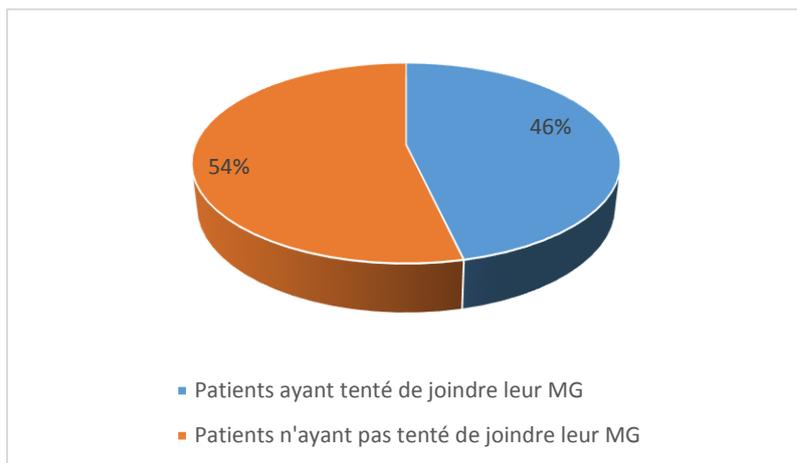
	[18-35[	[35-50[	[50-65[	[65-80[	+ de 80
Douleur	47%	48%	44%	35%	30%
Accident	11%	10%	7%	3%	7%
Malaise	12%	13%	13%	9%	17%
Gêne	12%	17%	16%	25%	28%
Angoisse	5%	5%	10%	5%	0%
Fièvre	4%	3%	2%	8%	2%
Diarrhées et vomissements	4%	1%	3%	9%	4%
Saignements	5%	1%	2%	2%	11%
Autres	1%	1%	2%	3%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

J. Taux de patients ayant tenté de joindre leur généraliste

1. Dans la population globale de l'étude

Dans la population globale, 54% des patients n'avaient pas tenté de joindre leur médecin généraliste avant de se rendre aux urgences.

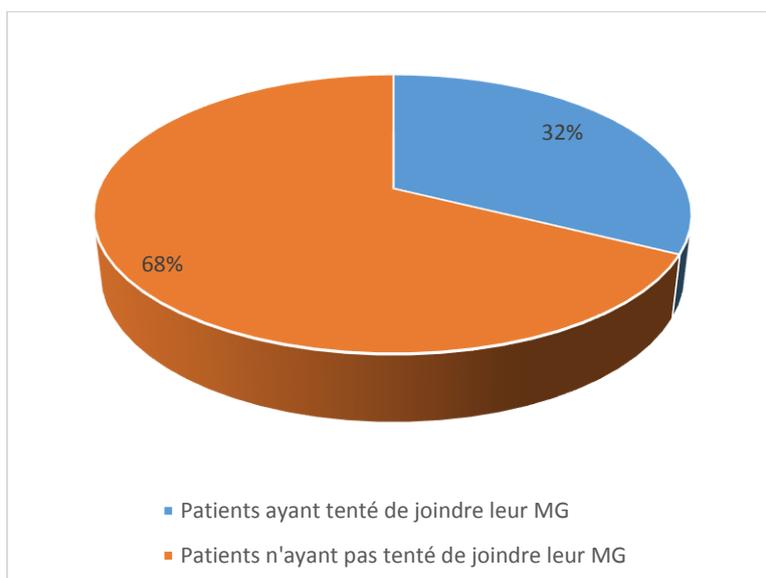
Figure 13 : Patients ayant tenté de joindre leur médecin généraliste avant de se rendre aux urgences



2. Dans la population auto-référée

Plus des 2/3 des patients n'avaient pas tenté de joindre leur médecin généraliste dans la population auto-référée aux urgences.

Figure 14 : Patients ayant tenté de joindre leur médecin généraliste dans la population auto-référée



K. Comparaison du mode de recours habituel aux entre la population référée et auto-référée, hors d'un contexte d'urgence ressentie

1. Lors des heures ouvrables d'un généraliste

La population auto-référée consulterait significativement plus aux urgences lors des heures ouvrables du médecin généraliste par rapport à la population adressée aux urgences par un médecin (10% versus 1% ; $p=0,009$).

Tableau 6 : Comparaison du mode de recours habituel aux soins le jour en semaine, entre la population adressée par le médecin généraliste et la population auto-référée aux urgences

Recours	Auto-référée	Référée	p
Médecin généraliste	87%	99%	<0.001
Médecin de garde	0%	0%	
Urgences	10%	1%	0.009
Données non connues	3%	0%	
Total	100%	100%	

2. Durant le week-end

De façon significative, la population auto-référée aux urgences consulterait plus facilement aux urgences le week-end par rapport à la population adressée par un médecin (60% versus 25% ; $p<0,001$).

Tableau 7 : Comparaison du mode de recours habituel aux soins le week-end, entre la population adressée par le médecin généraliste et la population auto-référée aux urgences

Recours	Auto-référée	Référée	p
Médecin généraliste	10%	20%	0.04
Médecin de garde	23%	55%	< 0.001
Urgences	60%	25%	< 0.001
Données non connues	7%	0%	
Total	100%	100%	

3. Durant la nuit

De façon significative, la population auto-référée aux urgences consulterait plus facilement aux urgences la nuit par rapport à la population adressée par un médecin (79% versus 65% ; $p=0,02$).

Tableau 8 : Comparaison du mode de recours habituel aux soins la nuit, entre la population adressée par le médecin généraliste et la population auto-référée aux urgences

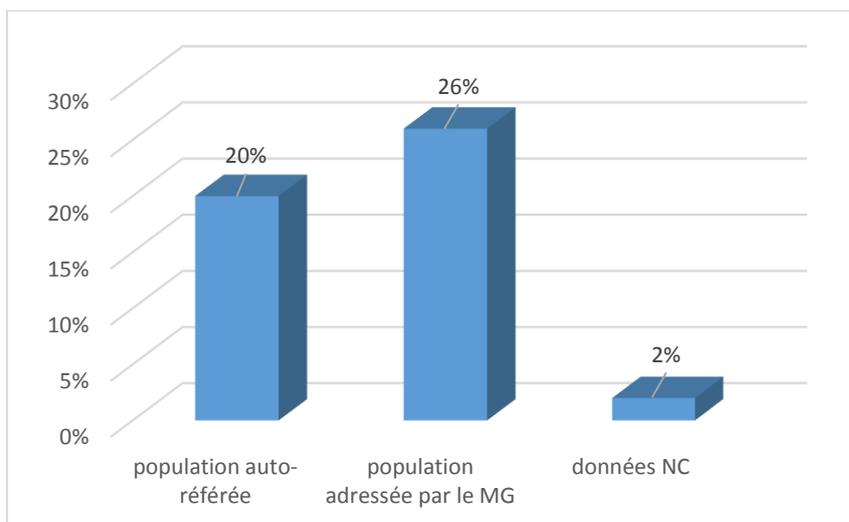
Recours	Auto-référés	Référés	p
Médecin généraliste	0%	3%	0.08
Médecin de garde	13%	32%	0.001
Urgences	79%	65%	0.02
Données non connues	8%	0%	
Total	100%	100%	

L. Connaissance de la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA) et du numéro du médecin de garde

1. Comparaison de la connaissance de la PDSA entre les deux populations

Vingt-six pour cent de la population adressée par le médecin généraliste connaissait l'existence de la permanence de soins ambulatoires contre 20% dans la population auto-référée. Cette différence n'était pas significative ($p=0,3$).

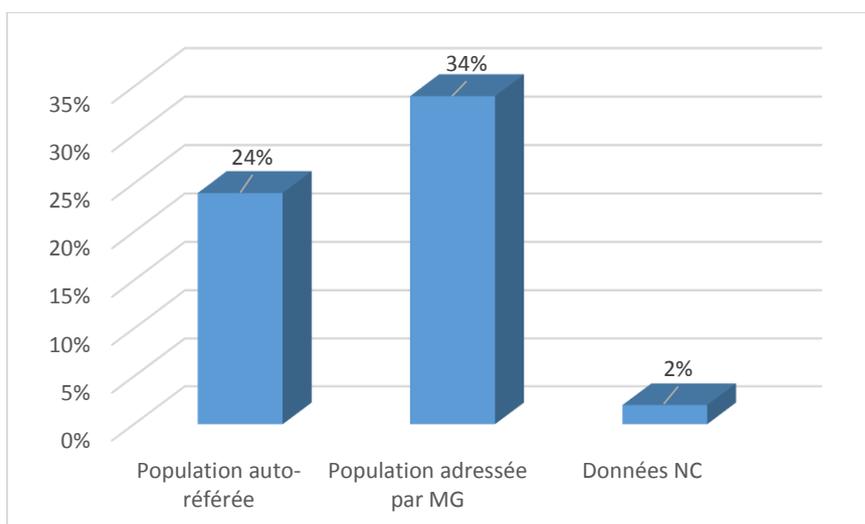
Figure 15 : Comparaison de la connaissance de la PDSA entre la population auto-référée et la population adressée par un médecin généraliste



2. Comparaison de la connaissance du numéro d'appel du médecin de garde entre les deux populations

Vingt-quatre pour cent des patients de la population auto-référée connaissait le numéro d'appel du médecin de garde, contre 34% dans la population adressée par le médecin généraliste. Cette différence n'était pas significative ($p=0,1$).

