

RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville

février 2004

Dr Christine Sagnes-Raffy

Dr Jean-Louis Ducassé

SOMMAIRE

I. MÉTHODE	1
A. RECUEIL DE DONNÉES.....	1
1. <i>Enquête auprès des patients</i>	
a) Protocole	
b) Population	
c) Recueil d'information	
d) Traitement des questionnaires	
2. <i>Données collectées pour l'évaluation de l'activité d'urgence</i>	
B. CONSTITUTION DE LA BASE DE DONNÉES.....	3
C. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	3
II. RÉSULTATS	5
A. BASE DE DONNÉES.....	5
B. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	6
1. <i>L'âge moyen de l'échantillon est de 34 ans</i>	
a) Patient de 18 ans et moins : 1 sur 2 vient du domicile	
b) Patients de 75 ans ou plus : très peu vivent en institution	
2. <i>Les services d'urgence : une offre de proximité</i>	
3. <i>Moins de 10 % des patients bénéficient de la CMU</i>	
4. <i>Situation professionnelle</i>	
C. ARRIVÉE AUX URGENCES.....	10
D. ENQUÊTE.....	13
1. <i>66 patients ont refusé le questionnaire</i>	
2. <i>Pour 67 patients, l'interrogatoire a été impossible</i>	
3. <i>Moment de l'interrogatoire</i>	
E. PRISE EN CHARGE AUX URGENCES.....	14
1. <i>56 % d'urgences traumatiques</i>	
2. <i>L'entorse de la cheville est le diagnostic le plus fréquent</i>	
3. <i>Près d'un patient sur deux bénéficie d'une radiographie</i>	
4. <i>Les patients peuvent rester jusqu'à 34 heures aux urgences</i>	
5. <i>1 patient sur 8 est hospitalisé</i>	
F. MODALITÉS D'ARRIVÉE AUX URGENCES.....	18
1. <i>18 % des patients sont amenés par un véhicule professionnel</i>	
2. <i>Une personne âgée sur deux a un courrier médical à l'arrivée</i>	
3. <i>Tous les patients n'ont pas eu le choix du service d'urgence</i>	
G. ÉTUDE DES DÉTERMINANTS.....	20
1. <i>60 % des patients arrivent sans avis médical</i>	
a) Arrivée sur décision personnelle	
b) Arrivée sur décision d'une autre personne	
2. <i>40 % des patients arrivent aux urgences après avis médical</i>	
3. <i>La petite traumatologie de l'homme jeune vient plutôt sans avis médical</i>	
H. PATIENT USAGER.....	26
I. ÉTUDES DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES.....	29
1. <i>Patients de moins de 18 ans</i>	
a) Caractéristiques	
b) Prise en charge aux urgences	
c) Déterminants	
2. <i>Patients de plus de 75 ans</i>	
a) Caractéristiques	
b) Prise en charge aux urgences	
c) Déterminants	
3. <i>Les urgences traumatiques</i>	
a) Caractéristiques	
b) Prise en charge aux urgences	
c) Déterminants	
4. <i>Patients autonomes</i>	

a) Caractéristiques	
b) Prise en charge	
c) Déterminants	
d) Extrapolation à la région Midi-Pyrénées	
III. DISCUSSION	35
A. DE LA MÉTHODE.....	35
1. <i>Permanence téléphonique assurée pour les étudiants</i>	
2. <i>Rapprochement des fichiers « enquête » et ORU-MiP</i>	
3. <i>Statut des établissements</i>	
4. <i>Fréquentation des services d'urgence</i>	
B. DES RÉSULTATS.....	36
C. ORIENTATIONS.....	37
D. PERSPECTIVES.....	38
IV. CONCLUSION	39
V. ANNEXES	40
ANNEXE 1 : CCMU.....	40
ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION PATIENT.....	41
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE PATIENT.....	42
ANNEXE 4 : FICHE ORU-MiP.....	43
ANNEXE 5 : MÉTHODE D'ANONYMISATION DES FICHIERS.....	44
ANNEXE 6 : ACTIVITÉ DES 9 SERVICES D'URGENCE ENQUÊTÉS (SEMAINE DU 10 AU 17 MARS 2003).....	45
ANNEXE 7 : TAUX DE REMPLISSAGE DES DIFFÉRENTES VARIABLES.....	45
ANNEXE 8 : PRINCIPAUX RÉSULTATS PAR SITE D'ENQUÊTE.....	47
<i>CH Ariège Couserans</i>	
<i>CHU de Toulouse – Rangueil</i>	
<i>Clinique de l'Occitanie</i>	
<i>Clinique de l'Union</i>	
<i>CH de Figeac</i>	
<i>CHC de Tarbes Vic en Bigorre</i>	
<i>CH de Lavaur</i>	
<i>CH de Montauban</i>	
<i>Clinique du Pont de Chaume</i>	
ANNEXE 9 : TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	65
VI. GLOSSAIRE	66
VII. BIBLIOGRAPHIE	67

I. MÉTHODE

A. Recueil de données

1. Enquête auprès des patients

a) Protocole

Il s'agit d'une enquête prospective sur une semaine, dans 9 services d'urgence (SU) de Midi-Pyrénées sur les 36 autorisés, représentatifs pour leurs caractéristiques :

- ✓ localisation en zone rurale, semi urbaine, urbaine
- ✓ statut public et privé
- ✓ type d'autorisation : Service d'accueil et de traitement des Urgences (SAU), Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (Upatou).

L'enquête s'est déroulée sur la semaine du 10 au 17 mars 2003. Les plages horaires de l'enquête ont été déterminées à partir de l'activité moyenne des services d'urgence analysée sur la base de données 2001 disponible à l'ORU-MiP : lundi, mercredi et vendredi de 9 h à 21 h, mardi et jeudi de 12 h à 24 h et du samedi 8 h au lundi 8 h [1, 2].

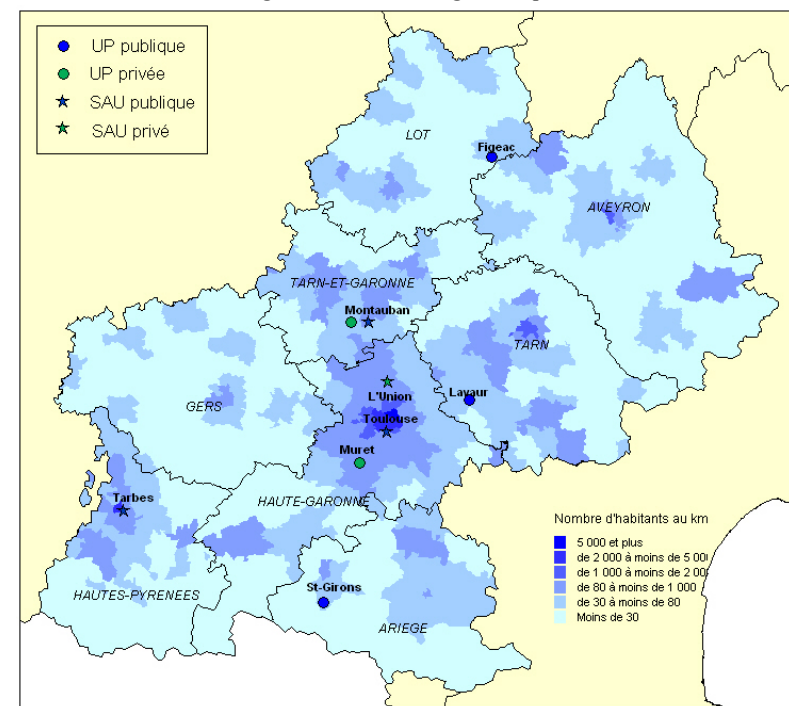
Les 9 sites enquêtés peuvent être classés selon les définitions suivantes (figure 1):

- ✓ milieu urbain : CHU de Toulouse - Rangueil, Clinique de l'Union, Clinique d'Occitanie
- périurbain : Clinique du Pont de Chaume, CH de Montauban, CHIC de Tarbes Vic en Bigorre
- rural : CH Ariège Couserans, CH de Figeac, CH de Lavaur

- ✓ statut public : CHU de Toulouse - Rangueil, CH de Montauban, CHIC de Tarbes Vic en Bigorre, CH Ariège Couserans, CH de Figeac, CH de Lavaur
- privé : Clinique de l'Union, Clinique d'Occitanie, Clinique du Pont de Chaume

- ✓ type d'autorisation SAU : CH de Montauban, CHU de Toulouse - Rangueil, CHIC de Tarbes Vic en Bigorre, Clinique de l'Union
- Upatou : CH Ariège Couserans, CH de Figeac, CH de Lavaur, Clinique d'Occitanie, Clinique du Pont de Chaume

Figure 1 : Services d'urgence enquêtés



b) Population

Critères d'inclusion : tous les patients ne présentant pas une urgence vitale, c'est-à-dire CCMU 1&2 [3, 4] (annexe 2) ont été inclus à l'issue de l'examen clinique par les médecins urgentistes des sites retenus.

Ces patients ont reçu une note d'information sur l'étude (annexe 3).

c) Recueil d'information

Le recueil a été réalisé à l'aide d'un questionnaire (annexe 4) administré par des étudiants en santé spécifiquement formés à cette enquête. La formation s'est déroulée la semaine précédant l'enquête à raison de 3 fois 2 heures de formation, avec test du questionnaire.

Une permanence téléphonique a été assurée sur toute la semaine de l'enquête pour répondre aux difficultés rencontrées : accueil des étudiants, remplissage des questionnaires ...

d) Traitement des questionnaires

Les enquêteurs sont venus remettre individuellement leurs questionnaires la semaine suivant l'enquête. Cette rencontre a permis de prendre en compte les questions restantes concernant les difficultés de codage liées à des situations non envisagées lors de la semaine de formation.

Les fiches ont été scannées à l'ORU-MiP et l'utilisation du logiciel Loadqual (XR Partner), logiciel de reconnaissance de caractères a permis la constitution de la base de données. Des procédures de contrôle ont été utilisées afin de vérifier la lecture correcte des fiches ainsi que la cohérence du remplissage des différents items :

- ✓ contrôle au scannage : données acceptées, champs obligatoires remplis ...
- ✓ vérification pour chaque site de 10 fiches tirées au sort
- ✓ test de la cohérence des variables entre elles dans le fichier obtenu

2. Données collectées pour l'évaluation de l'activité d'urgence

Depuis le 1^{er} janvier 2001, un recueil de données médico-administratives est réalisé en Midi-Pyrénées. Tout passage dans un des établissements de la région autorisés à recevoir des urgences génère le remplissage d'une fiche (annexe 5) renseignant sur les données administratives, les motifs de recours, la gravité à l'arrivée évaluée par la CCMU, le diagnostic principal selon la CIM-10, et le devenir des patients. L'ORU-MiP est chargé de la constitution et de l'analyse de la base de données ainsi constituée.

Deux rapports annuels 2001 [1] et 2002 [2] sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées ont été édités.

B. Constitution de la base de données

La base de données correspond à l'agrégation des données issues de l'enquête à celles habituellement recueillies.

Une méthodologie a été spécifiquement utilisée pour respecter l'anonymisation des fichiers en créant un numéro anonyme permettant le lien entre les deux fichiers (annexe 6).

Deux difficultés ont été rencontrées :

- ✓ Pour 3 services d'urgence, la table de correspondance entre les deux fichiers n'a pas été fournie par l'établissement. Aussi, le rapprochement des données a été réalisé manuellement à partir des variables : heure d'arrivée – code postal – âge – sexe. Aucune ambiguïté n'a été notée pour le rapprochement des fiches à cette étape.
- ✓ Pour l'ensemble des SU, le rapprochement des deux fichiers n'a pas été possible pour certaines fiches, l'établissement n'ayant pas pu retrouver dans ses données l'identification des patients enquêtés.

C. Analyse des résultats

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel STATA.

Une réunion du comité de pilotage a permis de définir les items suivants :

- ✓ périodes de fermeture des cabinets médicaux, confirmés par le décret sur la permanence des soins¹ : de 20 h à 8 h la semaine et de 13 h le samedi jusqu'à 8 h le lundi matin

¹ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, 16 septembre 2003, PP. 15863-15864

✓ public / privé : sur deux sites, l'étude permet de comparer l'activité et le comportement du patient selon le statut juridique de l'établissement d'accueil des urgences. Il s'agit de Toulouse avec le CHU de Toulouse - Rangueil et les cliniques privées de l'Union et d'Occitanie et de Montauban avec le CH de Montauban et la clinique du Pont de Chaume.

Le traitement des données a utilisé des méthodes descriptives simples ainsi que des tests de Chi2 et des comparaisons de moyenne par anova.

II. RÉSULTATS

A. Base de données

La base de données comprend 2025 lignes. 1952 résultent de l'agrégation des deux fichiers (enquête et évaluation ORU). Pour 73 patients enquêtés (3,6 %), aucune donnée médicale n'a pu être retrouvée (tableau I).

Tableau I : Pas de correspondance entre la fiche d'enquête et la fiche ORU-MiP

Service d'urgence	Nombre de fiches	% du total des passages enquêtés
Clinique d'Occitanie	36	20,6
CHU de Toulouse – Rangueil	17	4,3
CHIC de Tarbes Vic en Bigorre	7	2,2
Clinique de l'Union	6	1,9
CH de Lavaur	3	1,8
CH de Montauban	2	0,8
CH de Figeac	1	0,9
CH Ariège Couserans	1	1,1
Clinique du Pont de Chaume	0	0,0
TOTAL	73	3,6

Ces données représentent 80 % des passages sur la semaine pour la CCMU 1 et 2 pour ces 9 sites d'urgence. Le nombre de passages sur cette semaine en fonction des différentes classes de CCMU est présenté en annexe 7.

43 % des patients enquêtés sont en milieu urbain, 38 % en périurbain et 19 % en milieu rural (tableau II).