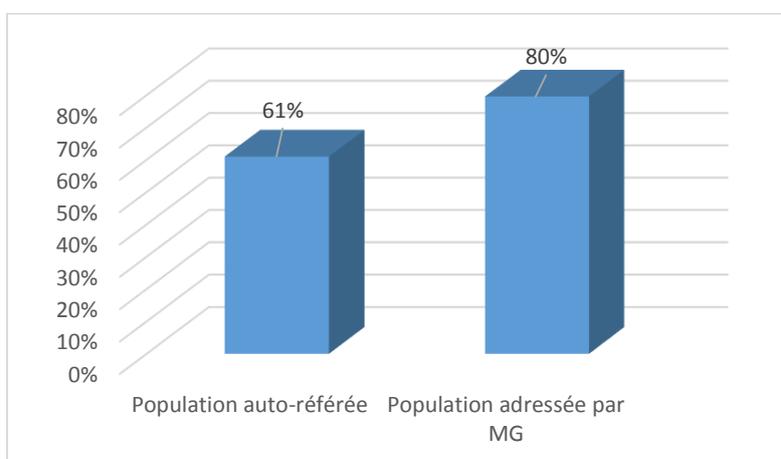
Figure 16 : Comparaison de la connaissance du numéro d'appel du médecin de garde entre la population auto-référée et la population adressée par un médecin généraliste



M. Comparaison du taux d'examens complémentaires reçus entre les deux populations

De façon significative, les patients référés par un médecin aux urgences recevaient davantage d'examens complémentaires par rapport aux patients auto-référés (80% versus 61% ; $p=0,003$).

Figure 17 : Comparaison du taux d'examens complémentaires effectués dans la population auto-référée par rapport à la population adressée par le médecin :

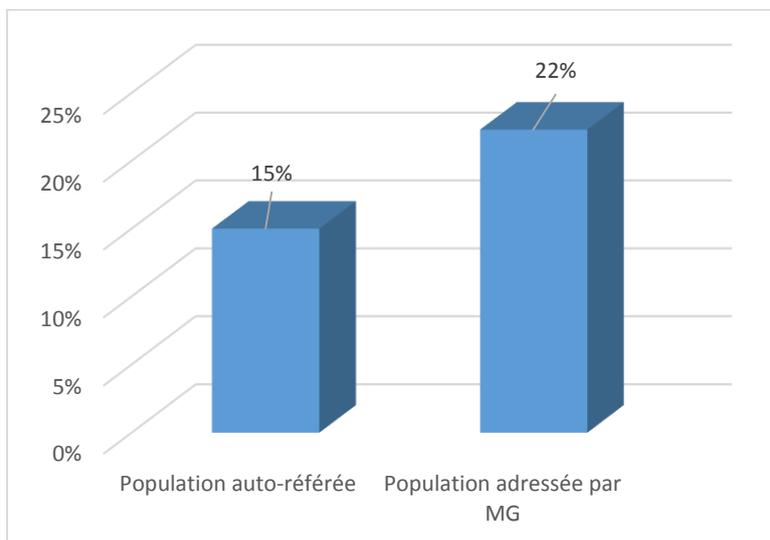


N. Comparaison du taux de traitements médicamenteux reçus entre les deux populations

1. Traitement médicamenteux par voie orale

Vingt-deux pour cent des patients adressés par le médecin généraliste avaient reçu des traitements médicamenteux par voie orale contre 15% de la population auto-référée. Cette différence n'était pas significative ($p=0,34$).

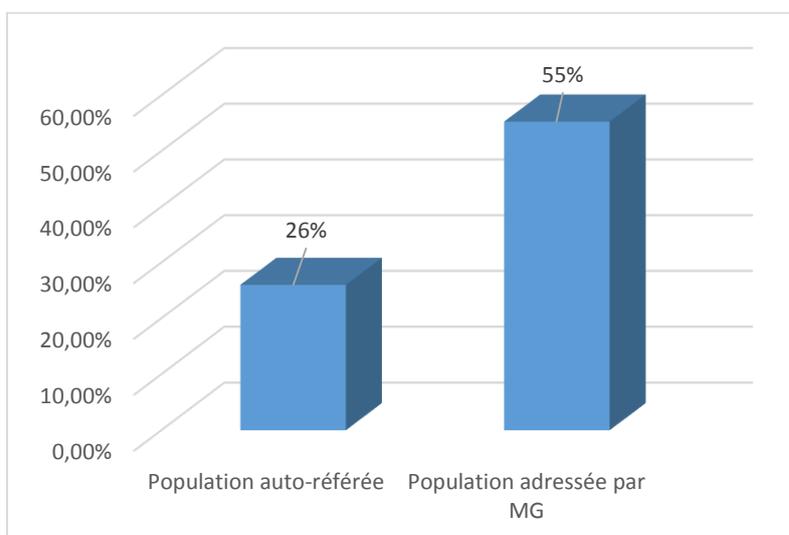
Figure 18 : Comparaison du taux de traitements médicamenteux donnés par voie orale entre la population auto-référée et la population adressée par le médecin



2. Traitement médicamenteux par voie intraveineuse

De façon significative, les patients adressés aux urgences par un médecin avaient reçu plus de traitement intraveineux par rapport à la population auto-référée aux urgences (55% versus 26% ; $p < 0,001$).

Figure 19 : Comparaison du taux de traitements médicamenteux donnés par voie intraveineuse entre la population auto-référée et la population adressée par le médecin généraliste:

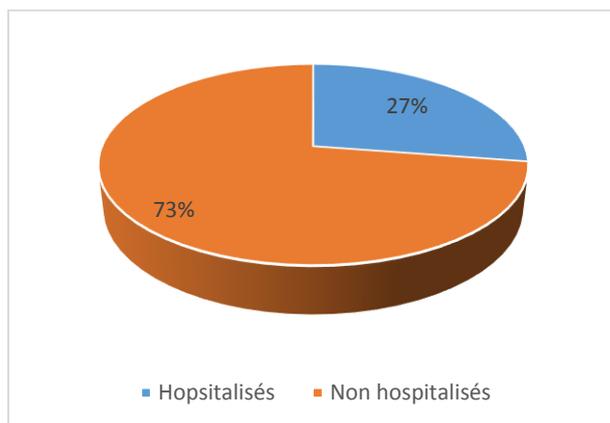


O. Taux de patients hospitalisés

1. Dans la population générale

Vingt-sept pour cent des patients étaient hospitalisés à l'issue de la consultation aux urgences.

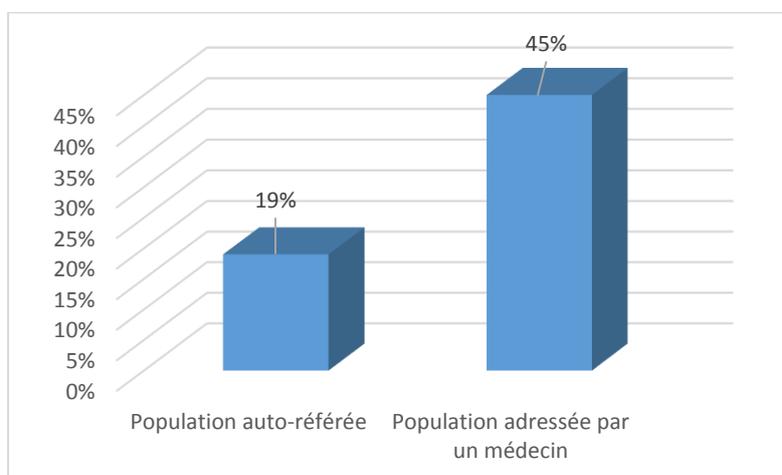
Figure 20 : Patients hospitalisés à l'issue de la consultation aux urgences



2. Comparaison des deux populations

De façon significative, les patients adressés par un médecin aux urgences étaient plus souvent hospitalisés à l'issue de leur passage par rapport à la population auto-référée (45% versus 19% ; $p < 0,001$).

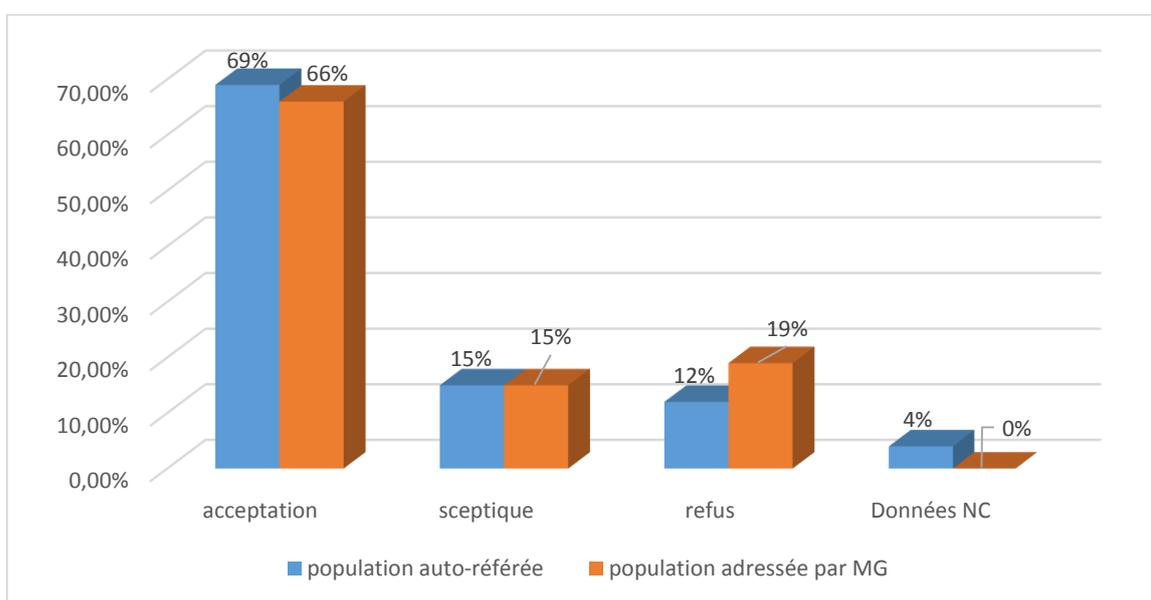
Figure 21 : Comparaison du taux d'hospitalisation à l'issue de la consultation aux urgences entre la population auto-référée et la population adressée par le médecin généraliste



P. Comparaison du taux d'acceptation d'une consultation avec un médecin généraliste adossé aux urgences entre les deux populations

La grande majorité des patients, adressée ou non par un médecin, aurait été favorable à une consultation avec un généraliste dans le pôle des urgences si l'infirmière d'accueil leur avait proposé.

Figure 22 : Comparaison d'acceptation ou de refus d'une consultation avec un médecin généraliste adossé aux urgences entre la population auto-référée et la population adressée par un médecin



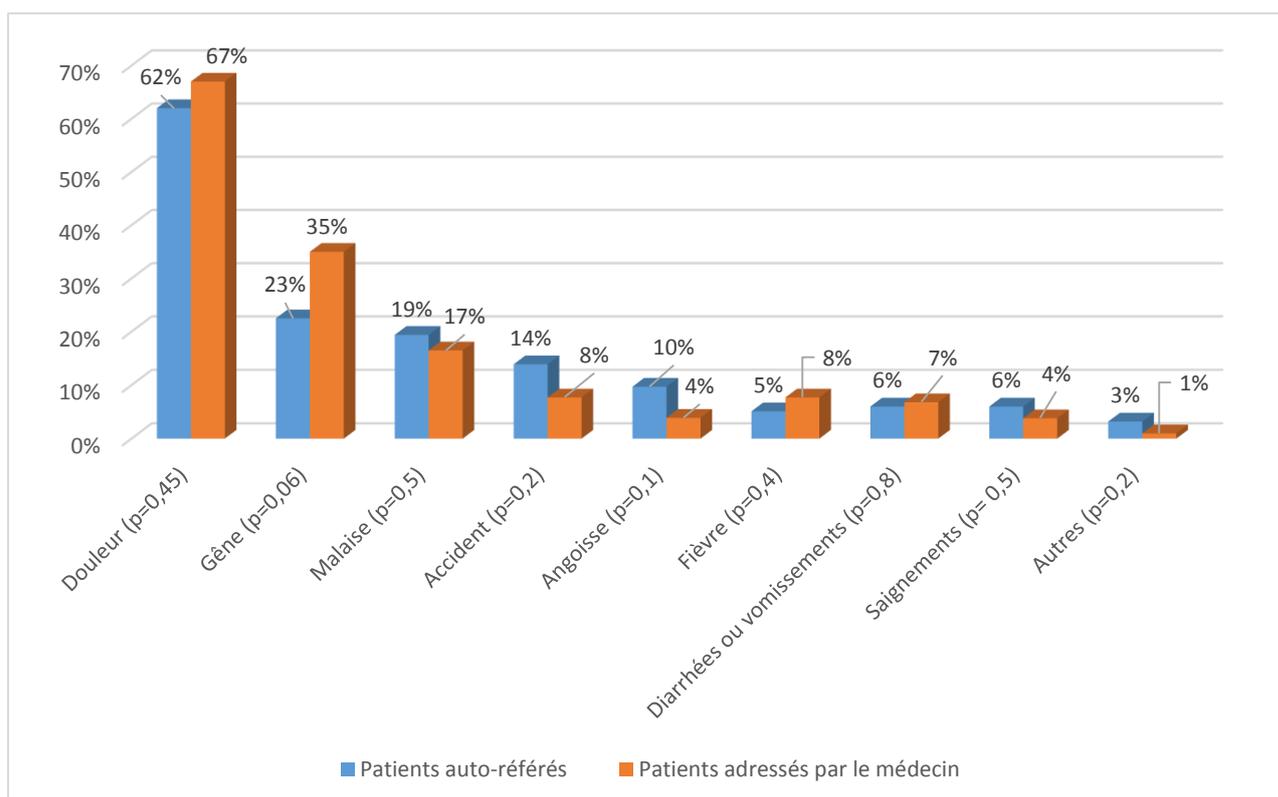
III. Objectif principal de l'étude : motifs et motivations des patients consultant aux urgences sans contact médical au préalable.

A. Comparaison des motifs de consultation entre les deux populations

Les patients adressés par un médecin l'étaient essentiellement pour douleur, gêne (difficultés respiratoires et démangeaisons) ou fièvre.

Les patients se rendant aux urgences de leur propre initiative présentaient davantage des pathologies traumatologiques, des malaises ou angoisses, cependant aucune différence n'était significative entre ces deux populations.

Figure 23 : Motifs des patients consultant aux urgences : population auto-référée versus population adressée par un médecin

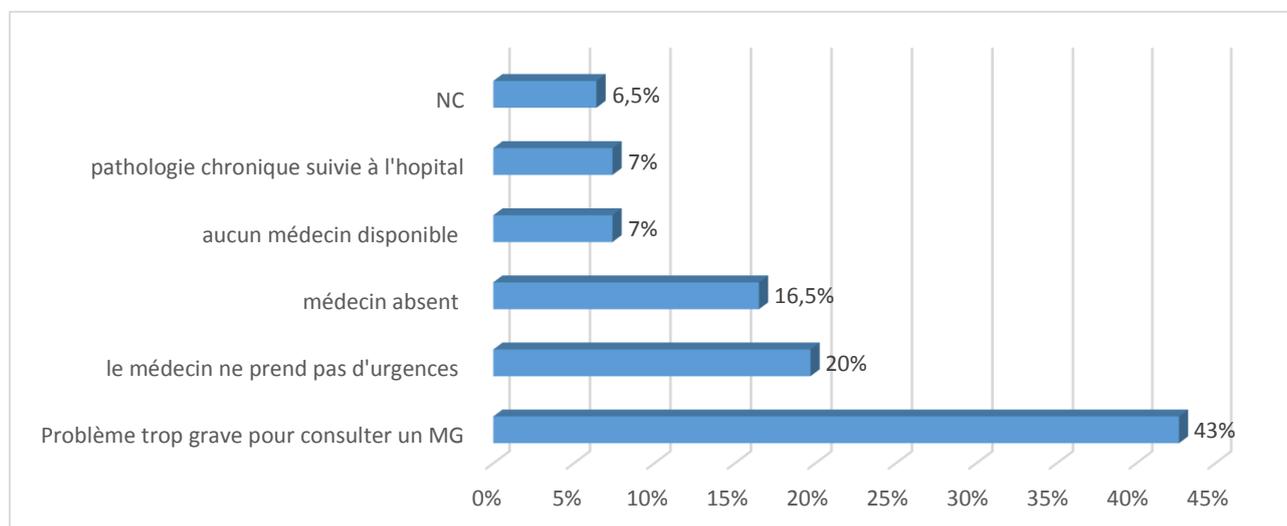


B. Raisons de non consultation d'un médecin généraliste dans la population auto-référée, préalablement à la venue aux urgences

Quarante-trois pour cent des patients pensaient que le problème était trop grave pour consulter un médecin généraliste, 20% prétendaient que leur médecin ne prenait pas d'urgences et pour 16,5% leur médecin était absent.

Il n'existait pas de différence significative concernant les raisons de non consultation d'un médecin généraliste entre les femmes et les hommes.

Figure 24 : Raisons de ne pas consulter de médecin généraliste dans la population auto-référée



C. Motivations de la population auto-référée à consulter aux urgences

A cette question la réponse pouvait être multiple :

- **motivations concernant un motif médical** : 45% des patients avaient une sensation de gravité, 17% étaient angoissés face à leur état de santé, 16% pensaient devoir être hospitalisés.
- **motivations concernant la commodité des urgences** : 37% des patients avaient besoin que le problème soit réglé rapidement, 29% voulaient l'avis d'un spécialiste, 25% voulaient avoir accès à des examens complémentaires, 7% trouvaient plus rapide de consulter aux urgences

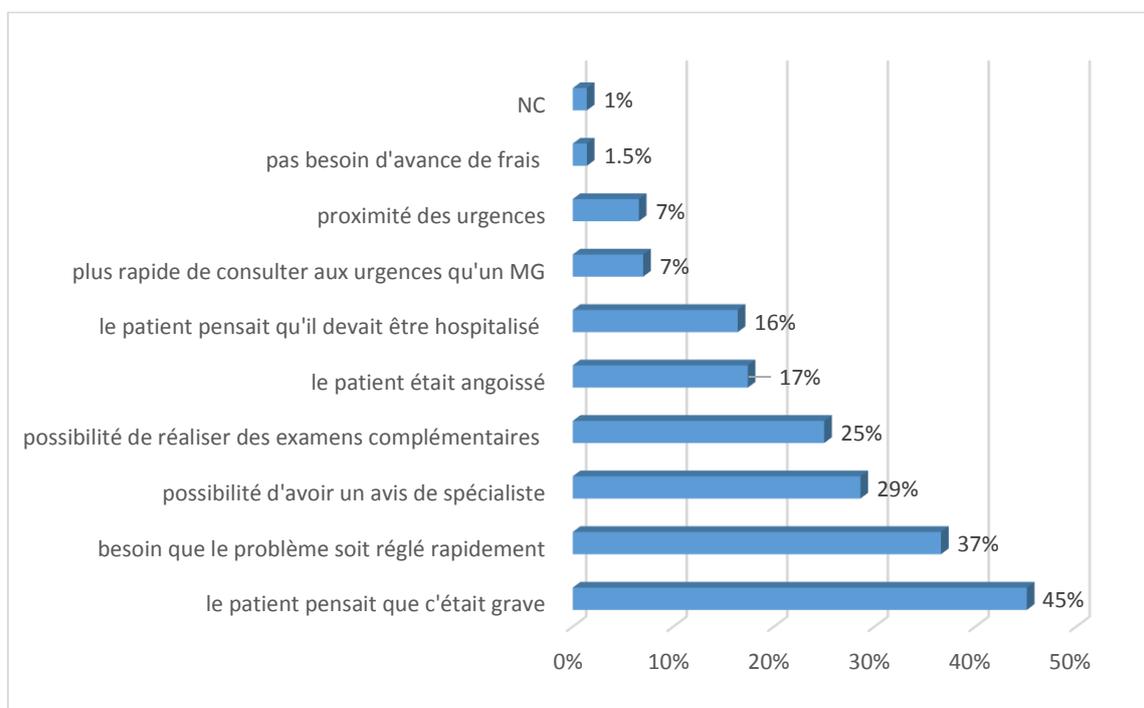
que de consulter leur médecin généraliste, 7% pour la proximité des urgences et 1.5% pour l'absence d'avance de frais.