Tableau II : Nombre de patients enquêtés dans les 9 SU

Service d'urgence	Milieu	Effectif	%
CH de Figeac	Rural	117	5,8
CH de Lavaur	Rural	167	8,3
CH Ariège Couserans	Rural	92	4,5
CHIC de Tarbes Vic en Bigorre	Périurbain	320	15,8
CH de Montauban	Périurbain	262	12,9
Clinique du Pont de Chaume, Montauban	Périurbain	187	9,2
CHU de Toulouse- Rangueil	Urbain	395	19,5
Clinique de l'Union, Toulouse	Urbain	310	15,3
Clinique d'Occitanie, Muret	Urbain	175	8,6
TOTAL	9	2025	100

Le pôle périurbain présente des caractéristiques plus proches du pôle urbain que le pôle rural. La ville de Montauban est à 50 km de Toulouse. Tarbes est un pôle d'équilibre intrarégional et le 2^{ème} site hospitalier après le CHU de Toulouse.

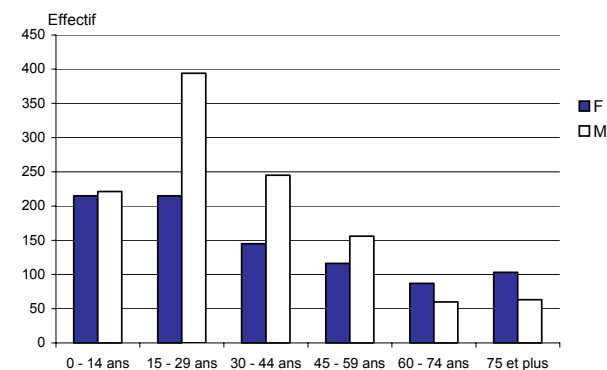
B. Caractéristiques sociodémographiques

1. L'âge moyen de l'échantillon est de 34 ans

Les patients sont âgés en moyenne de 34 ans (ET = 23). 607 patients (30 %) ont 18 ans et moins et 166 patients sont âgés de 75 ans ou plus (8 %). La population des urgences est plus jeune que celle de la région avec une proportion plus importante de patients de moins de 18 ans (tableau III).

Le sex-ratio est de 1,3.

Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe



Il existe une différence d'âge significative entre les patients en zone urbaine qui sont en moyenne plus âgés et les deux autres catégories de patients (tableau III). L'analyse de l'âge des patients enquêtés sur les 3 SU urbains montre que les moyennes d'âge des patients du CHU de Toulouse – Rangueil et de la Clinique de l'Union (respectivement 35,1 et 41,6) sont très supérieures ; d'une manière générale, les urgences des établissements privés prennent en charge moins de sujets très jeunes et le CHU de Toulouse - Rangueil est un site qui accueille exclusivement des adultes du fait de l'existence au CHU de Toulouse d'un POSU pédiatrique.

Tableau III : Caractéristiques d'âge selon le milieu

	Urbain	Périurbain	Rural	Population régionale (INSEE 99)
Moyenne d'âge	37,7	30,1	32,6	41,2
% de 18 ans et moins	18,9	38,9	37,8	20,5
% de 75 ans ou plus	8,9	7,2	8,8	9,6

a) Patient de 18 ans et moins : 1 sur 2 vient du domicile

Pour 555 patients, le lieu de provenance est connu (91 %) :

51 % des patients viennent du domicile, 28 % du milieu scolaire et 20 % d'un cadre de sport et loisir. Cette répartition est différente bien sûr selon le jour de la semaine : 41,5 % des patients viennent du milieu scolaire la semaine versus 7,1 % le WE (Tableau IV).

Tableau IV : Lieu de provenance des patients de 18 ans et moins la semaine et le WE (en %)

	Semaine	WE	Total
Domicile	44,1	63,5	51,4
Sport et loisir	14,5	29,4	20,1
Etudes	41,4	7,1	28,4

La proportion de patients venant du milieu scolaire n'est pas modifiée selon le type de SU. Par contre, en milieu péri urbain et rural, les patients viennent préférentiellement du domicile et en milieu urbain d'un cadre de sport et loisir (tableau V).

Tableau V : Lieu de provenance des patients de 18 ans et moins en fonction du type de SU (en %)

	Urbain	Périurbain	Rural
Domicile	29,6	60,5	54,1
Sport et loisir	42,2	11,5	16,3
Etudes	28,2	28,0	29,6

Les patients qui proviennent du domicile sont en moyenne plus jeunes (37,2 % entre 0 et 4 ans et 25,3 % entre 5 et 9 ans). 54,4 % des patients qui proviennent du milieu scolaire ont entre 10 et 14 ans. Les patients pratiquant un sport / loisir avant la venue aux urgences sont plus âgés (44,6 % entre 15 et 18 ans, 34,8 % entre 10 et 14 ans).

Les différences constatées entre les catégories de SU ne sont pas exclusivement expliquées par les différences d'âge des patients se présentant aux urgences (tableau VI).

Tableau VI : Moyenne d'âge (écart-type) des patients de 18 ans et moins selon le lieu de provenance et le type de SU

	Urbain	Périurbain	Rural
Domicile	9,9 (5,7)	7,4 (5,5)	7,6 (5,2)
Sport et loisir	12,8 (4,2)	13,4 (3,6)	12,6 (3,8)
Milieu scolaire – étudiant	11,4 (3,2)	12,2 (3,6)	12,4 (3,3)
TOTAL	11,9 (4,7)	9,5 (5,6)	9,7 (5,1)

b) Patients de 75 ans ou plus : très peu vivent en institution

L'âge moyen des patients de 75 ans ou plus est de 83 ans. On ne retrouve pas de différence significative dans l'âge moyen des plus de 75 ans selon le type de SU.

Pour 112 patients (67,5 %), le mode de vie est connu :

- ✓ en couple : 45 patients (40,2 %),
- ✓ seul : 32 patients (28,6 %),
- ✓ en famille : 20 patients (17,9 %),
- ✓ en institution : 15 patients (13,4 %).

Les effectifs faibles et le nombre important de fiches non renseignées sur cet item ne permettent pas d'affiner ces résultats.

2. Les services d'urgence : une offre de proximité

95 % des patients sont originaires de Midi-Pyrénées (figure 3). Les autres patients proviennent des régions limitrophes (figure 4). 88,6 % des patients sont du même département que le SU d'accueil.

Figure 3 : Origine des patients enquêtés (selon le code postal de résidence)

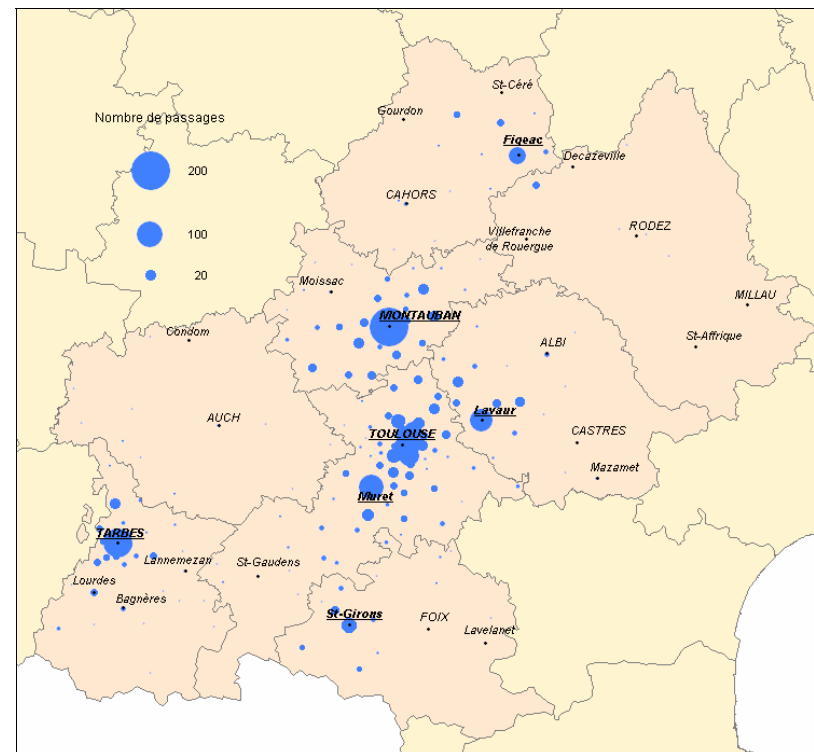
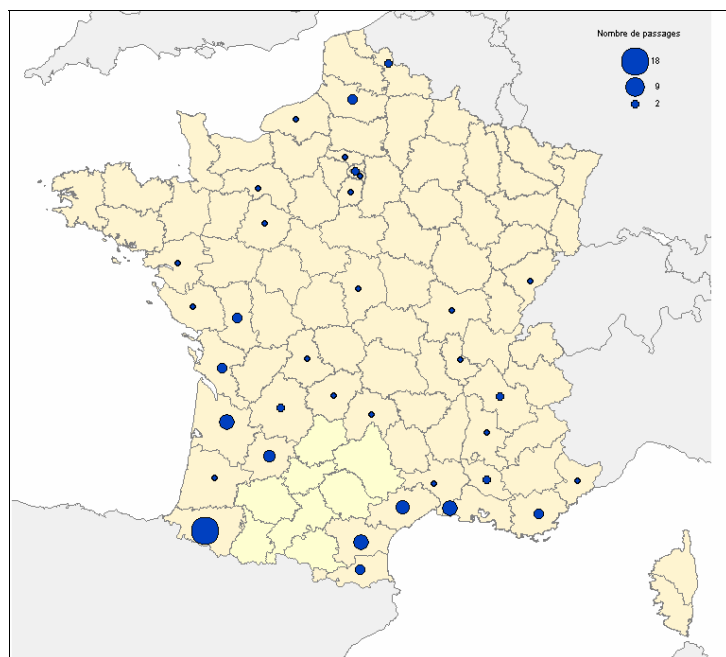


Figure 4 : Origine des patients enquêtés (selon le code postal de résidence)



3. Moins de 10 % des patients bénéficient de la CMU

Tous les patients sont assurés sociaux. 188 patients bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU), soit 9,5 % des patients interrogés. Ces patients sont proportionnellement plus nombreux en milieu périurbain (12,8 %) qu'en rural (9,7 %) ou en milieu urbain (6,5 %, $p < 0,01$). Ils sont également plus nombreux à se présenter dans un SU d'un établissement public (10,7 %) par rapport aux SU d'établissements privés (6,5 %, $p = 0,007$).

4. Situation professionnelle

Dans 15 % des cas, la situation professionnelle n'est pas renseignée et 33 % des patients sont « sans profession »². Ce résultat est à relier au jeune âge des patients interrogés :

- ✓ Les « non renseigné » sont à 66 % des patients de 18 ans et moins,
- ✓ Les « sans profession » sont à 58 % des patients de 18 ans et moins et à 28 % des patients de 19 – 30 ans.

Les deux situations professionnelles les plus fréquentes sont les employés et les professions intermédiaires (tableau VII).

Tableau VII : Situations professionnelles renseignées

	Effectif	%	Urbain	Périurbain	Rural
Employé	342	32,7	28,2	37,2	36,1
Ouvrier	287	27,5	22,2	33,0	30,9
Profession intermédiaire	170	16,3	21,6	10,7	12,9
Cadre et profession intellectuelle supérieure	109	10,4	15,7	6,5	4,1
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	82	7,8	8,7	5,4	10,3
Agriculteur	55	5,3	3,6	7,3	5,7
TOTAL	1 045	100	100	100	100

C. Arrivée aux urgences

1 282 patients (63,3 %) sont venus aux urgences du lundi au vendredi et 743 (36,7 %) le week-end. Il n'existe pas de différence de la répartition semaine / WE selon le type de SU. Cette activité proportionnellement plus importante le week-end par rapport aux autres jours de la semaine est retrouvée dans les données de l'ORU-MiP, mais de façon moins marquée (31 % des passages le week-end). Ceci s'explique par la méthodologie utilisée dans cette enquête, avec des plages horaires d'enquête spécifiques la semaine et un recueil continu sur le week-end.

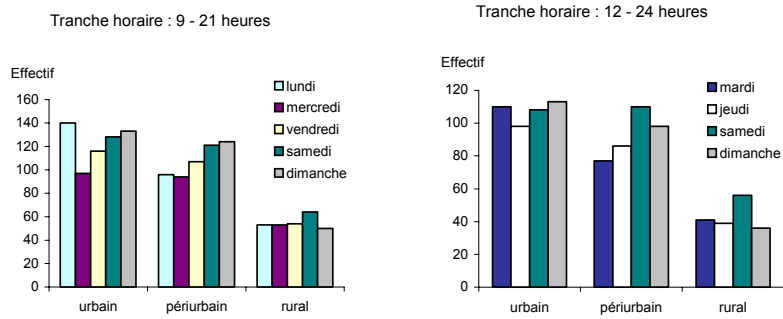
87,9 % des patients sont arrivés entre 8 h et 20 h ; cette donnée est identique en semaine et en week-end.

Les plages horaires de l'enquête étaient différentes selon les jours. Or, l'activité des urgences est variable selon le jour de la semaine et l'heure; aussi, la comparaison des passages en fonction du type de SU a été réalisée à plage horaire identique (figure 5).

L'activité est proportionnellement plus importante le lundi et le dimanche en zone urbaine. Dans les 3 secteurs, la semaine est une période de creux relatif et une augmentation de l'activité est notée le WE. Le samedi est le jour où l'activité est la plus importante en milieu rural.

² Pour les chômeurs et les retraités, c'est la dernière profession exercée qui devait être notée.

Figure 5 : Répartition de l'activité selon le jour et l'heure d'arrivée dans les différents types de SU



L'activité pour tous les SU est variable en fonction du moment de la journée. Elle augmente très rapidement le matin avec un pic vers 10 h, puis elle se creuse au moment de la pause déjeuner. C'est vers 18 h que cette activité est la plus importante en zone rurale.

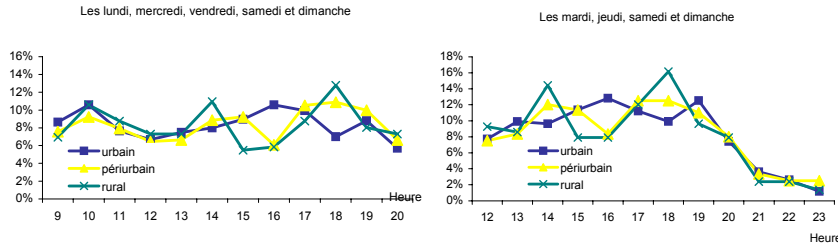
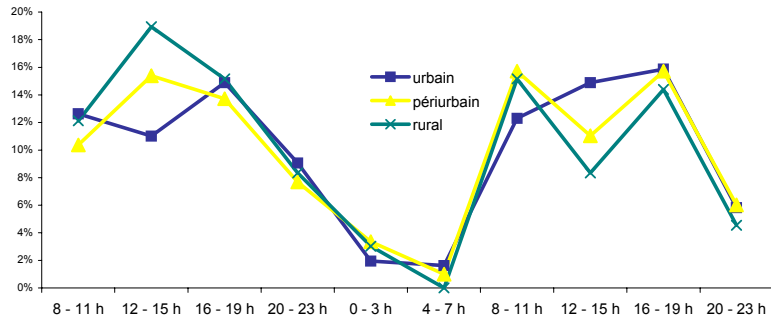


Figure 6 : Répartition des passages le WE en fonction des heures d'arrivée dans les différents types de SU



L'activité est également différente entre les SU des établissements publics et ceux des établissements privés (figure 7).

Figure 7 : Répartition de l'activité selon le jour et l'heure d'arrivée et le statut de l'établissement d'accueil

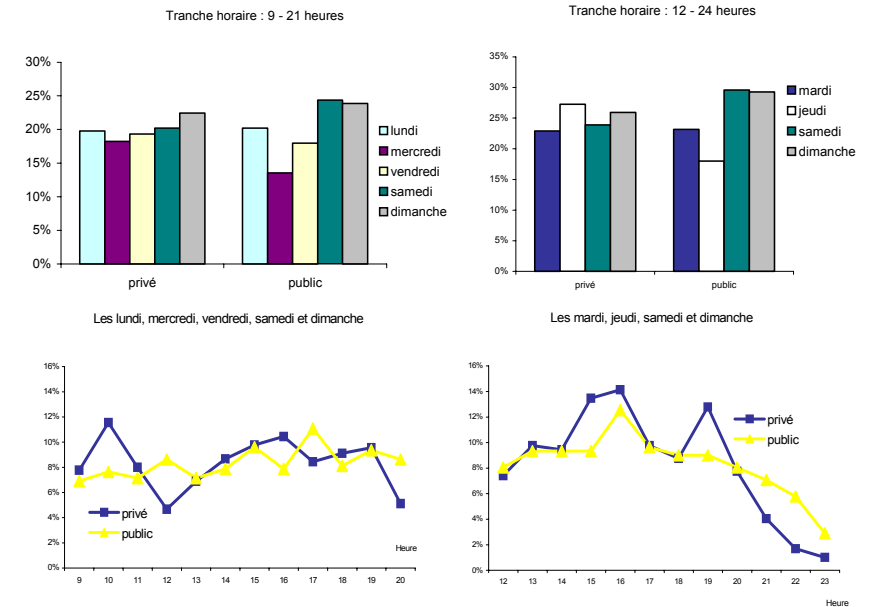
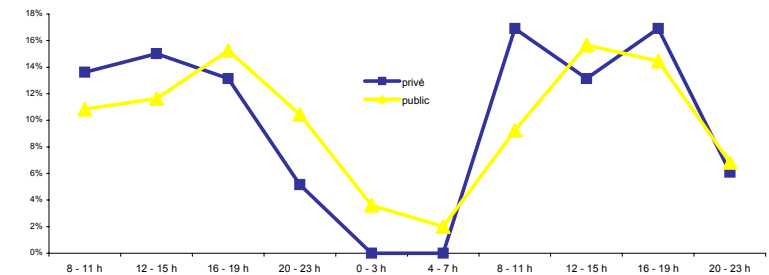


Figure 8 : Répartition sur le WE des passages selon l'heure d'arrivée et le statut de l'établissement d'accueil



D. Enquête

Sur les 2025 patients répondant aux caractéristiques de l'enquête, 1892 (93,4 %) ont pu être interrogés : 66 patients ont refusé de répondre à l'enquête et pour 67, l'interrogatoire a été impossible.

1. 66 patients ont refusé le questionnaire

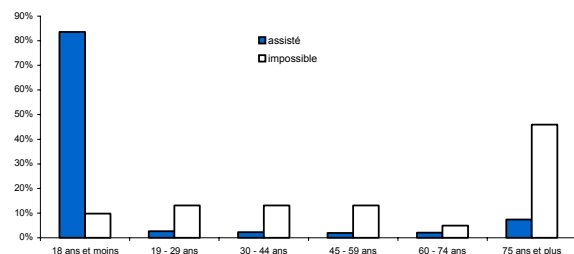
Les patients refusant le questionnaire sont en moyenne plus âgés (40 ans *vs* 32,9 ans), mais sans différence statistiquement significative ($p = 0,08$). Aucune différence n'a été notée selon le sexe et la couverture sociale. Ils sont par contre plus nombreux en zone urbaine (6,5 %) qu'en zone périurbaine (1,4 %) ou rurale (1,6 %).

2. Pour 67 patients, l'interrogatoire a été impossible

L'interrogatoire a été impossible pour 67 patients (3,5 %) : 30 patients sont âgés de plus de 75 ans (figure 9). Pour les 37 autres, l'interrogatoire n'a pas été possible du fait des caractéristiques des patients (déficit mental, fugue ...).

Par ailleurs, 523 (27,6) ont du être assistés pour répondre aux questions. Les patients concernés sont plus jeunes, avec un âge moyen à 17 ans (*vs* 39 ans lorsque les patients sont autonomes ($p < 0,01$)).

Figure 9 : Age des patients et déroulement de l'interrogatoire



Au total : 1 892 questionnaires sont exploitables

3. Moment de l'interrogatoire

Ce chapitre analyse le délai écoulé entre l'entrée du patient dans le service d'urgence et le début de l'interrogatoire par l'enquêteur. Ce délai est en moyenne de 43 mn, mais avec de fortes variations selon les structures. Il est nécessaire de rappeler que l'inclusion du patient dans l'étude est faite par le médecin urgentiste : la gravité à l'arrivée est évaluée au moyen de la CCMU déterminée à l'issue de l'examen médical initial.

Tableau VIII : Délai en minutes entre l'entrée aux urgences et le début de l'interrogatoire

	Urbain	Périurbain	Rural		
	53 (50)	42 (49)	24 (27)		
Clinique de L'Union	91	CH de Montauban	75	CH de Figeac	18
Clinique d'Occitanie	42	Clinique du Pont de Chaume	45	CH de Lavaur	15
CHU de Toulouse - Rangueil	32	CH de Tarbes	11	CH Ariège Couserans	47

$p < 0,01$

E. Prise en charge aux urgences

1. 56 % d'urgences traumatiques

1005 patients (56 %) sont venus pour une urgence traumatique. Les urgences médico-chirurgicales représentent 43,9 % des patients enquêtés (794 patients) et les urgences à motif de recours dominant social, légal et psychiatrique 0,6 % (10 patients).

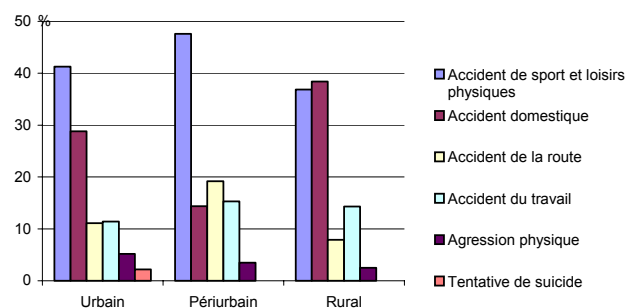
Concernant les motifs traumatiques, les circonstances du traumatisme sont connues dans 70 % des cas (tableau IX).

Tableau IX : Circonstances de survenue du traumatisme et âge moyen des patients

Motif	Effectif	%	Age moyen (en années)
Accident de sport et loisirs physiques	296	42,1	25
Accident domestique	189	26,8	34
Accident du travail	95	13,6	35
Accident de la route	90	12,8	32
Agression physique	27	3,8	31
Tentative de suicide	6	0,9	36

La part d'urgences médico-chirurgicales est très inférieure en milieu rural (35,7 % *vs* 47,1 milieu urbain et 44,1 milieu périurbain). Concernant les circonstances de survenue des urgences traumatiques, des différences sont également à noter en fonction du type de SU (figure 10), mais en signalant que les circonstances pour le périurbain ne sont correctement renseignées que dans 38,4 % des cas.

Figure 10 : Circonstances de survenue des traumatismes selon le type de SU



2. L'entorse de la cheville est le diagnostic le plus fréquent

Les urgences médicales regroupées en catégories sont dominées par les maladies de l'appareil locomoteur, de l'appareil digestif et du cardio-vasculaire. Les 15 diagnostics les plus fréquents sont présentés dans le tableau X.

Concernant la pathologie traumatique, le diagnostic le plus fréquent est l'entorse de la cheville qui représente 14,4 % des diagnostics traumatiques.

Par rapport au type de traumatisme, les entorses et luxations représentent 30 % des traumatismes, les fractures 22 % et les plaies 16 %. L'analyse selon la localisation est présentée dans le tableau XI.

Tableau X : Les 15 diagnostics non traumatiques les plus fréquents

	Effectif	%
Douleur abdominale et pelvienne	38	4,8
Autres troubles fonctionnels de l'intestin	28	3,6
Dorsalgies	26	3,3
Douleur au niveau de la gorge et du thorax	26	3,2
Autres soins de contrôle chirurgicaux	23	2,9
Autres affections des tissus mous	19	2,4
Fièvre d'origine inconnue	18	2,3
Autres atteintes musculaires	16	2,0
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	15	1,9
Malaise et fatigue	14	1,8
Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques	14	1,8
Nausées et vomissements	11	1,4
Autres troubles anxieux	10	1,3
Colique néphrétique	10	1,3

Tableau XI : Localisation des traumatismes

	Effectif	%
Lésion traumatique du poignet et de la main	286	25,8
Lésion traumatique de la cheville et du pied	228	20,6
Lésion traumatique de la tête	161	14,5
Lésion traumatique du genou et de la jambe	131	11,8
Lésion traumatique du coude et de l'avant-bras	76	6,9
Lésion traumatique de l'épaule et du bras	62	5,6
Lésion traumatique du thorax	55	5,0
Lésion traumatique du cou	38	3,4
Lésion traumatique de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	29	2,6
Lésion traumatique de la hanche et de la cuisse	24	2,2
Lésions traumatiques de plusieurs parties du corps	17	1,5
Lésions traumatiques de siège non précisé	2	0,2
Total	1109	100,0

3. Près d'un patient sur deux bénéficie d'une radiographie

Pour 681 patients (36 %) aucun acte n'a été retrouvé. Les autres patients ont bénéficié en moyenne de 1,6 actes lors de la prise en charge, avec un maximum de 4 actes (tableau XII).

Tableau XII : Nombre d'actes réalisés

	Effectif	%
1	656	51,4
2	552	43,2
3	56	4,4
4	13	1,0

Concernant les 1 211 patients qui ont bénéficié d'un acte :

⇒ dans 42,9 % des cas (519 patients), il s'agit d'actes essentiellement diagnostics :

- Radiologie simple :	375 patients	(72,2 %)
- ECG :	55 patients	(10,6 %)
- Scanner :	45 patients	(8,7 %)
- Echographie :	16 patients	(3,1 %)
- Echographie + radiologie :	13 patients	(2,5 %)
- ECG + radiologie :	11 patients	(2,1 %)
- Autre acte diagnostique :	4 patients	(0,8 %)

⇒ pour 692 patients (57,1 %), il s'agit d'actes thérapeutiques associés ou non à des actes diagnostics :

- Orthèse d'immobilisation + acte de radiologie :	356 patients	(51,4 %)
- Parage de plaie :	129 patients	(18,6 %)
- Orthèse :	71 patients	(10,3 %)
- Autre acte thérapeutique :	42 patients	(6,1 %)
- Traitement orthopédique de fracture / luxation avec radiologie :	31 patients	(4,5 %)
- Traitement orthopédique de fracture / luxation :	25 patients	(3,6 %)

- Parage de plaie avec radiologie : 24 patients (3,5 %)
- Traitement orthopédique d'une entorse grave du genou : 14 patients (2,1 %)

Remarque : les actes réalisés aux urgences sont codés à l'aide du catalogue des actes médicaux. La biologie n'est actuellement pas concernée. De même, quelques actes ont pu être réalisés sans qu'il soit possible de leur attribuer un code (ex : réhydratation d'un nourrisson au cours d'une gastro-entérite aiguë).

4. Les patients peuvent rester jusqu'à 34 heures aux urgences

La durée moyenne de passage est de 2 h 01 (ET : 2 h 39).

Cette durée moyenne varie en fonction de la pathologie prise en charge : de 1 h 41 pour les patients présentant une urgence traumatique à 2 h 33 lorsque l'urgence n'est pas d'origine traumatique ($p < 0,01$) (tableau XIII).

Tableau XIII : Durée de passage aux urgences

	Total (en %)	Urgence traumatique	Urgence non traumatique
Moins d'1 heure	34,5	34,6	34,3
1 à 4 heures	55,2	59,4	48,7
4 à 12 heures	8,8	5,5	14,0
12 à 24 heures	1,2	0,3	2,5
24 à 72 heures	0,3	0,2	0,6

La réalisation d'un acte aux urgences est également un facteur de variation de cette durée : 1 h 06 si aucun acte n'est réalisé à 2 h 17 lorsque le patient bénéficie d'un acte diagnostic ou thérapeutique ($p < 0,01$). La réalisation d'un acte augmente d'autant plus la durée de passage aux urgences que le patient vient pour une urgence non traumatique.

Cette durée est également influencée par l'orientation du patient à l'issue de la prise en charge : 1 h 42 lorsque les patients retournent à leur domicile *vs* 4 h 56 lorsqu'ils sont hospitalisés ($p < 0,01$).