Concernant les 16% des patients qui pensaient devoir être hospitalisés, 1/3 d'entre eux l'a réellement été.

Concernant les 25% des patients qui consultaient pour examen complémentaire, 52% d'entre eux en ont bénéficié.

Il n'existait pas de différence significative concernant les motivations de se rendre aux urgences entre les femmes et les hommes.

Figure 25 : Motivations de la population auto-référée à consulter aux urgences



IV. Description de la population hospitalisée

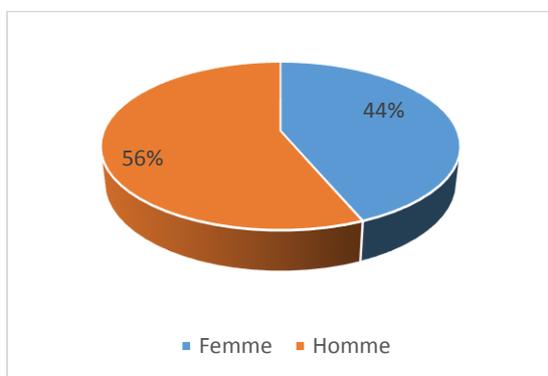
A. Comparaison de la moyenne d'âge entre les patients hospitalisés et les non hospitalisés

Les patients hospitalisés étaient en moyenne plus âgés que les patients non hospitalisés (67,2 ans versus 45,8 ans).

B. Sexe des patients hospitalisés

La population hospitalisée était composée en majorité d'hommes (56%).

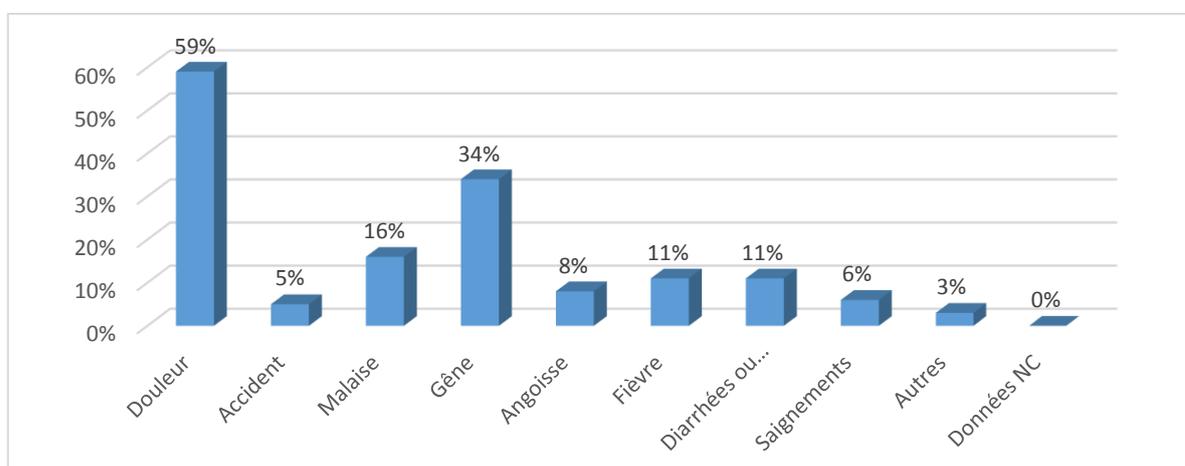
Figure 26 : Sexe des patients hospitalisés



C. Motif d'entrée aux urgences des patients hospitalisés

Le motif principal était la douleur pour 59% des patients hospitalisés, venait ensuite la sensation de gêne pour 34% des patients.

Figure 27 : Motifs d'entrée aux urgences des patients hospitalisés



DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est prospective et bénéficie donc d'une supériorité par rapport à une étude rétrospective.

Il s'agissait d'une étude monocentrique réalisée uniquement sur le site du CHU de Lille. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude dans plusieurs centres hospitaliers des Hauts de France, la puissance de l'étude en serait renforcée.

L'inclusion des patients sur la totalité de la durée de recueil a été faite par le Docteur Coulier et par moi-même lors du passage des patients avec l'infirmière d'accueil, ce qui améliore la régularité de distribution du questionnaire.

L'inclusion a été faite hors période de vacances scolaires pour limiter le nombre de médecins généralistes absents remplacés ou non.

Comme indiqué ci-dessus, nous avons eu environ 20% de perdus de vue ; devant nos contraintes professionnelles avec le Docteur Coulier, nous ne pouvions être présentes, toutes les deux à la fois, tous les jours pour distribuer et recueillir les questionnaires ; et lorsque le passage était fluide aux urgences, les patients ne restaient pas longtemps dans la zone d'accueil, ils étaient rapidement répartis dans les différentes unités et nous avons alors quelques pertes de questionnaires.

Nous avons dans la majorité des cas, décidé de laisser le patient remplir le questionnaire seul (sauf si il nous demandait de l'aide, ce qui était toujours proposé). Cela permettait d'augmenter la confidentialité en laissant les patients plus libres de leurs réponses sans crainte d'être jugés. Mais par ce choix nous avons augmenté le

nombre de réponses inadaptées liées à des problèmes de compréhension, et favorisé le nombre de questionnaires remplis de manière incomplète.

Devant le type d'étude quantitative et le questionnaire proposé, certaines réponses pouvaient être induites par la question.

Les réponses des patients étant par nature déclaratives, il persistait donc un degré de subjectivité.

Le patient apportait ses réponses au questionnaire en salle d'attente des urgences, avant sa prise en charge, ou dans le box médical, durant sa prise en charge. Il s'agissait d'un environnement et de conditions particulières qui pouvaient altérer ses capacités de réponses. En effet, nous pensons qu'il existe une situation de stress et d'anxiété, cela peut diminuer l'objectivité des réponses de l'enquête. Ces éléments sont rapportés dans une étude de E.P. Gerdes et E.J. Guildi, réalisée en Pennsylvanie aux Etats-Unis (15).

Il existait un biais de mémorisation concernant certaines données (nombre de consultations aux urgences durant l'année précédente).

II. Descriptif du profil des usagers des urgences

A. Age et sexe

La population globale de notre étude était plutôt jeune (âge moyen de 49.7 ans) et était composée d'une discrète prédominance féminine, composée de 55% de femmes. Les femmes étaient âgées en moyenne de 49 ans et les hommes de 51 ans.

Dans la population auto-référée, les patients étaient en moyenne plus jeunes que dans la population adressée par le médecin généraliste (45.7 ans versus 58 ans).

Il y avait une majorité de femmes dans les deux populations mais la part de femmes était plus importante dans la population adressée par le médecin.

Ces chiffres sont retrouvés dans plusieurs études notamment à l'étranger avec P.Berdelli en Suisse (16) et différents travaux de thèses françaises (17) (18) (19). Dans

ces études, l'âge moyen est plus jeune d'une dizaine d'années. La différence avec notre étude peut s'expliquer par le fait que nous ayons exclu les mineurs.

Comme dans notre étude, une enquête menée au Pays-Bas, montrait que les patients consultant d'eux même étaient majoritairement plus jeunes que les patients adressés par un médecin (32 ans versus 49 ans) (20). En France un travail de thèse réalisé à Rouen en 2013 confirmait également ces résultats avec des patients auto-référés qui présentaient une moyenne d'âge de 38,2 ans contre 54,9 ans dans la population adressée par un médecin (21).

S. Gentile, dans son article portant sur l'analyse des nouveaux comportements des consultants des services d'urgences, faisait également état d'une population jeune et bien insérée socialement (22), ainsi que D. Baubeau dans son article sur les motifs et trajectoires de recours aux urgences (23).

Néanmoins, plusieurs travaux ne sont pas en accord avec nos résultats et montrent plutôt une population majoritairement masculine, tels que l'étude sur les usagers des urgences en 2003 (3), ou certains travaux de thèses françaises (24) (25).

Cependant, une revue de littérature réalisée aux Etats-Unis concernant des articles traitant des visites non-urgentes dans le service des urgences, montrait qu'il n'y avait pas de différences pour le sexe (26).