Elle n'est pas corrélée à l'âge des patients même si on constate qu'elle a tendance à augmenter avec l'âge.

Cette durée est beaucoup plus courte dans les SU des établissements privés : 90 mn *vs* 222 dans les SU des établissements publics ($p < 0,001$)

Elle est enfin variable selon le type de SU (tableau XIV). La durée moyenne de passage du CHU de Toulouse – Rangueil, très supérieure à celle des autres SU, explique celle de la zone urbaine. En effet, les patients restent en moyenne 5 h au CHU de Toulouse – Rangueil, 3 h 10 lorsqu'ils retournent à domicile et 8 h 54 en cas d'hospitalisation.

Tableau XIV : Durée moyenne de passage selon le type de SU et le devenir

Urbain		Périurbain		Rural		<i>p</i>
2 h 45		1 h 47		0 h 58		$< 0,01$
Devenir						
Hospitalisation	Domicile	Hospitalisation	Domicile	Hospitalisation	Domicile	
6 h 49	2 h 03	2 h 28	1 h 41	1 h 32	0 h 54	$< 0,01$

5. 1 patient sur 8 est hospitalisé

A l'issue de la prise en charge, 1583 patients retournent au domicile (86,6 %), 241 patients sont hospitalisés (13,2 %), soit dans le même établissement ($n = 234$), soit après transfert vers un autre établissement ($n = 7$).

Un patient sur quatre venant pour une pathologie non traumatique est hospitalisé alors que l'hospitalisation concerne moins d'un patient sur 10 lorsqu'il s'agit de traumatologie ($p < 0,001$).

Tableau XV : Les 10 diagnostics les plus fréquents des patients hospitalisés

	Effectif	%
Fracture de l'avant-bras	14	5,8
Lésion traumatique intracrânienne	10	4,1
Douleur abdominale et pelvienne	9	3,7
Fièvre d'origine inconnue	9	3,7
Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	8	3,3
Insuffisance cardiaque	8	3,3
Fracture de la jambe, y compris la cheville	7	2,9
Fracture du fémur	7	2,9
Epilepsie	6	2,5
Fracture du rachis lombaire et du bassin	6	2,5
Nausées et vomissements	6	2,5

F. Modalités d'arrivée aux urgences

1. 18 % des patients sont amenés par un véhicule professionnel³

82 % des patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens (tableau XVI).

Tableau XVI : Modes d'arrivée des patients aux urgences

	Effectif	%
Véhicule privé	1 538	81,6
Véhicule des sapeurs pompiers	171	9,1
Ambulance non médicalisée	161	8,6
Ambulance médicalisée	14	0,7
TOTAL	1 884	100

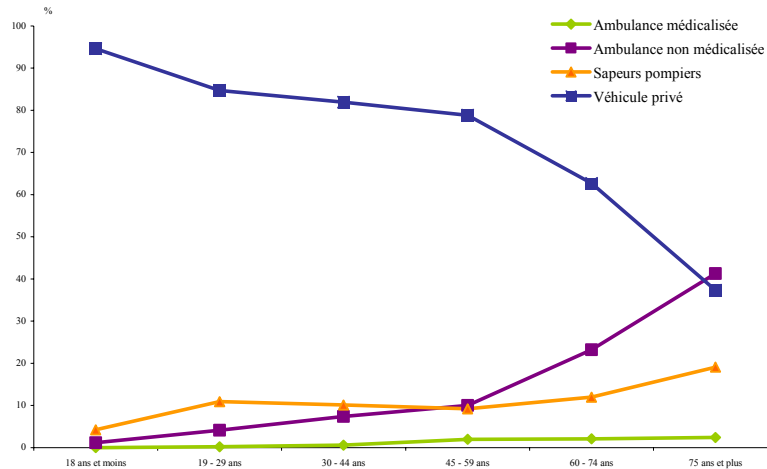
La proportion de patients arrivant en véhicule privé est plus faible en milieu urbain (74,6 % *vs* 85 % pour les deux autres groupes). En contrepartie, plus de patients sont amenés par une ambulance non médicalisée (14,0 % *vs* 6,1 % en périurbain et 7,7 % en milieu rural). Il n'y a pas de différence significative entre les trois secteurs quant au pourcentage de patients amenés par les sapeurs pompiers.

L'âge des patients est un facteur qui influence le mode d'arrivée dans les urgences (figure 11) :

³ Le terme de véhicule professionnel utilisé dans ce travail désigne les transports par ambulance (médicalisée et non médicalisée) et par véhicule des sapeurs pompiers)

- ✓ 5 % des patients de moins de 18 ans sont amenés par un véhicule professionnel,
- ✓ 63 % des patients de plus de 75 ans arrivent en véhicule professionnel, 2 fois sur 3 amenés par une ambulance non médicalisée.

Figure 11 : Mode d'arrivée des patients selon l'âge



2. Une personne âgée sur deux a un courrier médical à l'arrivée

345 patients (17,4 %) disposent d'un courrier à l'arrivée. Sur ces 345 patients, 54 % (185) sont arrivés par leurs propres moyens, 28,8 % (96) sont amenés par une ambulance non médicalisée, 16,6 % (54) par les sapeurs pompiers et 2 % (7) par une ambulance médicalisée.

La présence d'un courrier médical augmente avec l'âge des patients : 10,4 % des patients de moins de 18 ans ont un courrier médical à l'arrivée contre 16,3 % entre 18 et 75 ans et 47 % après 75 ans.

La présence d'un courrier à l'arrivée est plus fréquente pour les patients en milieu périurbain (20,2 % des patients) comparativement à ceux du milieu urbain (16,2 %) ou rural (14,2 %, $p = 0,022$).

3. Tous les patients n'ont pas eu le choix du service d'urgence

Le choix du SU n'étant possible que sur les sites de Toulouse et Montauban, où coexistent, dans cette enquête, des structures d'urgence publiques et privées, les réponses ont été analysées pour ces deux villes.

34,5 % des patients arrivant dans un SU privé disent ne pas avoir eu le choix du SU vs 25,9 % lorsque le SU est public ($p = 0,001$).

59 % des patients amenés par les pompiers ou par une ambulance non médicalisée disent, sur ces sites ne pas avoir eu le choix du SU. Les effectifs trop faibles ne permettent pas de décomposer cette donnée selon le statut public ou privé de l'établissement d'accueil.

G. Etude des déterminants

40 % des patients enquêtés se présentent aux urgences suite à un avis médical, 39 % sur décision personnelle et 21 % sur décision d'une autre personne.

1. 40 % des patients arrivent aux urgences après avis médical

751 patients (39,7 %) arrivent aux urgences après avis médical :

- ✓ pour 330 (43,9 %) après avis téléphonique,
- ✓ pour 317 (42,2 %) suite à une consultation médicale,
- ✓ pour 104 (13,9 %) suite à une visite du médecin.

L'avis téléphonique est pris pour 57,6 % des patients auprès du SAMU – centre 15. Ensuite, c'est le médecin généraliste qui est appelé : 109 patients (33 %) et de préférence le médecin traitant (78,7 % des cas). La venue aux urgences après contact téléphonique auprès d'un médecin spécialiste est plus rare : 31 patients (9,4 %).

Lorsque le patient vient aux urgences après consultation médicale, c'est le plus fréquemment le médecin généraliste (267 patients, 84,2 %) et traitant (75,7 %) qui ont été sollicités.

Si la venue aux urgences a lieu après visite, il s'agit essentiellement de celle du médecin généraliste et préférentiellement du médecin traitant (à 72,4 % vs 27,6 % pour le médecin généraliste de garde).

57 % des patients ont un courrier médical à l'arrivée.

Le médecin a dit au patient de venir aux urgences dans 93,5 % des cas (637 venues). Dans 39 % des cas, le patient pense que le médecin a téléphoné pour prévenir de son arrivée. 298 patients ont été amenés par un véhicule professionnel.

Pour 90 % des patients ayant téléphoné au SAMU, l'arrivée aux urgences s'est faite avec un véhicule professionnel et dans 80 % des cas, il s'agit d'un véhicule des sapeurs pompiers (tableau XIX).

A l'issue de la prise en charge aux urgences, 23,8 % des patients venant après avis médical ont été hospitalisés.

Tableau XVII : Mode d'arrivée des patients venant après avis médical

	Véhicule privé	Véhicule professionnel	dont % de sapeurs pompiers
Avis téléphonique du SAMU	10,1	89,9	80,0
Autre avis téléphonique	82,7	17,3	12,5
Contact médical (consultation, visite)	75,1	24,9	11,5

L'avis médical est retrouvé moins fréquemment pour les patients en milieu rural (30 %) que ceux des zones périurbaines (36 %) et urbaines (48 %, $p < 0,001$). Cette différence tient dans le recours à l'avis téléphonique, très supérieur en milieu périurbain (47 % des avis médicaux) et urbain (45,1 %) par rapport au milieu rural (32 %, $p = 0,025$).

Les patients se présentant dans un SU public viennent plus souvent après avis médical (49 % vs 42 % lorsque le SU est privé, $p = 0,01$). Cet avis médical est pris plus souvent par téléphone (52,6 %) et essentiellement auprès du SAMU (à 80 %). Pour les patients se présentant dans un SU privé, c'est un contact médical (consultation, visite) qui a précédé la venue dans 65 % des cas. Lorsque l'avis médical est pris par téléphone, il s'agit seulement dans 1 cas sur 4 du SAMU qui a été contacté.

2. 60 % des patients arrivent sans avis médical

1141 patients (60,3 %) sont venus aux urgences sans avis médical préalablement : 741 sur décision personnelle et 400 sur décision d'une autre personne.

a) Arrivée sur décision personnelle

Les motivations des patients venant aux urgences sur décision personnelle sont récapitulées tableau XVII.

Tableau XVIII : Les différentes raisons de venue aux urgences sur décision personnelle

	Effectif	%
Souhait d'une prise en charge adaptée	307	41,7
Autre raison	232	31,5
Médecin absent	164	22,2
Patient suivi dans l'établissement	96	13,0
Délai d'attente chez le médecin trop long	86	11,7
Pas souhaité appeler son médecin	60	8,1
Patient de passage	54	7,3
Pas d'avance de frais	7	0,9

Plusieurs réponses à cette question étaient possibles

✓ La raison la plus fréquemment avancée est le souhait d'une prise en charge adaptée.

Ces patients viennent plus souvent pour une urgence traumatique (72,9 % d'urgences traumatiques vs 55,1 % si une autre raison est évoquée ; $p < 0,01$) et pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux (65,4 % alors que les cabinets médicaux sont ouverts, vs 53,5 % lorsqu'une autre raison est évoquée ; $p = 0,001$). Aucune différence significative n'a été retrouvée selon l'âge, le sexe ou le lieu de vie.

✓ La deuxième raison est l'absence du médecin.

Les patients qui évoquent ce motif viennent plus souvent pour une urgence non traumatique (27,1 % des patients qui évoquent ce motif ont une urgence non traumatique vs 19,4 %, $p = 0,015$). Logiquement, ils ont plus tendance à venir sur une période temps où les cabinets médicaux sont théoriquement fermés (61 % pendant la fermeture des cabinets médicaux vs 36 % des patients qui évoquent un autre motif ; $p < 0,001$). Enfin, si les patients en milieu rural évoquent plus fréquemment ce motif (26,9 % des patients en milieu rural évoquent cette raison vs 22,3 % en milieu urbain et 19,1 % en périurbain), la différence n'est pas significative ($p = 0,198$). Il n'existe pas de différence significative selon l'âge ou le sexe.

✓ Les patients évoquant un suivi dans l'établissement sont en moyenne un peu plus âgés.

En milieu rural, cette raison est moins souvent évoquée (4,7 % vs 15 % pour les milieux urbain et périurbain, $p = 0,003$).

✓ Les motivations regroupées dans la catégorie « autre » sont nombreuses et variées, mais avec trois raisons dominantes :

- les patients reconvoqués,
- la demande de radiologie,
- les consultations du personnel de l'établissement.

La proportion de patients se présentant aux urgences sur décision personnelle est plus importante en milieu urbain (42,9 %) et rural (40,8 %) qu'en milieu périurbain (34,3 %, $p = 0,002$). Il n'y a pas par contre de différence significative de comportement des patients selon qu'ils se présentent dans un établissement statut public ou privé.

b) Arrivée sur décision d'une autre personne

400 personnes arrivent sur décision d'une autre personne, essentiellement sur décision de la famille (tableau XVIII).

Tableau XIX : Qui prend la décision d'envoyer le patient aux urgences ?

	Effectif	%
Famille	303	75,8
Autre	76	19,0
Directeur d'un établissement d'enseignement	9	2,2
Responsable d'association	9	2,2
Directeur d'un établissement de santé, maison de retraite	3	0,8

Ces patients sont jeunes avec un âge moyen de 17 ans et une proportion de patients de moins de 18 ans égale à 77 %. Cette proportion atteint 90 % lorsque ces patients viennent sur décision de la famille.

3. La petite traumatologie de l'homme jeune vient plutôt sans avis médical

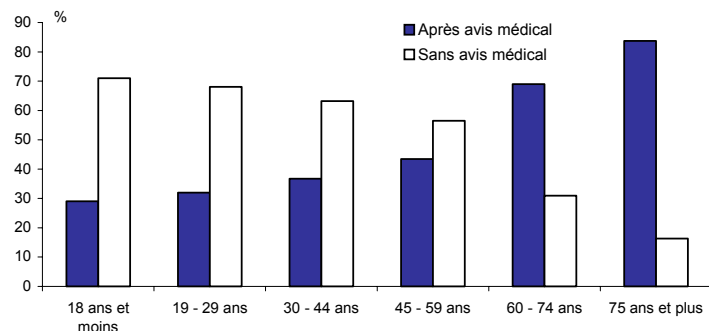
Ce chapitre compare les patients venus sans avis médical (décision personnelle et décision d'une autre personne) avec ceux venus après avis médical.