B. Catégorie socio-professionnelle

Dans notre étude, nous retrouvions 45% d'actifs (24% de salariés et agents de maîtrise, 8% de cadres, 7% d'ouvriers, 5% d'artisans-commerçants, 1% de chefs d'entreprise), 29% de retraités et 15% sans emploi ou sans activité. Ces chiffres sont comparables à l'étude des motifs et trajectoires de recours aux urgences réalisée en 2003 puisqu'elle retrouvait 48% d'actifs et 22% de retraités (23).

Ces chiffres sont également comparables à la population française : l'évaluation de l'INSEE en 2014 retrouvait 23.6% de retraités, 55% d'actifs et 20.9% de personnes sans activités (27).

Quand nous comparons la population auto-référée et la population adressée par un médecin, nous remarquons que les salariés et agents de maîtrise avaient plus souvent tendance à consulter aux urgences d'eux-mêmes, contrairement aux retraités qui prenaient plus souvent l'avis d'un médecin avant de consulter aux urgences. Il n'y avait pas de différence significative concernant les autres catégories socio-professionnelles.

Ces chiffres montrent que les usagers des urgences sont donc bien insérés socialement. En effet, l'étude sur l'analyse des comportements des consultants des services d'urgences relevant de la médecine générale en 2007 montrait que 67,8% des patients avaient un emploi et 80,4% une couverture sociale. Une autre étude montrait que les usagers des urgences étaient souvent diplômés (24% contre 18% dans la population générale) et que les bénéficiaires de la CMU étaient en proportion comparable à la population générale (28).

Nous pouvons donc supposer que le niveau socio-économique n'intervient pas dans la décision de ces patients à consulter aux urgences plutôt qu'auprès du médecin généraliste.

C. Date d'apparition des symptômes

Dans la population globale de notre étude, les patients avaient tendance à consulter tardivement après les premiers symptômes : 44% des patients ne consultaient qu'après 48 heures dont 22% après une semaine.

La population auto-référée, avait tendance, de façon significative, à consulter plus rapidement après l'apparition des symptômes par rapport à la population adressée par un médecin.

Quarante et un pour cent des patients auto-référés aux urgences consultaient le jour même de l'apparition des symptômes contre 28% des patients adressés par un médecin. 40% consultaient plus de 48 heures après l'apparition des symptômes concernant la population auto-référée contre 52% dans la population adressée par un médecin.

Le fait que les patients auto-référés avaient tendance à consulter plus rapidement après l'apparition des symptômes peut s'expliquer par le fait que ceux-ci étaient plus nombreux à consulter pour « accident ». Une enquête menée en Haute Savoie concernant des patients auto-référés aux urgences a prouvé de façon significative que les patients arrivant pour « accident » consultaient plus rapidement que les patients arrivant pour un autre motif (29).

D. Temps pour se rendre aux urgences

Dans la population globale de notre étude, les patients mettaient en majorité moins de 20 minutes pour se rendre aux urgences (environ 61% d'entre eux).

Ces résultats sont similaires à une étude de 2013 sur les urgences hospitalières qui décrivaient la distance médiane de 7,4 kilomètres entre le lieu de résidence et le lieu de prise en charge aux urgences (4). Nous retrouvons également cet ordre de grandeur dans la thèse menée en Haute Savoie où 70% des patients auto-référés habitaient à moins de 20 minutes des urgences (29).

Nous remarquons que dans notre étude, les patients auto-référés étaient significativement plus nombreux à habiter à moins de dix minutes des urgences par rapport à la population adressée par un médecin.

Ceci peut nous laisser penser qu'il existe un lien entre proximité des urgences et facilité d'accès ; et d'ailleurs une enquête nationale retrouvait une relation entre proximité hôpital/domicile et facilité d'accès aux urgences. En effet, dans cette étude, un patient sur cinq se rendait aux urgences par proximité géographique (30).

E. Nombre de visites aux urgences les douze derniers mois

Dans la population globale de notre étude, 61% des patients consultaient pour la première fois aux urgences sur les douze derniers mois, 36% avaient déjà consulté entre 2 et 4 fois sur la dernière année et seulement 3.5% avaient consulté plus de 5 fois.

La population adressée par un médecin aux urgences consultait, de façon significative moins souvent que la population auto-référée.

Cette statistique est retrouvée dans une étude menée en 2018 à l'hôpital de Marmande concernant des patients consultant pour un motif de médecine générale. Il en résultait qu'une minorité n'avait jamais consulté aux urgences sur la dernière année écoulée (43%), près de 40% avaient consulté une fois ou deux sur cette même période et plus de 15% avaient consulté plus de 3 fois sur la dernière année (31).

F. Taux de patients ayant un médecin généraliste déclaré

Dans la population globale de notre étude, 92% des patients avaient un médecin généraliste déclaré. Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature notamment lors des enquêtes nationale de 2003 et de 2013 menées par la DREES, où environ 90% des patients déclaraient avoir un médecin généraliste (23),(5). Ce constat était également confirmé dans différents travaux de thèses réalisées à Nanterre en 2009 (25) et à Abbeville en 2016 (13).

Dans notre étude, nous pouvons observer que les patients auto-référés avaient moins souvent de médecin généraliste déclaré : 89% contre 99% dans la population adressée par le médecin. Cette différence était significative ($p=0,003$).

En Haute Savoie et au centre hospitalier d'Angoulême lors de l'enquête centrée sur des patients auto-référés on retrouvait respectivement un taux de 88% et 90% ayant un médecin généraliste déclaré (29),(32) ; ces résultats sont comparables à notre étude.

Nous ne notons pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

G. Taux de patients auto-référés

Dans la population globale de notre étude, 68% des patients étaient auto-référés. 32% étaient donc adressés par un médecin, dont 70% arrivant avec une lettre du médecin. 10% étaient adressés aux urgences après appel téléphonique du médecin et 20% étaient adressés par les pompiers ou le SAMU.

En 2003, dans l'enquête nationale réalisée par la DREES, 62% des patients avaient pris seuls la décision de se rendre aux urgences (23), ceci était comparable à l'enquête de la DREES en 2013 qui indiquait que 6 patients sur 10 se rendaient aux urgences de leur propre initiative ou sur celle d'un proche (5). Dans une enquête menée aux Pays-Bas, on retrouvait des résultats du même ordre avec 60.5% de patients auto-référés (20).

Toujours dans l'enquête de la DREES en 2003, nous retrouvions un taux de patients adressés par le médecin traitant à 19% (23). Notre enquête retrouvait un taux de patients adressés par un médecin à 32%, cette différence peut s'expliquer par le fait que nous avons inclus dans ces 32% les patients adressés par appel téléphonique du médecin, SAMU et pompiers. Seulement 70% de notre population adressée par un médecin était réellement adressée aux urgences par un médecin généraliste avec un courrier, ce qui correspond donc à 22,5% des patients de notre étude.

Ces 22,5% sont encore supérieurs aux études réalisées en France à ce jour, mais nous pouvons l'expliquer par le fait que nous avons réalisé notre enquête durant l'ouverture des cabinets médicaux ; nous avons donc exclu les patients consultant la nuit, et de ce fait ne pouvant pas être adressés par un généraliste.

Les hommes étaient plus souvent auto-référés aux urgences (71% des hommes contre 65% des femmes) mais cette différence n'était pas significative.

En conclusion les patients auto-référés étaient nombreux, plutôt jeunes et actifs. Une part importante des patients auto-référés consultait plus de 48 heures après l'apparition de leurs symptômes, même si ils étaient plus nombreux à consulter rapidement par rapport à la population référée. Ils avaient moins de médecin traitant déclaré et consultaient plus souvent aux urgences par rapport la population référée, ils respectaient donc moins le parcours de soins.

III. Objectif principal : motifs et motivations des consultations aux urgences concernant les patients auto-référés

A. Patients auto-référés ayant tenté de joindre leur médecin généraliste

Dans notre étude, seulement 32% des patients auto-référés avaient tenté de joindre leur médecin généraliste, autrement dit 68% des patients auto-référés n'avaient pas tenté de le joindre.

Ce sont des chiffres que l'on retrouve dans la littérature. En 2003, l'étude de la DREES montrait qu'à peine plus d'un quart des patients consultant aux urgences

avaient essayé de joindre leur médecin généraliste(23). D'autres travaux de thèses françaises retrouvaient des chiffres similaires : à Cambrai 77% des patients auto-référés n'avaient pas pensé joindre leur médecin traitant ; à Angoulême 90%, en Haute Normandie 90.5%, à Marmande 62%. (19),(32),(21),(32).

Ces variations sont probablement dues à des différences d'inclusion des populations, certaines études étaient centrées sur la population globale des urgences, d'autres études, uniquement sur les patients consultant pour des motifs de médecine générale ou dans des secteurs particuliers souvent limités à l'ambulatoire.

On peut observer alors à travers ces différentes études, que les patients auto-référés n'essayaient, en majorité, même pas de joindre leur médecin traitant et pourtant dans le système de soins français, le médecin généraliste doit être le premier recours dans la mesure du possible. En effet, l'un des rôles prépondérant du médecin généraliste défini par la WONCA (World Organization of family doctors) est d'assurer la continuité des soins. En France, La loi du 13 août 2004 de l'assurance maladie a été mise en place dans cette perspective, chaque assuré de 16 ans et plus doit déclarer un médecin traitant. Cette déclaration impacte directement sur les remboursements des frais en diminuant la part allouée à la sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soin. Cependant, les services d'urgences ne sont pas contraints à cette coordination des soins et les patients peuvent consulter de leur propre chef, librement et sans avance de frais.

Ceci n'est pas vrai partout, en effet, depuis 2007, la Belgique applique une majoration du ticket modérateur pour les patients qui se présentent aux urgences sans y avoir été référés (33). L'Italie quant à elle, a mis en place depuis 2011 une majoration de 25 euros pour les consultations jugées inappropriées dans les services d'urgences (34).

Devant ces chiffres et devant le fait qu'en majorité les patients auto-référés aux urgences consultaient dans un délai de plus de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes (57%), dont 19% après 48 heures et 21% après une semaine, ce qui leur aurait laissé le temps de consulter un médecin généraliste, on peut se poser la question de savoir pourquoi ces patients n'ont pas été consulter leur médecin généraliste avant de se rendre aux urgences.

B. Patients auto-référés : raisons de non consultation du médecin généraliste

Quarante-trois pour cent des patients auto-référés n'avaient pas consulté leur généraliste car d'après eux le problème était trop grave. Se pose alors la question de l'urgence réelle et de l'urgence ressentie. Dans différents travaux lorsque les professionnels sont interrogés, ils estiment qu'une grande part des consultants auto-référés aurait pu être traitée en ville. Dans une enquête réalisée en Haute Savoie, concernant la population auto-référée, 77% des consultations auraient pu être traitées en ambulatoire selon les urgentistes (29). Dans une autre étude englobant la totalité de la population consultant aux urgences, les professionnels interrogés estimaient qu'en moyenne 33% des passages aux urgences relevaient de la médecine ambulatoire (22).

La plupart des études internationales situe entre 20 et 40% la proportion de patients se présentant spontanément aux urgences et qui auraient pu être traités par un médecin généraliste (33). Cependant ces avis restaient à l'appréciation des urgentistes interrogés et pouvaient donc contenir un biais de subjectivité.

Par ailleurs, 16,5% des patients n'avaient pas consulté leur médecin généraliste car celui-ci était absent. Cependant ce taux est à prendre avec précaution car 48% des patients ayant entouré cette réponse n'avaient même pas tenté de le joindre.

En effet, en joignant leur médecin généraliste, même absent, ils auraient pu être redirigés vers un remplaçant ou un confrère.

On peut donc supposer que certains patients préfèrent consulter aux urgences plutôt que de consulter en ville un médecin remplaçant.

Même constat pour les 20% de patients qui prétendaient que leur médecin ne prenait pas d'urgences, seulement 38% d'entre eux avaient tenté de le joindre.

Enfin, 7% n'avaient trouvé aucun médecin en cabinet disponible et 7% des patients préféraient se rendre directement aux urgences car ils étaient suivis par l'hôpital pour une pathologie chronique.

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

C. Patients auto-référés : motivations de consulter aux urgences

Comme énoncé dans le paragraphe précédent, moins d'un patient sur deux se rendait aux urgences pour sensation de gravité (45%). Par ailleurs, une part importante des patients ont consulté aux urgences par commodité dont 37% avaient besoin que le problème soit réglé rapidement, 29% car il y avait la possibilité de rencontrer un spécialiste d'organes, 25% pour la possibilité de réaliser des examens complémentaires, 7% pensaient que c'était plus rapide de consulter aux urgences que de consulter un médecin généraliste et 7% préféraient les urgences, dû à la proximité de l'hôpital.

Les études nationales sur les urgences de 2003 et de 2013 ne mettaient également pas en évidence une part majoritaire de patients consultant aux urgences pour sensation de gravité : respectivement seulement 32% et 20% consultaient aux urgences pour sensation de gravité (23) (5). Dans une étude réalisée à Nanterre seulement 26% des patients consultaient aux urgences pour sensation de gravité (25).

Dans ces trois études, les motivations principales étaient des motivations pratiques telles que : proximité avec l'hôpital, besoin d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé et besoin d'une réponse rapide.

A l'étranger, une revue de littérature américaine, concernant des consultations classées comme non-urgentes, montrait que la commodité et la facilité d'utilisation des urgences était la première des motivations à se rendre aux urgences (26).

Une autre revue de littérature internationale incluant le royaume uni, les Pays-Bas, le Danemark, les Etats-Unis, Hong-Kong, le Koweït et l'Israël montrait que les motivations principales des patients auto-référés à consulter aux urgences étaient les problèmes de santé pour 36% des patients, les enquêtes attendues (examens complémentaires) pour 35% des patients, la praticité des urgences pour 18% des patients (35).

Dans une étude menée aux Pays-Bas en 2014, concernant des patients auto-référés aux urgences, les motivations les plus souvent évoquées étaient l'accessibilité

des urgences, la commodité et ensuite seulement la perception de la nécessité médicale (20).

Par ailleurs, respectivement 17% et 16% étaient angoissés et pensaient être hospitalisés. Dans cette part de population pensant être hospitalisée, seulement 1/3 l'a réellement été. Concernant les 25% des patients pensant devoir bénéficier d'examens complémentaires, seulement un patient sur deux en a bénéficié. Se pose encore une fois la question de l'urgence réelle et de l'urgence ressentie.

Seulement 1,5% avaient consulté aux urgences pour raison financière. Dans l'étude de la DREES 2013 sur la structure des urgences hospitalières et dans différentes thèses françaises, la gratuité des soins n'est que très rarement citée : 2% des réponses pour l'enquête de la DREES 2013 (5), 1% dans une enquête menée à Rouen en 2013, 0.5% dans une enquête menée à Cambrai en 2015 (21)(19).

En conclusion, l'évolution sociétale est telle que les patients consultant aux urgences sont en quête d'immédiateté, d'une prise en charge globale, rapide, avec la possibilité de réaliser les examens complémentaires sur place et de rencontrer facilement un spécialiste (hors médecin généraliste). L'idée reçue de la facilité financière n'est pas objectivée dans cette étude.

D. Motifs de consultation aux urgences

Nous n'observons pas dans notre étude, de différences significatives concernant les motifs de consultation aux urgences entre la population auto-référée et la population adressée par un médecin, le principal motif de consultation étant la douleur.

En revanche, nous observons une différence significative en fonction de l'âge des patients : les jeunes patients consultaient significativement plus pour douleur que les personnes âgées ; à l'inverse, les personnes âgées consultaient significativement plus pour gêne que les jeunes.

Par ailleurs, nous n'observons pas de différence significative en fonction du sexe.

Dans l'étude nationale de 2003 sur les motifs et trajectoires de recours aux urgences, les deux types de motifs les plus souvent cités étaient : accident pour 59% des patients puis douleur pour 43% (23).

Dans notre étude, les patients avaient la possibilité de choisir plusieurs motifs, ce qui peut expliquer le taux plus important de patients consultant pour douleur, devant l'association fréquente de la douleur avec d'autres symptômes.

IV. Connaissance de la permanence des soins ambulatoire et mode de recours aux soins hors d'un contexte d'urgence ressentie

Hors d'un contexte d'urgence ressentie, quelque soit le jour et l'heure, les patients auto-référés auraient, de façon significative, plus tendance à consulter aux urgences que les patients adressés par un médecin. En revanche, le week-end et la nuit, les patients adressés par un médecin auraient de façon significative, plus tendance à consulter un médecin généraliste ou un médecin de garde que les patients auto-référés.

Dans notre étude, de façon non significative, les patients adressés par un médecin étaient plus nombreux à connaître le système de la permanence de soins et le numéro d'appel du médecin de garde. Cependant, nous remarquons que pour ces deux populations (référéés et auto-réféés), le taux de connaissance de la permanence de soins ou du numéro d'appel du médecin de garde restait faible.

Ceci est un constat déjà réalisé dans différentes villes. Au Havre, 70% des patients déclaraient ne pas connaître la permanence de soin et 93% ne connaissaient pas le numéro d'appel du médecin de garde (36). A Nanterre, 57% des patients ne connaissaient pas l'existence d'un médecin de garde. A Marseille, seuls 19% des patients connaissaient la permanence de soin et à Cambrai 64% des patients interrogés n'avaient pas la connaissance de la permanence de soins et 79% des patients ne connaissaient pas le numéro d'appel du médecin de garde (19).

Une étude a analysé le comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, lors des heures non ouvrables des cabinets médicaux. Seulement 30% des patients avaient recours aux soins de ville (SOS médecin ou Médecin de garde) et 70% avaient recours aux urgences (37).

En conclusion, peu d'usagers semblent véritablement connaître les possibilités de soins en médecine libérale en dehors des heures ouvrables.

V. Parcours de soins des patients

Vingt-sept pour cent de la population testée a été hospitalisée à l'issue de leur passage aux urgences. Ce taux est similaire à l'enquête nationale de la DREES en 2013 où 22% des patients étaient hospitalisés (5).

Nous remarquons que les patients hospitalisés se différençaient de la population globale de l'étude : ces patients étaient plus âgés (67 ans versus 45 ans et demi) et il y avait une majorité d'hommes hospitalisés (56%).

Concernant les motifs d'entrée des patients hospitalisés, nous remarquons que les patients entrant pour accident n'étaient que très peu hospitalisés (4.8%).

De façon significative, dans notre étude, les patients référés étaient plus souvent hospitalisés que les patients auto-référés (45% versus 19%). De même, une étude portant sur l'organisation de la médecine d'urgence en France montrait que la moitié des patients adressés par le médecin étaient hospitalisés (38). Par ailleurs, une étude menée aux Pays-Bas montrait que 34% des patients référés étaient hospitalisés contre seulement 7% des patients auto-référés (20).

En outre, les patients référés par un médecin dans notre étude, recevaient de façon significative plus d'examens complémentaires (80% versus 61%, $p=0,003$) et recevaient plus souvent de traitement intraveineux que la population auto-référée (55% versus 26%, $p<0,001$).