Les patients venant sans avis médical sont en moyenne plus jeunes (28 ans vs 41 ans, $p < 0,01$). La proportion d'hommes est plus importante (58,8 % vs 53,1 %, $p = 0,014$).

Tableau XX : Âge moyen des patients selon les deux groupes

	Sans avis médical		p	Après avis médical		p
	Décision personnelle	Décision autre personne		Contact téléphonique	Contact médical	
Effectif	1141			751		
	741	400		330	421	
Age moyen	28 ans			41 ans		$p < 0,01$
	33 ans	17 ans	0,404	37 ans	44 ans	0,041

Figure 12 : Arrivée aux urgences selon l'âge



Les patients bénéficiant de la CMU viennent plus sans avis médical (70,1 % vs 59,4 % pour les patients sans CMU, $p = 0,005$). Pour ceux qui viennent après avis médical, il n'existe pas de différence significative dans le type de contact (téléphonique ou consultation).

Les patients qui viennent pour une urgence traumatique arrivent plus souvent sans avis médical (65,6 % vs 52,7 % de venue sans avis médical lorsque le motif est non traumatique, $p < 0,01$). Au regard de la circonstance du traumatisme, viennent préférentiellement sans avis médical, les patients suite à un accident du travail (75,5 % sans avis), lors d'une agression physique (73,1 %), lors d'un accident de sport et de loisir (72,2 %) puis suite à un accident domestique (62,6 %).

Les patients qui viennent sans avis médical sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant (10 % vs 5 %, $p = 0,003$).

L'ouverture du cabinet médical est également un élément déterminant dans le fait de voir ou non un médecin. Ainsi, la proportion de patients venant aux urgences sans avis médical passe de 57,6 % lorsque les cabinets médicaux sont ouverts à 64,2 % lorsqu'ils sont fermés ($p = 0,004$). Parallèlement, lorsqu'un contact médical a eu lieu avant l'arrivée aux urgences, il est téléphonique lorsque le cabinet médical est fermé dans 55,4 % des cas vs 37,8 % lorsque ouvert ($p < 0,01$).

Lorsqu'il y a contact téléphonique, la comparaison médecin traitant / médecin de garde est peu informative, les médecins de garde étant assez peu sollicités. Par contre, le SAMU – centre 15 est plus sollicité lorsque les cabinets médicaux sont fermés (tableau XXI).

Tableau XXI : Type d'appel téléphonique

en %	Samu	Médecin traitant	Médecin de garde
Cabinets médicaux fermés	70,8	13,9	15,3
Cabinets médicaux ouverts	47,6	43,8	8,6

$p < 0,01$

Lorsqu'il y a contact médical, l'implication de la médecine de garde apparaît dans les périodes de fermeture des cabinets médicaux (tableau XXII).

Tableau XXII : Implication de la médecine de garde

en %	Médecin traitant	Médecin de garde
Cabinets médicaux fermés	55,2	44,8
Cabinets médicaux ouverts	18,4	81,6

$p < 0,01$

Concernant la prise en charge aux urgences, les patients arrivant après un avis médical restent en moyenne plus longtemps que les autres (2 h 44 vs 1 h 33, $p < 0,001$). Parmi ceux arrivant après un avis médical, la durée de passage aux urgences est légèrement plus courte si l'avis médical est donné par téléphone avant l'arrivée (2 h 39 vs 2 h 49 pour un contact médical ; $p < 0,01$).

Par ailleurs, les patients qui sont venus au moins une fois dans l'année reviennent proportionnellement plus sans avis médical que ceux qui ne sont pas venus dans l'année (64,5 % vs 58,2 % ; $p = 0,010$). Ce résultat est superposable pour les patients venus une fois et plus dans l'année dans LE SU où ils sont enquêtés (68,6 % vs 57,4 % ; $p < 0,01$).

Le type de SU intervient également : c'est en milieu rural que le pourcentage de patients venant sans avis médical aux urgences est le plus important (70,2 % vs 62,6 pour le périurbain et 54,7 % pour l'urbain, $p < 0,01$).

Tableau XXIII : Différences de recours selon le type de SU

	% de venues après avis médical	Type de contact		
		Téléphonique au SAMU	Téléphonique autre	Consultation ou visite
Milieu urbain	47,8	26,8 %	18,4 %	54,9 %
Milieu périurbain	35,8	30,2 %	16,8 %	53,1 %
Milieu rural	29,9	8,3 %	23,9 %	67,9 %

Tableau XXIV : Mode de contact selon le type de SU

	Téléphonique au SAMU	Téléphonique autre	Contact médical
Urbain	102 (26,8 %)	70 (18,4 %)	209 (54,9 %)
Périurbain	79 (30,2 %)	44 (16,8 %)	139 (53,1 %)
Rural	9 (8,3 %)	26 (23,9 %)	74 (67,9 %)

4. Des clientèles différentes la nuit et le week-end

Sur notre échantillon, 36,7 % des patients sont venus aux urgences le week-end et 12,1 % la nuit. Ces patients présentent des caractéristiques et des comportements spécifiques.

a) Le week-end

Les patients qui viennent aux urgences le week-end sont un peu plus jeunes et ce sont plus souvent des hommes (tableau XXV). Il n'existe pas de différence significative sur le type d'urgence traumatique ou non. Ils viennent plus souvent sans avis médical et lorsqu'un avis médical est pris, il est plus souvent téléphonique. Parmi les patients venus sans avis médical aux urgences, ceux du week-end évoquent plus souvent une prise en charge en médecine de ville pour un épisode clinique identique.

Tableau XXV : caractéristiques des urgences en fonction du moment de la semaine

	Week-end	Semaine	<i>p</i>
Moyenne d'âge	33 ans	31,8 ans	0,039
% d'hommes	60	54	0,019
% d'urgences traumatiques	57,5	59,3	0,455
% de venues après avis médical	63,3	58,5	0,04
% d'avis téléphoniques	54	38,6	<0,001

Des différences de comportement des patients sont retrouvées le week-end par rapport au reste de la semaine dans les SU périurbains : les patients sont proportionnellement plus nombreux, mais sans différence significative et viennent moins souvent pour des urgences traumatiques (52,2 % d'urgence traumatiques le week-end en périurbain vs 60,8 % la semaine, $p=0,022$). Il n'y a pas de différence quant à la proportion de patients arrivant après avis médical, mais le contact est plus souvent téléphonique. 38 % de ces patients consulteraient un médecin non hospitalier pour un tableau clinique identique, alors que ce pourcentage est de 28 % pour les patients la semaine ($p=0,007$).

En milieu urbain, la principale différence retrouvée tient dans le contact médical, plus souvent téléphonique le week-end (79 %) que la semaine (70 %, $p=0,011$).

L'analyse de données selon le statut des établissements montre également des variations. Les urgences sont proportionnellement plus fréquentes le week-end dans les SU publiques que dans les SU privées. Si aucune différence week-end / semaine n'est retrouvée dans la proportion de venue après avis médical pour les structures publiques (48 % des venues), les arrivées après avis médical sont moins fréquentes dans les SU privées le week-end (36,2 %) que la semaine (44,4 %, $p=0,046$). L'avis téléphonique est également plus souvent sollicité le week-end que la semaine (tableau XXVI).

Tableau XXVI : type de recours au médecin selon le statut de l'établissement

	Proportion d'avis téléphoniques (en %)		
	Week-end	Semaine	<i>p</i>
SU d'établissement privé	44,2	31	0,042
SU d'établissement public	67,5	42,3	0,000

b) La nuit

Comparé à l'activité de la journée, les urgences nocturnes sont moins souvent traumatiques. Les patients arrivent plus fréquemment la nuit sans avis médical, mais la différence n'est pas significative. Lorsqu'un avis médical est pris, il est plus souvent téléphonique.

Il n'existe pas par contre de différence significative concernant l'âge ou le sexe des patients.

Tableau XXVII : caractéristiques des urgences en fonction du moment de la journée

	Jour	Nuit	<i>p</i>
Moyenne d'âge	30 ans	33 ans	0,077
% d'hommes	56,2	59,3	0,387
% d'urgences traumatiques	59,8	49,8	0,005
% de venues après avis médical	40,3	34,8	0,117
% d'avis téléphoniques	42,6	55,8	0,026

L'analyse selon le type de SU est peu informative. La seule différence significative retrouvée est une proportion plus importante de patients venant sans avis médical la nuit en milieu périurbain (73,2 %) par rapport à la journée (63,8 %, $p=0,047$).

H. Patient usager

92 % des patients enquêtés déclarent avoir un médecin traitant, généraliste dans 95,2 % des cas, pourcentage qui varie en fonction de l'âge du patient : les patients de 75 ans et plus ont tous un médecin traitant (tableau XXV).

Tableau XXVIII : Présence d'un médecin traitant selon l'âge

	Effectif	%
18 ans et moins	573	97,3
19 - 29 ans	341	82,4
30 - 44 ans	333	91,2
45 - 59 ans	229	90,5
60 - 74 ans	135	95,1
75 ans et plus	128	100,0

31 % des patients ont déjà fréquenté un SU au cours des 12 derniers mois (tableau XXVI). Il s'agit principalement de ce SU : dans seulement 8,7 % des cas, le SU était différent.

Tableau XXIX : Nombre de venues dans un SU au cours des 12 derniers mois

	Effectif	%
Aucune venue	1 305	69,0
1 fois	383	20,2
Plus d'une fois	204	10,8

En 1^{ère} intention, pour le même problème clinique :

- ✓ 47,2 % des personnes interrogées retourneraient dans ce service d'urgence,
- ✓ 32,3 % consulteraient un médecin non hospitalier (principalement le médecin traitant généraliste : 80,6 %),
- ✓ 19,3 % iraient dans un autre service d'urgence.

Pour les patients évoquant une consultation d'un médecin non hospitalier, c'est le médecin traitant qui est le plus souvent désigné (tableau XXVII).

Tableau XXX : Médecin consulté pour une même situation clinique

	Effectif	%
Médecin généraliste traitant	400	80,7
Médecin spécialiste traitant	63	12,7

Médecin généraliste de garde	23	4,6
Médecin spécialiste de garde	10	2,0

dans les réponses entre les patients déjà venus et ceux jamais venu dans un SU lorsque la prise en charge est réalisée dans le public.

Un patient sur deux venu après avis médical, irait consulter un médecin non hospitalier pour une situation clinique identique (tableau XXVIII).

Tableau XXXI : Evolution du mode de recours aux urgences

Type de recours pour le même tableau clinique	Venue aux urgences	
	Sans avis médical	Après avis médical
Ce SU	59,1	30,3
Un autre SU	17,9	22,1
Un médecin non hospitalier	23,0	47,6

L'analyse des données en fonction du type de SU montre que les patients en milieu urbain sont les moins susceptibles de retourner dans le même service d'urgence : 35,6 % des patients pour le même problème consulteraient un médecin non hospitalier en milieu urbain versus 31,8 % en périurbain et 28,1 % en rural.

Pour les patients retournant dans un service d'urgence pour un même problème, 86,6 % choisiront le même service d'urgence en périurbain, versus 73,2 % en rural et 54,5 % en urbain.

La comparaison en fonction du statut du SU est informative :

Si la proportion de patients se dirigeant pour un même tableau clinique vers une prise en charge par un médecin non hospitalier est identique dans le public et dans le privé (35 %), ils sont proportionnellement plus nombreux dans le public à évoquer une prise en charge dans un autre SU que celui d'accueil lors de l'interrogatoire (27 % versus 14 % pour le privé).

La question du temps d'attente est alors importante. La durée moyenne entre l'entrée dans les urgences et le début de l'interrogatoire n'est pas significativement différente entre les 3 réponses. Par contre, alors que l'interrogatoire est généralement conduit en milieu de prise en charge, les patients dont la durée de passage est supérieure évoquent la possibilité d'une prise en charge, soit par la médecine de ville, soit dans un autre service d'urgence (tableau XXIX).

Tableau XXXII : Intervention du temps de prise en charge dans la satisfaction du patient

Type de recours pour le même tableau clinique	Durée moyenne de passage (en mn)	Privé	Public
Ce SU	94	83	129
Un autre SU	144	90	227
Un médecin non hospitalier	148	97	252
<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001

Par ailleurs, les patients déjà venus dans un service d'urgence au cours des 12 derniers mois disent revenir dans ce SU pour une même situation clinique dans 55 % des cas. Ce pourcentage atteint 60 % pour les patients pris en charge dans le secteur privé, alors qu'il n'existe pas de différence significative

I. Etudes de populations spécifiques

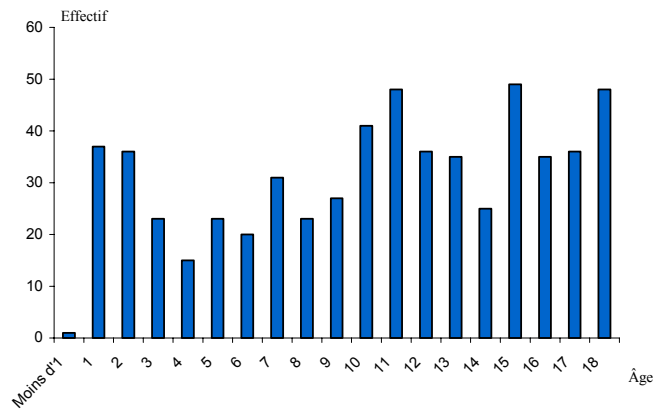
1. Patients de moins de 18 ans

589 patients de 18 ans et moins ont répondu au questionnaire.

a) Caractéristiques

Le sex-ratio est de 1,2.

Figure 13 : Âge des patients de 18 ans et moins



94,6 % arrivent en véhicule personnel, 4,2 % sont amenés par les pompiers, 1,2 % par une ambulance non médicalisée et aucun par une ambulance médicalisée.

66 % viennent pour un motif traumatique

b) Prise en charge aux urgences

Ces patients sont proportionnellement moins nombreux à ne pas avoir eu d'acte (32 %). 40 % ont bénéficié d'un acte thérapeutique et 27 % d'un acte diagnostique.

Ils restent en moyenne 82 mn aux urgences (46 % sont restés moins d'une heure). 91 % retournent à domicile à l'issue de la prise en charge.

c) Déterminants

1 patient sur 2 est venu sur décision d'une autre personne, 9 fois sur 10 de la famille.

Tableau XXXIII : Modalité d'arrivée des patients de 18 ans et moins

	Effectif	%
Décision d'une autre personne	305	51,8
Décision personnelle	114	19,4
Contact médical (consultation, visite)	95	16,1
Autre avis téléphonique médical	46	7,8
Avis téléphonique du SAMU	29	4,9

86 % des patients ont un médecin traitant.

35 % sont déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois. En 1^{ère} intention, 61 % reviendraient dans ce SU, 28 % consulteraient un médecin non hospitalier et 11 % iraient dans un autre SU.

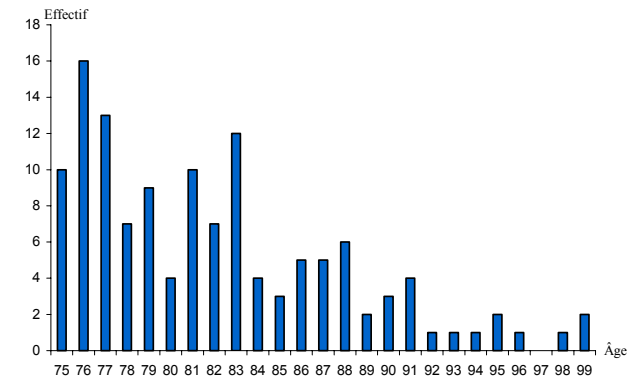
2. Patients de plus de 75 ans

129 patients de 75 ans et plus ont répondu au questionnaire.

a) Caractéristiques

Le sex-ratio est de 0,65.

Figure 14 : Âge des patients de 75 ans et plus



37 % arrivent en véhicule personnel, 19 % sont amenés par les pompiers et 41 % par une ambulance non médicalisée et 3 % par une ambulance médicalisée.

38,8 % viennent pour un motif traumatique

b) Prise en charge aux urgences

22 % des patients n'ont pas eu d'acte réalisé aux urgences. Pour les autres, 43 % ont bénéficié d'un acte thérapeutique et 57 % d'un acte diagnostique.

Ils restent en moyenne 282 mn aux urgences.
48 % ont été hospitalisés à l'issue de la prise en charge.

c) Déterminants

Près de 2 patients sur 3 sont venus après avis médical.

Tableau XXXIV : Modalité d'arrivée des patients de 75 ans et plus

	Effectif	%
Contact médical (consultation, visite)	79	61,2
Avis téléphonique du SAMU	18	13,9
Décision personnelle	14	10,8
Autre avis téléphonique médical	11	8,5
Décision d'une autre personne	7	5,4

99 % des patients ont un médecin traitant.
33 % sont déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois. En 1^{ère} intention, 33 % reviendraient dans ce SU, 58 % consulteraient un médecin non hospitalier et 9 % iraient dans un autre SU.

3. Les urgences traumatiques

a) Caractéristiques

1109 patients sont venus pour un motif traumatique (58,6 %).
Ces patients sont en moyenne plus jeunes (30 ans vs 38) et plus masculins (63 % d'hommes vs 37 %).
Ils arrivent plus fréquemment en véhicule privé (83,8 % vs 78,6 %) ou amenés par les pompiers (10,4 % vs 7,2 %).
La proportion de patients venant pour un motif traumatique n'est pas significativement différente selon le type de SU fréquenté.

b) Prise en charge aux urgences

Ces patients bénéficient plus souvent d'un acte aux urgences : 81,1 % vs 39,7 %. Cet acte est préférentiellement thérapeutique (66,2 % des actes réalisés sont thérapeutiques vs 30,9 % d'actes diagnostics pour les urgences non traumatiques). Les actes diagnostics sont essentiellement de la radiologie conventionnelle. 12 patients ont bénéficié d'un scanner. Concernant la prise en charge thérapeutique, les orthèses (62 %), les sutures de plaie (24,7 %) et les plâtres (9 %) sont les 3 principaux traitements réalisés aux urgences.
Après une prise en charge plus courte aux urgences (100 mn vs 153 mn pour les urgences non traumatiques), ces patients retournent majoritairement au domicile (92,8 % vs 77,4 %)

c) Déterminants

Ces patients viennent plus souvent sans avis médical (65 % vs 53 %). La raison invoquée pour 1 patient sur 2 (contre moins de 1 sur 3 lorsque le motif est non traumatique) est le souhait d'une prise en charge adaptée.

Pour ceux qui viennent après avis médical, cet avis est plus souvent téléphonique (1 patient sur 2 contre 1 sur 3 lorsque le motif de venue est non traumatique).

Ces patients sont proportionnellement moins nombreux à être déjà venus dans un SU sur les 12 derniers mois (74 % vs 62 % pour les non traumatique). En première intention, pour un même tableau clinique, 54 % reviendraient dans ce SU (vs 38 %). Par rapport aux patients présentant une urgence non traumatique, ils évoquent moins la possibilité de consulter un médecin non hospitalier (24 % vs 46 %).

4. Patients autonomes

Ce chapitre vise à identifier les patients qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge en médecine de ville et qui doivent être, à ce titre, la cible des actions d'information.
Cette population correspond aux patients dont le motif de recours aux urgences est non traumatique et qui ne relèvent pas d'une hospitalisation à l'issue de la prise en charge : 553 patients (soit 29,2 % de l'échantillon interrogé).

a) Caractéristiques

Cette population se caractérise par un âge moyen de 34 ans. 25 % ont moins de 18 ans et 63 % ont entre 18 et 60 ans. 51 % sont des femmes.
87 % arrivent en véhicule privé. 60 % se présentent en semaine aux urgences et 86 % entre 8 h et 20 h (59 % sont venus aux heures d'ouverture des cabinets médicaux).

Ces patients sont proportionnellement plus nombreux en milieu périurbain (32,4 %) et rural (31,8 %) qu'en milieu urbain (25,2 %, p = 0,004).
Il n'y a pas de différence selon le statut public ou privé de l'établissement.

b) Prise en charge

Ces patients restent en moyenne 1 h 52 aux urgences.
62 % n'ont pas eu d'acte thérapeutique. 12,7 % ont bénéficié d'actes de radiologie conventionnelle, 5,7 % d'un ECG et 2,4 % d'une échographie.

c) Déterminants

235 patients (42,5 %) sont venus sur décision personnelle, 106 (19,2 %) sur décision d'une autre personne et 212 (38,3 %) après avis médical.

- ✓ 41 patients sont venus après avis téléphonique auprès du SAMU,
- ✓ 41 patients après un avis téléphonique autre,
- ✓ 130 patients ont vu un médecin (consultation ou visite),
- ✓ 341 patients sont venus sans avis médical.

Les deux principales raisons invoquées pour les patients venant sur décision personnelle sont le souhait d'une prise en charge adaptée (68 réponses) et un médecin absent (67 réponses) (1 patient sur 2 s'est présenté à un moment de fermeture des cabinets médicaux).

Concernant les 212 patients venus après avis médical :
43 % ont un courrier à l'arrivée. Dans 89 % des cas, le médecin leur a dit de venir aux urgences et 41 % pensent que le médecin a téléphoné pour prévenir de leur arrivée.
96 % de ces patients ont un médecin traitant.

39 % des patients sont déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois (dont 38 % plus d'une fois).

En 1^{ère} intention, 41 % reviendraient dans ce SU, 43 % consulteraient un médecin non hospitalier et 16 % iraient dans un autre SU.

Les patients qui envisagent une prise en charge différente sont ceux qui viennent pour la 1^{ère} fois (tableau XXXII) et dont la prise en charge est la plus longue (tableau XXXIII).

Tableau XXXV : Influence de la connaissance des urgences dans la satisfaction du patient « autonome »

Type de recours pour le même tableau clinique	0 fois	Au moins 1 fois
Ce SU	117 (51,5%)	110 (48,5%)
Un autre SU	162 (68,6%)	74 (31,4%)
Un médecin non hospitalier	57 (64,8%)	31 (35,2%)

Tableau XXXVI : Intervention du temps de prise en charge dans la satisfaction du patient « autonome »

Type de recours pour le même tableau clinique	DMP (en mn)
Ce SU	79
Un autre SU	123
Un médecin non hospitalier	169

d) Extrapolation à la région Midi-Pyrénées

En 2002, 530 452 passages ont été recensés dans les 36 SU de Midi-Pyrénées participant au recueil de données. 143 400 passages correspondent à des urgences non traumatiques pour lesquelles l'état clinique des patients à l'arrivée est stable (CCMU 1 et 2) et qui ne relèvent pas d'une hospitalisation à l'issue de la prise en charge. 763 patients (soit 0,4 %) ont bénéficié d'un transport médicalisé. La répartition de ces passages selon les structures de prise en charge est présentée tableau XXXIV.

Tableau XXXVII : Structures de prises en charge de Midi-Pyrénées des urgences non traumatiques « ambulatoires »

	Etablissement public	Etablissement privé
SAU	61 406	6 424
Upatou	38 625	18 047
POSU	18 898	0

En appliquant les résultats de cette étude aux patients ayant fréquenté les SU de Midi-Pyrénées en 2002, on en déduit :

- ✓ 69 945 patients seraient venus sur décision personnelle
- ✓ 27 531 patients seraient venus sur décision d'une autre personne
- ✓ 10 612 auraient appelé le SAMU avant leur arrivée
- ✓ 10 612 auraient eu un contact téléphonique avec un autre médecin
- ✓ 33 699 patients auraient bénéficié d'une consultation ou d'une visite avant leur arrivée.

En termes d'incidence financière, 33 699 patients ont pu bénéficier d'une double consultation, soit un surcoût de 673 980 €.

En extrapolant les résultats de l'évaluation en Midi-Pyrénées et ceux de cette étude aux 13 millions de passages aux urgences en France, on aboutit selon les mêmes règles de calcul à un surcoût de 16 497 000 €.

III. DISCUSSION

A. De la méthode

1. Permanence téléphonique assurée pour les étudiants

Malgré la formation assurée la semaine précédant l'enquête, les enquêteurs ont rencontré certaines difficultés. Ils avaient pour consigne d'appeler systématiquement à la fin de la 1^{ère} journée d'enquête. 4 enquêteurs ont été obligés de nous contacter plus rapidement.

Les problèmes rencontrés ont été les suivants :

- utilisation du bon identifiant patient,
- inclusion ou non des patients arrivant aux urgences suite à une reconvoication,
- difficultés de remplissage des fiches d'enquête, notamment du codage de la catégorie socioprofessionnelle.

2. Rapprochement des fichiers « enquête » et ORU-MiP

Pour la clinique d'Occitanie, dans 21 % des cas, aucune donnée médicale n'a été retrouvée dans le fichier ORU-MiP pour les patients enquêtés. Mais la semaine de recueil correspondait à une semaine de grève des médecins libéraux. L'accueil des patients a été maintenu, mais sans facturation à l'assurance maladie et sans évaluation correspondante.

3. Statut des établissements

L'étude aurait également pu choisir de retenir à des fins de comparaison public / privé, le service d'urgence de la clinique de l'Ormeau à Tarbes. Du fait de son ouverture trop récente (janvier 2003), ce choix n'a pas été retenu, considérant que des changements concernant aussi bien l'organisation de la prise en charge des patients au sein de l'établissement que des comportements des patients s'opèrent avec le temps.

Ainsi, la comparaison du comportement des patients en fonction du statut public ou privé de l'établissement n'a pu se faire que sur deux sites (Toulouse et Montauban).

4. Fréquentation des services d'urgence

La question de la fréquentation des services d'urgence (nombre de fois dans l'année précédant l'enquête) visait à apprécier les habitudes de consommation de soins des patients ainsi qu'indirectement leur satisfaction. Toutefois, les enquêteurs se sont rendus compte de la difficulté pour les patients à avouer un nombre de passages trop important. Ainsi, les analyses n'ont porté que sur 3 classes : aucune fois, une fois et plus d'une fois.

Par ailleurs, dans le recueil réalisé par l'ORU-MiP, du fait de l'anonymisation des données, aucun identifiant patient n'est disponible. Ainsi, il n'est pas possible d'estimer la fréquence des ré-hospitalisations et d'identifier une clientèle particulièrement plus « utilisatrice » des urgences et moins désireuse d'avouer la réalité de ses pratiques.

B. Des résultats

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année [5]. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés [6,7]. En France, le nombre de passages, qui croît de 4,5 % par an, est estimé à 13,5 millions pour 2001 [8]

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour essayer d'expliquer cette augmentation :

✓ La première tient sûrement à la modification en elle-même de la médecine d'Urgence en France [9]. La restructuration des Hôpitaux, la rénovation des Services d'Urgence, la création de postes médicaux et paramédicaux, la production d'un important travail législatif imposant des normes aux structures accueillant des patients en urgence, caractérisent la réforme des Urgences Hospitalières. Celle-ci fait suite à la publication du rapport STEG en 1993 [10] qui a été l'élément catalyseur d'une prise de conscience de l'importance des urgences et de leur médiocre qualité. Tout ceci concourt sûrement à l'émergence de nouvelles possibilités offertes au patient, à la professionnalisation des équipes et également à la médiatisation de cette activité.

✓ La modification en cours de l'organisation de la permanence des soins est probablement un deuxième facteur déterminant dans cette augmentation d'activité. Ces causes sont multifactorielles, mais il est possible d'avancer la limitation imposée des actes aux médecins généralistes, le problème de sécurité rencontré en dehors du cabinet de médecine générale, les problèmes de responsabilité et de formation, la limitation du temps de travail dans un cadre sociétal général. Toutefois, le caractère du lieu d'exercice (zone urbaine, rurale ou mixte) qui influe peut-être sur les critères de sécurité et de limitation du temps de travail, mais également sur l'organisation en elle-même de la permanence des soins n'a pas été analysé pour lui-même.