En conclusion, les consultations des patients auto-référés aux urgences semblaient moins appropriées que les consultations de la population référée car ils recevaient moins d'examens complémentaires, moins de traitements (voie orale et intraveineuse), et étaient moins souvent hospitalisés à l'issue de leur passage.

Cinq études internationales ont démontré une association entre un usage approprié des urgences et le fait d'être adressé par un professionnel de santé : les patients se présentant de manière spontanée utilisent entre 1.39 fois et 2.42 fois plus un service d'urgences de façon inappropriée que le patient adressé par un médecin (39).

Mais attention à la notion de passage dit « inutile » ou « inapproprié ». En effet, cette notion varie selon les pays : en Belgique, le passage aux urgences est considéré comme approprié quand le patient est adressé par son médecin généraliste ou par la régulation médicale. En France, cette notion se base sur des critères de gravité de l'état des patients, évalués par la classification CCMU établie par la société française de médecine d'urgence (SFMU), mais une telle classification ne peut être faite qu'au terme d'un premier examen clinique (40).

D'ailleurs, dans une analyse critique de la littérature « How non urgent are there ? » les auteurs identifiaient de nombreuses classifications pour déterminer la notion « non-urgent » ce qui aboutissait à des proportions qui pouvaient varier de 4,8 à 90% de patients classés « non-urgent » selon les études. Ceci témoigne de l'extrême difficulté à classer ces situations et aux risques importants à commettre (41).

Les professionnels de santé s'accordent à dire qu'il est complexe de déterminer les critères permettant de définir un recours inapproprié. De même « non-urgent » n'est pas forcément synonyme de « non-approprié » : les patients ont dans la majorité des cas un besoin de soins inattendus pour lesquels ils estiment que le service des urgences est le choix le plus approprié (33). Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'est pas toujours au premier plan et le fait d'une prise en charge rapide semble être la préoccupation première (37).

Face à ce type de demande consumériste, qui entretient la confusion entre situation d'urgence et volonté d'obtenir une réponse rapide, il est donc indéniable que les urgences présentent une attractivité notable puisqu'elle répond à cette demande. Le fait que les urgences soient saturées est donc plutôt un problème d'organisation de l'offre de soins qui n'est plus adaptée à la demande.

VI. Perspectives d'amélioration de l'offre de soins

A. En amont des urgences

Dans notre étude, ainsi que dans d'autres études ou thèses réalisées dans différentes régions en France, on ne peut être que surpris du nombre d'utilisateurs des urgences qui ne connaissent pas la permanence de soins ou le numéro d'appel du

médecin de garde. Il serait alors certainement probant de réaliser une campagne d'information pour maintenir informer les patients sur l'alternative des urgences en cas de problème de santé en dehors des heures ouvrables d'un médecin généraliste.

Il est également nécessaire d'éduquer les patients sur le rôle principal des urgences, et sur le recours du médecin généraliste en soin primaire en priorité : dans notre étude la majorité des patients auto-référés n'avaient pas tenté de joindre leur médecin traitant.

Il faut aussi responsabiliser les patients sur le coût d'une consultation aux urgences par rapport à une consultation de ville.

Il peut être intéressant de proposer aux médecins généralistes une réorganisation de leur emploi du temps avec une libération de plages d'urgence et de valoriser les actes d'urgences pour inciter les médecins à en pratiquer. Cependant la majorité des médecins généralistes s'organise déjà pour prendre les urgences dans la journée s'ils l'estiment nécessaire, dans notre étude seulement 20% des patients disaient que leur médecin ne prenait pas d'urgences.

B. Aux urgences

On pourrait envisager le déploiement de consultation de médecine générale adossée aux urgences. Il existe des exemples dans la littérature d'organisation intégrant une consultation de médecine générale couplée aux urgences. Par exemple, l'hôpital d'instruction des armées Laveran de Marseille possède une telle organisation : celle-ci prend en charge environ 50% du flux de patients tout en bénéficiant si besoin du plateau technique des urgences. Seulement 12% des patients sont réorientés vers les urgences. Le flux journalier est ainsi soulagé de 38%(42).

On remarque d'ailleurs dans notre étude qu'une grande majorité de patients accepterait volontiers une consultation avec un médecin généraliste accolé aux urgences si l'infirmière d'accueil leur proposait : 72% des patients auto-référés accepteraient ; les patients adressés par un médecin seraient un peu moins nombreux à accepter (66%) : ceci s'explique par le fait qu'ils avaient déjà consulté un médecin généraliste et qu'il les avait orientés vers cette structure.

On pourrait également envisager la médicalisation du tri à l'entrée des urgences, ceci permettrait de prioriser les patients et d'anticiper certaines demandes d'examen

complémentaires. Une étude réalisée à Valenciennes en 2011 montrait que le médecin d'accueil et d'orientation des urgences permettait une diminution de 15% du flux dans le circuit habituel des urgences et une réorientation vers le médecin généraliste lorsque cela était possible (43). A l'étranger, la médicalisation du tri mise en place aux Etats-Unis, a permis une diminution du temps de prise en charge des patients et une diminution du nombre de patients présents aux urgences (44).

On pourrait également envisager une réorientation des patients, sous le couvert d'un médecin d'accueil et d'orientation, vers une structure plus adaptée telle que le médecin généraliste pour les pathologies bénignes évoluant depuis plusieurs jours, cependant la réorientation n'est pas sans risque médico-légal, avec risque d'erreur d'appréciation de la gravité.

On pourrait également se poser la question de l'application d'une sanction financière en cas d'abus : Aux Etats-Unis, l'instauration d'un paiement aux urgences entre 1992 et 1993 a eu pour effet une diminution du recours aux urgences, pour les motifs non urgents, mais seulement pour la population la plus pauvre (32). Au Canada, les passages sont remboursés lorsqu'ils sont justifiés (45), se pose malgré tout la question du caractère inapproprié du passage.

En Belgique, l'essai d'un forfait en cas de passage inapproprié par les urgences n'a d'ailleurs pas été probant (46).

Ce système pose le problème de l'accessibilité aux soins. Le risque serait de freiner certains patients qui justifieraient un passage aux urgences. Une campagne pourrait en revanche être effectuée afin d'informer les patients des tarifs des actes qu'ils reçoivent et ainsi les responsabiliser.

CONCLUSION

Les patients auto-référés des urgences du CHU de Lille étaient nombreux, plutôt jeunes et bien insérés socialement.

Moins d'un patient auto-réfééré sur deux consultait aux urgences pour sensation de gravité. Les patients recherchaient un mode de soins rapide, complet, avec accessibilité aux examens complémentaires et aux avis de spécialistes d'organes si besoin.

La douleur était le motif qui poussait le plus les patients à se rendre aux urgences.

L'idée reçue de la facilité financière des urgences n'était pas retrouvée dans cette étude.

La majorité de ces patients n'avait pas pensé à joindre leur médecin généraliste pensant probablement que la médecine de ville ne pouvait répondre à leurs attentes. Ce problème de santé était pourtant jugé par la plupart des patients non urgent ou non grave, puisque seulement 45% des patients consultaient aux urgences pour sensation de gravité.

Les patients auto-référés recevaient moins d'examens complémentaires, moins de thérapeutiques et étaient moins souvent hospitalisés de façon significative que la population référée par un médecin.

Cette population était habituée des urgences puisque près d'un patient sur deux avait déjà consulté aux urgences sur les douze derniers mois.

La population auto-référée, tout comme la population référée, étaient très peu au courant de l'offre de soins en ville en dehors des heures ouvrables des cabinets médicaux.

Il paraît donc indispensable d'informer les patients sur la permanence de soins ambulatoire, le rôle du médecin traitant en soins primaires et le rôle des urgences qui est de traiter les urgences.

Les solutions envisagées pour désengorger les urgences seraient de médicaliser le tri à l'accueil des urgences, avec un médecin d'accueil capable de réorienter les patients vers les soins de ville si besoin, ou vers un généraliste consultant dans les locaux des urgences et ayant accès au plateau technique. Les patients seraient en majorité favorables à ce système.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. La médecine d'urgence, les établissements de santé, édition 2017, source SAE, DREES, pages 127-130.
2. L'Hostis N. Les Urgences françaises font-elles de la « bobologie »? une analyse des passages aux urgences et des hospitalisations qui s'en suivent, Pilar Institute, juillet 2017.
3. Baubeau D. Carrasco V. « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », Études et Résultats, DREES, n° 212, janvier 2003.
4. Vuagnat A. Les urgences hospitalières qu'en sait on? le panorama des établissements de santé édition 2013, DREES.
5. Bénédicte BOISGUÉRIN, Gwennaëlle BRILHAULT, Layla RICROCH. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES, 2013.
6. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, Coussaye J-E de L. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions Overcrowding in emergency departments: Causes, Consequences and Solutions. Ann Fr Médecine Urgence. 1 mars 2014;4(2):96-105.
7. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Atlas de la démographie médicale en France; situation au 1er janvier 2016, conseil national de l'ordre des médecins.
8. François Tuffreau, Dr Anne Tallec, Marie-Christine Bournot et Marie-Cécile Goupil, ORS Pays de la Loire. Chiffres et données de santé, indicateur, carte et publication sur la santé en Pays de la Loire, Mars 2015.
9. Le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022 dans les Hauts-de-France.
10. Muriel Barlet, Clémentine Collin, DREES, Mélanie Bigard, David Lévy, Insee. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité - INSEE, Octobre 2012.
11. Qualité et accessibilité des soins de santé: qu'en pensent les français. DREES études et résultats? 866.
12. Audrey Baëhr, Jean Bresner, Laure Leroy (Insee). Une fonction publique hospitalière bien présente mais des besoins importants - Insee Analyses Hauts-de-France - août 2016.
13. MORCANT F. Etat des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. [Amiens]; 2015.