✓ La troisième hypothèse est celle concernant les pratiques des patients eux-mêmes. L'exigence croissante (que certains considèrent comme légitime) de la population se traduit par un consumérisme, un refus d'attente et une soif d'un service rendu quasi immédiatement. Des raisons économiques sont également avancées. Si certains travaux ont été réalisés sur ces derniers points, ils l'ont été dans le cadre spécifique des départements d'urgences des Etats Unis d'Amérique. Ainsi, Baker et al. [11] affirment que 16 % des patients fréquentant le département des urgences du UCLA medical center de Torrance s'en servent comme une source régulière de soins primaires non urgents avec une très forte proportion de population défavorisée. Kellermann [12] citant des rapports fédéraux chiffre entre 40 et 55 % les visites aux départements des Urgences pour une cause non urgente. Fatovich [13] affirme que ceci est la source première du mal numéro UN des départements d'urgences aux USA : l'embouteillage. Toutefois, Robert en 1996 [14] affirme que les 32 % de passages aux Urgences pour des raisons non urgentes génèrent un coût faible par rapport aux autres passages urgents ou semi-urgents. Au delà de la difficulté de s'entendre sur la définition de ce qui est urgent, semi-urgent ou non urgent, ces études soulèvent le problème d'avoir été réalisées dans un pays où l'organisation de la prise en charge des soins primaires est suffisamment différente de la France pour empêcher toute extrapolation à notre système de soins.

Une étude a été réalisée en France en janvier 2002 par la DRESS auprès de 3000 personnes venues aux urgences et non hospitalisées à l'issue de la prise en charge afin de connaître les motivations de leur venue et leurs conditions de prise en charge [15,16]. Dans cette étude, la proportion de patients ayant consulté un médecin avant de venir aux urgences semble moins importante (25 % contre 40 % pour notre étude), mais la présentation des résultats [16] ne permet pas de comparaison. Par ailleurs, les différences notées sont probablement à attribuer aux critères d'inclusion et aux méthodes d'enquête qui diffèrent fortement entre les deux études. Notre étude est la première à avoir physiquement interrogé au cours d'un entretien réalisé pendant le passage aux urgences des usagers de ces services. Cette étude apporte des précisions sur la méconnaissance que les patients peuvent avoir du système de soins en ville. Ainsi, les trois quarts des patients ignorent que l'on peut obtenir une radiographie sans

ordonnance, 20 % ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvaient lors de la survenue de leur problème de santé et 25 % s'il existe un centre de soins ou un dispensaire. Enfin, 9 % des patients disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non, connaissance de son existence.

C. Orientations

La problématique de l'augmentation du nombre de passages aux urgences est connue et des propositions de nouvelles organisations se mettent en place, comme par exemple la régulation libérale des appels pour la permanence de soins ou l'ouverture de maisons médicales de garde.

Le patient est souvent désigné comme le seul responsable de ce phénomène pour assouvir ses exigences consuméristes.

Pourtant deux groupes de modes de recours s'opposent :

✓ les patients qui ont pris contact avec un médecin et ont été adressés secondairement aux urgences par celui-ci. 40 % de ces patients ont été amenés par un véhicule professionnel. Une fois sur quatre, c'est le SAMU qui a été contacté. Ces résultats soulèvent le problème de l'orientation des patients dans un état clinique stable vers les services d'urgences lors de la régulation par le SAMU. La participation des médecins libéraux à cette régulation peut permettre une orientation différenciée de ces patients, en fonction du motif de recours et de l'offre de soins libérale.

Par ailleurs, 32 % des patients venant après avis médical disent revenir dans un service d'urgence pour un tableau clinique identique. Ainsi, la prise en charge proposée aux urgences a répondu à leur attente. Le patient considère alors que le service rendu par les urgences est supérieur à celui qu'il était en droit d'attendre en médecine de ville. Ces situations laissent supposer une rupture progressive avec la médecine libérale.

✓ Les patients venant aux urgences sans contact médical préalable et dont les caractéristiques de la prise en charge laissent supposer une prise en charge possible en médecine libérale. Ceci suppose :

- Une meilleure connaissance de l'utilisateur du système de soins et des modes de recours possibles en situation d'urgence ressentie. Le rôle des médias est ici incontestable, mais nécessite un changement radical du contenu de l'information qu'ils délivrent.
- Une amélioration de la permanence de soins avec une plus grande lisibilité par tous les acteurs.

Toujours est-il que la performance des services d'urgence n'est plus à démontrer. Dans l'exemple d'un traumatisme, le patient va en moins de deux heures bénéficier d'une consultation médicale (polyvalente, plus ou moins complétée d'un avis spécialisé), obtenir un examen de radiologie, suivi de la prescription et éventuellement de la mise en œuvre du traitement adéquat ... ce qui lui aurait pris dans la meilleure des éventualités pas moins d'une demi-journée en médecine de ville avec des va-et-vient entre les différentes structures, contraignants et non remboursés par l'assurance maladie !

Par ailleurs, le service d'urgence est également une porte d'entrée rapide pour obtenir un avis spécialisé dans la journée alors que les listes d'attente pour certaines spécialités reportent la demande de consultation à plusieurs mois.

Ces passages aux urgences ne permettent toutefois pas une prise en charge optimale du patient, surtout lors de pathologies complexes ou qui nécessitent de développer l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille, difficile dans un contexte d'urgence. Autant pour une pathologie traumatique, le passage aux urgences peut se concevoir, autant pour certaines pathologies chroniques, ce mode de recours est inadapté [17].

Dans cette étude, un patient sur trois évoque la possibilité d'une prise en charge en médecine libérale pour un même tableau clinique, constat de l'inadaptation de ce type de recours dans certaines situations cliniques.

Des réorientations pour la prise en charge globale des patients sont nécessaires afin d'améliorer autant la satisfaction des usagers que celle des professionnels. Elles passent par une meilleure formation des professionnels et une information adaptée des patients.

D. Perspectives

Parallèlement à ce travail, deux études complémentaires ont été menées :

✓ Une analyse de l'offre de soins de ville dans les mêmes secteurs géographiques, afin de connaître la permanence de soins disponible.

✓ Une enquête prospective transversale par entretien téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes des mêmes secteurs géographiques avec pour objectif de définir l'implication du médecin dans l'offre de soins et ses ressentis vis-à-vis des raisons ayant amené leurs patients à se présenter dans un SU hospitalier.

La mise en perspective de ces trois études tentera de définir les situations assurant une meilleure permanence des soins hospitaliers dans la prise en charge des patients et vise à émettre des propositions en termes d'organisation et d'information des patients.

IV. CONCLUSION

Cette étude permet de distinguer des profils de patients différents quant à leurs recours aux urgences hospitalières pour une urgence non vitale.

L'âge et la pathologie présentée apparaissent comme les deux facteurs explicatifs des trajectoires des patients.

Des différences importantes concernant le comportement du patient – usager et sa satisfaction vis-à-vis du service d'urgence sont également notées en fonction du milieu de vie (urbain, péri-urbain et rural). Ces résultats méritent d'être exploités par des méthodes multivariées en intégrant les données des deux autres enquêtes en cours. Ce sera l'objet du document final.

V. ANNEXES

Annexe 1 : CCMU

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement ECG, SpO₂, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématoците par microméthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- o CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- o CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

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

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

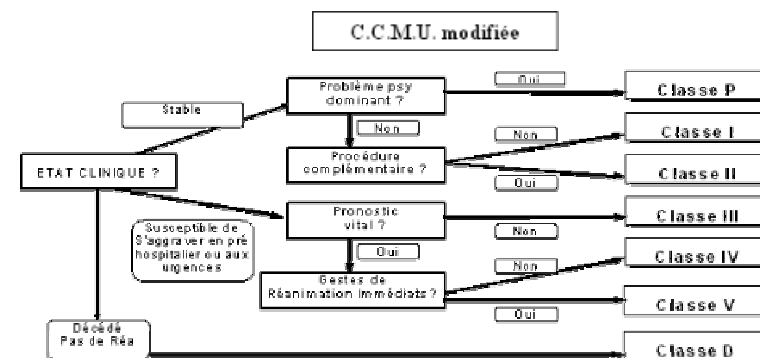
CCMU 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : état 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.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, SpO₂, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

Annexe 6 : Activité des 9 services d'urgence enquêtés sur la semaine du 10 au 17 mars 2003

	CCMU							CCMU non renseignée	Total
	1	2	3	4	5	P	D		
CH Ariège Couserans	28	105	55	8	1	1	0	3	201
CHU de Toulouse – Rangueil	68	284	181	10	2	5	1	32	583
Clinique d'Occitanie	17	143	23	0	1	0	0	1	185
Clinique de l'Union	39	453	91	8	0	0	0	0	591
CH de Figeac	32	144	35	9	0	1	0	0	221
CHIC de Tarbes Vic en Bigorre	116	365	108	16	1	5	0	0	611
CH de Lavaur	45	117	22	1	0	6	0	0	191
CH de Montauban	83	273	49	5	1	43	0	0	454
Clinique du Pont de Chaume	43	178	53	8	0	0	0	4	286
	471	2062	617	65	7	62	1	40	3 325

Annexe 7 : Taux de remplissage des différentes variables

Variable	Nombre de fiches non renseignées	% du total
Motif de recours	84	4,4
Diagnostic	80	4,2
Devenir	67	3,5
Acte	66	3,5
Cas junior	34	5,8
Durée de passage	30	1,6
Courrier	21	1,1
1 ^{ère} intention	20	1,1
Cas senior	19	14,7
Mode d'arrivée	9	0,5
Code postal	3	0,2
Dans ce SU	3	0,2
Dans 1 SU	2	0,1
Âge	0	0,0

Annexe 8 : Principaux résultats par site d'enquête

CH Ariège Couserans

Sur 133 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 92 ont été enquêtés (69,2 %). 89 questionnaires sont exploitables, soit 96,7 %.

L'âge moyen des patients est de 32 ans. 56,2 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	32	36,0
19 – 74 ans	53	59,5
75 ans ou plus	4	4,5
TOTAL	89	100,0

10 patients sont venus entre 20 h et 8 h (11,2 %) et 33 se sont présentés le week-end (37,1 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	0	0,0
Ambulance non médicalisée	4	4,5
Véhicule des sapeurs pompiers	4	4,5
Véhicule privé	81	91,0

10 patients (11,4 %) ont un courrier à l'arrivée.

61 patients (68,5 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	3	3,4
Accident de sport et loisirs physiques	26	29,5
Accident domestique	22	25,0
Accident du travail	9	10,2
Agression physique	2	2,3
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	14	15,9
Urgences psychiatriques	0	0,0
Urgences traumatiques sans précision	12	13,6

Pour 25 patients (28,1 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 46,1 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 25,8 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 98 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 37,1 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 30,3 % sur décision d'une autre personne,
- 4,5 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 9 % après un contact téléphonique autre,
- 19,1 % après un contact médical (consultation, visite).

84 patients (94,3 %) disent avoir un médecin traitant.

72,8 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 15,2 % sont venus une fois et 12 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 61,8 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 18 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 20,2 % consulteraient un médecin non hospitalier.

CHU de Toulouse – Rangueil

Sur 352 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 395 ont été enquêtés (112 %). 347 questionnaires sont exploitables, soit 87,9 %.

L'âge moyen des patients est de 40 ans. 60,6 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	19	5,5
19 – 74 ans	291	83,9
75 ans ou plus	37	10,7
TOTAL	347	100,0

57 patients sont venus entre 20 h et 8 h (16,4 %) et 132 se sont présentés le week-end (38 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	10	2,9
Ambulance non médicalisée	82	23,9
Véhicule des sapeurs pompiers	58	16,9
Véhicule privé	193	56,3

57 patients (16,8 %) ont un courrier à l'arrivée.

169 patients (48,7 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	28	9,0
Accident de sport et loisirs physiques	72	23,1
Accident domestique	22	7,1
Accident du travail	10	3,2
Agression physique	13	4,2
Tentative de suicide	6	1,9
Urgences médico-chirurgicales	134	43,0
Urgences psychiatriques	2	0,6
Urgences traumatiques sans précision	25	8,0

Pour 230 patients (66,3 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 16,7 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 17 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 71,4 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 39,2 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 4,3 % sur décision d'une autre personne,
- 24,8 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 6,3 % après un contact téléphonique autre,
- 25,4 % après un contact médical (consultation, visite).

298 patients (85,9 %) disent avoir un médecin traitant.

72,6 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 19,6 % sont venus une fois et 7,8 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 22,9 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 43,1 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 34 % consulteraient un médecin non hospitalier.

Clinique de l'Occitanie

Sur 160 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 175 ont été enquêtés (109 %). 169 questionnaires sont exploitables, soit 96,6 %.

L'âge moyen des patients est de 33 ans. 62,7 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	57	33,7
19 – 74 ans	107	63,3
75 ans ou plus	5	3,0
TOTAL	169	100,0

7 patients sont venus entre 20 h et 8 h (4,1 %) et 60 se sont présentés le week-end (35,5 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	0	0,0
Ambulance non médicalisée	5	3,0
Véhicule des sapeurs pompiers	7	4,2
Véhicule privé	154	92,8

16 patients (9,6 %) ont un courrier à l'arrivée.

98 patients (58,0 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Urgences médico-chirurgicales	18	13,3
Urgences traumatiques sans précision	117	86,7

Pour 61 patients (36,1 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 21,3 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 42,6 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 97,4 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 45,6 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 23,1 % sur décision d'une autre personne,
- 5,3 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 5,9 % après un contact téléphonique autre,
- 20,1 % après un contact médical (consultation, visite).

156 patients (92,5 %) disent avoir un médecin traitant.

70,4 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 20,7 % sont venus une fois et 8,9 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 46,2 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 11,8 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 42 % consulteraient un médecin non hospitalier.

Clinique de l'Union

Sur 492 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 310 ont été enquêtés (63 %). 279 questionnaires sont exploitables, soit 90 %.

L'âge moyen des patients est de 34,9 ans. 53,4 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	82	28,4
19 – 74 ans	180	65,8
75 ans ou plus	17	5,8
TOTAL	279	100,0

21 patients sont venus entre 20 h et 8 h (7,5 %) et 98 se sont présentés le week-end (35,1 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	1	0,4
Ambulance non médicalisée	18	6,5
Véhicule des sapeurs pompiers	8	2,9
Véhicule privé	251	90,3

59 patients (21,2 %) ont un courrier à l'arrivée.