14. Ensemble au coeur de la santé. centre hospitalier Régional Universitaire de Lille, les chiffres clés 2013.
15. Gerdes EP, Guidi EJ. Anxiety in patients awaiting primary medical care. *Med Care.* sept 1987;25(9):913-23.
16. Bardelli P, Kaplan V. Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. *Swiss Med Wkly.* 9 sept 2013.
17. A. Calvo. Etude d'opinion auprès des consultants non-urgents de SAU de l'hôpital de la conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins. [Aix-marseille]; 2005.
18. Lisa Bouniort. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. 2012.
19. LERAT-GOLASOWSKI M. Motivations, Motifs de consultations et Parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Thèse d'exercice de médecine générale. [LILLE]; 2015.
20. van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, van den Brand CL, Lam RC, Lucas C, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *Int J Emerg Med.* 16 juill 2014;7:28.
21. Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie: quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins? 2013.
22. S. Gentile , A.-C. Durand, I. Bongiovanni, S. Rofritsch et Laboratoire de santé publique, faculté de médecine, Marseille, France, Collège PACA de médecine d'urgence (COPACAMU). Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé, 2007.
23. D. BAUBEAU, V. CARRASCO, DREES. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. janv 2003.
24. MANGIN C. Analyse de la typologie et des motivations des patients consultant au service des urgences du C.H.U de Nancy pour un motif relevant de la médecine ambulatoire. Thèse d'exercice de médecine générale. [Nancy]; 2007.
25. MEUNIER.L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale. [Paris VII]; 2009.
26. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *Am J Manag Care.* janv 2013;19(1):47-59.
27. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2014 | Insee

28. Sergine Tellier avec la collaboration de Christine de Peretti et Bénédicte Boisguérin. « Qui sont les patients des consultations externes hospitalière? » Etudes et résultats, n°167. avr 2002.
29. PARENT T, HOUZE C. Recours spontanés aux urgences du centre hospitalier métropole savoie sans consultation médicale préalable: étude descriptive de la population. Thèse d'exercice de médecine générale. [GRENOBLE]; 2016.
30. BOISGUERIN B. VALDELIEVRE H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES études et résultats . juillet 2014 ; n° 889. juill 2014.
31. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste. 2018.
32. Lisa BOUNIORT. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. [2012].
33. KCE Fed kenniscentrum voor gezondheidszorg. Organisation et financement des services d'urgences en Belgique: situation actuelle et possibilité de réforme. 2016.
34. Berchet C Emergency care services. Trends, drivers and interventions to manage the demand. Organ Econ co-oper decv Work Pap. 2015.
35. Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res.
36. Elsa Fagot griffin. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. 2012.
37. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
38. La revue du praticien, 2015 ; Tome 65 ; 1 : 34-40. organisation de la médecine d'urgence en France.
39. Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública. janv 2009;25(1):7-28.
40. Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017.
41. Braun F. Le service des urgences est saturé! The Emergency Department is Overcrowded! Ann Fr Médecine Urgence. 1 mars 2014;4(2):73-4.
42. S.Sarrat. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours. 2010.

43. A. Dengehem CB. l'interet d'un médecin d'accueil et d'orientation aux urgences adultes du centre hospitalier de Valenciennes. 2011.
44. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast - track area on emergency department performance. J Emerg Med 20 06;31:117 - 20.
45. Roberts E, Mays N. Can primary care and community -based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency department Health Policy 1998;44:191 - 214.
46. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (Belgique). Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification clinique des malades des urgences

CCMU P :

Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

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 SMUR ou du service des urgences.

Annexe 2 : Questionnaire

Questionnaire de recueil concernant une étude médicale sur le CHU de Lille.

1. Préalablement à votre venue aux urgences (veuillez entourer une seule réponse) :

- Vous avez consulté votre médecin traitant
- Vous êtes venus de votre propre initiative ou de celle d'un proche
- Autre (précisez) :

2. Quel est votre âge ?

- | | |
|----------------------|----------------------|
| - Entre 0 et 18 ans | - Entre 36 et 50 ans |
| - Entre 19 et 25 ans | - Entre 51 et 70 ans |
| - Entre 26 et 35 ans | - Plus de 70 ans |

3. Quel est votre sexe ? M F

4. Quel est votre motif de consultation ? (veuillez entourer une ou plusieurs réponses)

- Douleur
- Accident (plaie, fracture, brûlure, entorse)
- Malaise
- Gène (démangeaisons, difficultés à respirer ...)
- Angoisse
- Fièvre
- Diarrhées ou vomissements
- Saignements
- Autre (précisez) :

- On peut y réaliser des examens complémentaires
- On peut avoir un avis de spécialiste
- Pas besoin d'avance de frais

11. Pensez-vous avoir besoin d'un examen complémentaire ? OUI NON

12. Si oui, lequel ? (Veuillez entourer une ou plusieurs réponse)

- Radiographie (ou échographie)
- Scanner
- Examens biologiques
- Electrocardiogramme
- Je ne sais pas
- Autre (précisez) :

13. Combien de fois vous êtes-vous rendus aux urgences durant les 12 derniers mois :

- C'est la première fois depuis 1 an
- Entre 2 et 4 fois
- Entre 5 et 8 fois
- Entre 8 et 12 fois
- Plus de 12 fois

14. Quel est votre mode habituel de recours aux soins hors d'un contexte d'urgence ressentie ? (veuillez cocher une case pour chaque période)

	Médecin traitant	Médecin de garde	Urgences / SAMU
En journée la semaine			
En journée le week-end			
La nuit			

15. Savez-vous comment faire pour appeler le médecin de garde ? OUI NON

16. Connaissez-vous la permanence de soin ? OUI NON

17. Connaissez-vous le numéro d'appel du médecin de garde ? OUI NON

18. Auriez-vous été prêts à vous rendre au cabinet du médecin de garde ? OUI NON

19. Combien de temps vous faut-il pour vous rendre aux urgences depuis votre domicile ? (veuillez entourer une seule réponse)

- Moins de 10 minutes
- Entre 10 et 20 minutes
- Entre 20 et 40 minutes
- Entre 40 minutes et une heure
- Plus d'une heure

20. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (veuillez entourer une seule réponse)

- Etudiant
- Agriculteur/exploitant
- Artisan, commerçant, profession libérale
- Militaire
- Ouvrier
- Salarié, agent de maîtrise
- Cadre, cadre supérieur
- Chef d'entreprise
- Retraité
- A la recherche d'un emploi
- Sans activité
- Autre (précisez) :

21. Qu'auriez-vous pensé d'une consultation avec un médecin généraliste rattaché aux urgences si l'infirmière d'accueil vous l'a proposé ? (veuillez entourer une seule réponse)

- J'aurais accepté volontiers
- J'aurais été sceptique
- J'aurais refusé car

Merci pour vos réponses.

Annexe 3 : Déclaration CNIL

CNIL.3 Place de Fontenay - 75004 PARIS Cedex 07
T. 01 83 73 33 33 - F. 01 83 73 33 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Madame ROQUETTE Alice
27 GRAND RUE
59830 COBRIEUX

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2133157 v 0

du 09 janvier 2018

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par le voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des Intéressés - Information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Service :

Adresse : AVENUE EUGENE AVINÉE

Code postal : 59045

Ville : LILLE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

195035806 00010

Code NAF ou APE :

8030Z

Tél : 0320628000

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ÉVOQUANT DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUE

Fait à Paris, le 09 janvier 2018
Par délégation de la commissionIsabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : Nom : Dubois-Roquette

Prénom : Alice

Date de Soutenance : 9 Octobre 2018

Titre de la Thèse : Motivations et motifs des patients consultant aux urgences du CHU de Lille sans contact médical au préalable.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : Emergency, General practitioner, Urgences, Motivations, Motifs de consultation

Résumé :

Contexte : Le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter d'année en année. En revanche le taux d'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences reste stable selon les années. Les patients auto-référés aux urgences sont majoritaires. L'objectif de cette étude était de connaître les motifs et de comprendre les motivations des patients non adressés par un médecin à consulter aux urgences.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, mono-centrique menée au sein des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Lille. Le recrutement a été réalisé à l'aide d'un questionnaire distribué aux heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux pendant 5 jours consécutifs. Le questionnaire portait sur les motifs et les motivations de consultation aux urgences pour la population auto référée, ainsi que sur les données socio-démographiques et le parcours de soins de l'ensemble des patients consultant sur cette période.

Résultats : 319 patients ont été inclus, dont 216 patients auto-référés (AR) (68%) et 103 patients adressés par un médecin (32%). Le principal motif de consultation aux urgences pour la population AR était la douleur, sans différence significative entre les deux populations. 68% des patients AR n'avaient pas tenté de joindre leur généraliste. Les raisons principales de consulter aux urgences dans la population AR étaient la sensation de gravité (45%), 37% des patients voulaient que le problème soit réglé rapidement, 28% voulaient avoir l'avis d'un spécialiste d'organes, et 25% voulaient des examens complémentaires. 45% de la population adressée par un médecin était hospitalisée contre 19% des patients AR ($p < 0,001$).

Conclusion : Moins d'un patient AR sur deux consultait pour sensation de gravité, les patients AR recherchaient un mode de soin rapide, complet avec accès aux examens complémentaires et avis de spécialistes d'organes. La douleur était le premier motif de consultation.

Composition du Jury :

Président : Pr E.Wiel

Assesseurs : Pr C.Berkhout, Dr M. Bayen, Dr J.Coulier