201 patients (72 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	2	0,7
Accident de sport et loisirs physiques	40	14,5
Accident domestique	56	20,3
Accident du travail	21	7,6
Agression physique	1	0,4
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	156	56,5
Urgences psychiatriques	0	0,0
Urgences traumatiques sans précision	0	0,0

Pour 66 patients (23,7 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 26,9 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 49,5 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 97,5 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 45,9 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 7,2 % sur décision d'une autre personne,
- 2,5 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 13,6 % après un contact téléphonique autre,
- 30,8 % après un contact médical (consultation, visite).

258 patients (92,5 %) disent avoir un médecin traitant.

68,4 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 14,8 % sont venus une fois et 16,8 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 43,4 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 22,9 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 33,7 % consulteraient un médecin non hospitalier.

CH de Figeac

Sur 176 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 117 ont été enquêtés (66,5 %). 114 questionnaires sont exploitables, soit 97,4 %.

L'âge moyen des patients est de 31 ans. 58,8 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	46	40,3
19 – 74 ans	57	50,0
75 ans ou plus	11	9,7
TOTAL	114	100

12 patients sont venus entre 20 h et 8 h (10,5 %) et 41 se sont présentés le week-end (36 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	0	0,0
Ambulance non médicalisée	8	7,0
Véhicule des sapeurs pompiers	6	5,3
Véhicule privé	100	87,7

19 patients (17 %) ont un courrier à l'arrivée.

69 patients (60,5 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	4	3,5
Accident de sport et loisirs physiques	28	24,6
Accident domestique	7	6,1
Accident du travail	6	5,3
Agression physique	0	0,0
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	65	57,0
Urgences psychiatriques	1	0,9
Urgences traumatiques sans précision	3	2,6

Pour 20 patients (17,4 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 29 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 53,5 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 88,6 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 43 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 21 % sur décision d'une autre personne,
- 1,8 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 7,9 % après un contact téléphonique autre,
- 26,3 % après un contact médical (consultation, visite).

114 patients (100 %) disent avoir un médecin traitant.

64 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 26,3 % sont venus une fois et 9,7 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 38,8 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 27,9 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 33,3 % consulteraient un médecin non hospitalier.

CHIC de Tarbes Vic en Bigorre

Sur 481 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 320 ont été enquêtés (66,5 %). 308 questionnaires sont exploitables, soit 96,2 %.

L'âge moyen des patients est de 27 ans. 59,4 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	134	41,9
19 – 74 ans	173	54,1
75 ans ou plus	13	4,1
TOTAL	320	100,0

35 patients sont venus entre 20 h et 8 h (11,4 %) et 119 se sont présentés le week-end (38,6 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	1	0,3
Ambulance non médicalisée	14	4,6
Véhicule des sapeurs pompiers	25	8,1
Véhicule privé	268	87,0

47 patients (15,3 %) ont un courrier à l'arrivée.

168 patients (54,5 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	17	5,6
Accident de sport et loisirs physiques	60	19,9
Accident domestique	10	3,3
Accident du travail	18	6,0
Agression physique	5	1,7
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	129	42,9
Urgences psychiatriques	1	0,3
Urgences traumatiques sans précision	61	20,3

Pour 122 patients (39,6 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 30,8 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 29,6 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 87,4 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 39,3 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 30,5 % sur décision d'une autre personne,
- 10,7 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 6,2 % après un contact téléphonique autre,
- 13,3 % après un contact médical (consultation, visite).

281 patients (91,2 %) disent avoir un médecin traitant.

59,4 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 25 % sont venus une fois et 15,6 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 52,9 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 16,2 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 30,8 % consulteraient un médecin non hospitalier.

CH de Lavaur

Sur patients 162 CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 167 ont été enquêtés (103 %). 162 questionnaires sont exploitables, soit 97 %.

L'âge moyen des patients est de 32 ans. 53,1 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	62	38,3
19 – 74 ans	87	53,7
75 ans ou plus	13	8,0
TOTAL	162	100

17 patients sont venus entre 20 h et 8 h (10,5 %) et 56 se sont présentés le week-end (35 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	0	0,0
Ambulance non médicalisée	13	8,0
Véhicule des sapeurs pompiers	15	9,3
Véhicule privé	134	82,7

23 patients (14,2 %) ont un courrier à l'arrivée.

91 patients (56,2 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	9	5,7
Accident de sport et loisirs physiques	21	13,2
Accident domestique	49	30,8
Accident du travail	14	8,8
Agression physique	3	1,9
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	50	31,5
Urgences psychiatriques	1	0,6
Urgences traumatiques sans précision	12	7,6

Pour 57 patients (35,2 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 23,5 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 41,4 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 88 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 41,4 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 34,6 % sur décision d'une autre personne,
- 1,9 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 5,6 % après un contact téléphonique autre,
- 16,7 % après un contact médical (consultation, visite).

147 patients (90,7 %) disent avoir un médecin traitant.

56,9 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 19,8 % sont venus une fois et 23,3 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 57,2 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 13,8 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 28,9 % consulteraient un médecin non hospitalier.

CH de Montauban

Sur 356 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 262 ont été enquêtés (73,6 %). 245 questionnaires sont exploitables, soit 93,5 %.

L'âge moyen des patients est de 31 ans. 53,9 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	95	38,8
19 – 74 ans	128	52,2
75 ans ou plus	22	9,0
TOTAL	245	100,0

40 patients sont venus entre 20 h et 8 h (16,3 %) et 117 se sont présentés le week-end (47,8 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	1	0,4
Ambulance non médicalisée	9	3,7
Véhicule des sapeurs pompiers	39	16,0
Véhicule privé	195	79,9

60 patients (24,7 %) ont un courrier à l'arrivée.

144 patients (58,8 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	18	7,4
Accident de sport et loisirs physiques	28	11,5
Accident domestique	16	6,6
Accident du travail	11	4,5
Agression physique	1	0,4
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	158	64,7
Urgences médicolégales	2	0,8
Urgences psychiatriques	3	1,2
Urgences traumatiques sans précision	7	2,9

Pour 65 patients (26,5 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 35,5 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 38 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 79,1 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 32,2 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 30,2 % sur décision d'une autre personne,
- 14,7 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 3,3 % après un contact téléphonique autre,
- 19,6 % après un contact médical (consultation, visite).

227 patients (92,6 %) disent avoir un médecin traitant.

68,7 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 13 % sont venus une fois et 18,3 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 61,2 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 4,5 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 34,3 % consulteraient un médecin non hospitalier.

Clinique du Pont de Chaume

Sur 221 patients CCMU 1 et 2 accueillis pendant la semaine du 10 au 17 mars, 187 ont été enquêtés (84,6 %). 179 questionnaires sont exploitables, soit 95,7 %.

L'âge moyen des patients est de 29 ans. 48,6 % sont des hommes.

	Effectif	%
18 ans et moins	65	36,3
19 – 74 ans	105	58,7
75 ans ou plus	9	5,0
TOTAL	179	100,0

22 patients sont venus entre 20 h et 8 h (12,3 %) et 55 se sont présentés le week-end (30,7 %).

Le mode d'arrivée dans ce service d'urgence pour ces niveaux de pathologie est le suivant :

	Effectif	%
Ambulance médicalisée	1	0,6
Ambulance non médicalisée	8	4,5
Véhicule des sapeurs pompiers	9	5,0
Véhicule privé	161	89,9

28 patients (16 %) ont un courrier à l'arrivée.

108 patients (60,3 %) ont recours à ce service d'urgence pour un motif traumatique.

Les motifs de recours à ce service d'urgence sont :

	Effectif	%
Accident de la route	9	5,0
Accident de sport et loisirs physiques	21	11,7
Accident domestique	7	3,9
Accident du travail	6	3,4
Agression physique	1	0,6
Tentative de suicide	0	0,0
Urgences médico-chirurgicales	70	39,1
Urgences psychiatriques	0	0,0
Urgences traumatiques sans précision	65	36,3

Pour 35 patients (19,6 %), aucun acte n'a été réalisé dans les urgences. 32,3 % ont bénéficié d'un acte diagnostique et 49,1 % d'un acte thérapeutique, associé ou non à un acte diagnostique.

A l'issue de la prise en charge, 92,2 % des patients retournent à domicile.

Etude des déterminants :

- 28,5 % des patients sont venus sur décision personnelle,
- 28,5 % sur décision d'une autre personne,
- 5,6 % après un contact téléphonique avec le SAMU,
- 9,5 % après un contact téléphonique autre,
- 27,9 % après un contact médical (consultation, visite).

174 patients (97,2 %) disent avoir un médecin traitant.

65 % ne sont jamais venus dans un service d'urgence sur les 12 derniers mois, 24 % sont venus une fois et 10 % plus d'une fois.

En première intention pour une même situation clinique,

- 67,3 % des patients reviendraient dans ce service d'urgence,
- 2,9 % iraient dans un autre service d'urgence,
- 29,8 % consulteraient un médecin non hospitalier.

Annexe 9 : Table des illustrations

Tableau I : Pas de correspondance entre la fiche d'enquête et la fiche ORU-MiP	5
Tableau II : Nombre de patients enquêtés dans les 9 SU	5
Tableau III : Caractéristiques d'âge selon le milieu	6
Tableau IV : Lieu de provenance des patients de 18 ans et moins la semaine et le WE (en %)	7
Tableau V : Lieu de provenance des patients de 18 ans et moins	7
Tableau VI : Moyenne d'âge (écart-type) des patients de 18 ans et moins	7
Tableau VII : Situations professionnelles renseignées	10
Tableau VIII : Délai en minutes entre l'entrée aux urgences et le début de l'interrogatoire	14
Tableau IX : Circonstances de survenue du traumatisme et âge moyen des patients	14
Tableau X : Les 15 diagnostics non traumatiques les plus fréquents	15
Tableau XI : Localisation des traumatismes	16
Tableau XII : Nombre d'actes réalisés	16
Tableau XIII : Durée de passage aux urgences	17
Tableau XIV : Durée moyenne de passage selon le type de SU et le devenir	17
Tableau XV : Les 10 diagnostics les plus fréquents des patients hospitalisés	18
Tableau XVI : Modes d'arrivée des patients aux urgences	18
Tableau XVII : Les différentes raisons de venue aux urgences sur décision personnelle	21
Tableau XVIII : Qui prend la décision d'envoyer le patient aux urgences ?	22
Tableau XIX : Mode d'arrivée des patients venant après avis médical	20
Tableau XX : Âge moyen des patients selon les deux groupes	22
Tableau XXI : Type d'appel téléphonique	23
Tableau XXII : Implication de la médecine de garde	24
Tableau XXIII : Différences de recours selon le type de SU	24
Tableau XXIV : Mode de contact selon le type de SU	24
Tableau XXV : Présence d'un médecin traitant selon l'âge	26
Tableau XXVI : Nombre de venues dans un SU au cours des 12 derniers mois	26
Tableau XXVII : Médecin consulté pour une même situation clinique	26
Tableau XXVIII : Evolution du mode de recours aux urgences	27
Tableau XXIX : Intervention du temps de prise en charge dans la satisfaction du patient	27
Tableau XXX : Modalité d'arrivée des patients de 18 ans et moins	30
Tableau XXXI : Modalité d'arrivée des patients de 75 ans et plus	31
Tableau XXXII : Influence de la connaissance des urgences	33
Tableau XXXIII : Intervention du temps de prise en charge	33
Tableau XXXIV : Structures de prises en charge de Midi-Pyrénées des urgences non traumatiques « ambulatoires »	34
Figure 1 : Services d'urgence enquêtés	2
Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe	6
Figure 3 : Origine des patients enquêtés (selon le code postal de résidence)	8
Figure 4 : Origine des patients enquêtés (selon le code postal de résidence)	9
Figure 5 : Répartition de l'activité selon le jour et l'heure d'arrivée	11
Figure 6 : Répartition des passages le WE en fonction des heures d'arrivée	11
Figure 7 : Répartition de l'activité selon le jour et l'heure d'arrivée	12
Figure 8 : Répartition sur le WE des passages selon l'heure d'arrivée	12
Figure 9 : Age des patients et déroulement de l'interrogatoire	13
Figure 10 : Circonstances de survenue des traumatismes selon le type de SU	15
Figure 11 : Mode d'arrivée des patients selon l'âge	19
Figure 12 : Arrivée aux urgences selon l'âge	23
Figure 13 : Age des patients de 18 ans et moins	29
Figure 14 : Age des patients de 75 ans et plus	30

VI. GLOSSAIRE

CCMU	Classification clinique des malades aux urgences
CMU	Couverture Maladie Universelle
ET	Ecart-type
ORU-MiP	Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées
POSU	Pôle spécialisé des urgences
SAU	Service d'accueil et de traitement des Urgences
SU	Service d'urgence
Upatou	Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1- ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgences en Midi-Pyrénées en 2001. 76 p. www.oru-mip.fr.
- 2- ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgences en Midi-Pyrénées en 2002. 140 p.
- 3- Fourestié V, Roussignol E, Elkarrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades aux urgences : définition et reproductibilité. Réan Urg, 1994,3,573-578.
- 4- Rivas M, Angenard F, Letoumelin P, Gripon P, Guittard Y. Validation de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) par la charge de travail. Réan Urg, 1994,3,118.
- 5- Beubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DRESS Etudes et Résultats 2000 ;72 :1-8.
- 6- Lacroix J, Aseneau M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. Arch Pédiatr 1999 ;6 Suppl 2 :457-8.
- 7- Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP. The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. Pediatr Emerg Care. 1998;14:112-5.
- 8- Rapport au parlement sur la sécurité sociale. Cour des comptes. Les éditions des Jouneaux officiels. Sept 2002 :358-368.
- 9- Humbert B, Riou B. Les enjeux des urgences en France. Soins 2002 ; 664 : 18-21
- 10- Rapport de la commission nationale de restructuration des urgences, présenté au Conseil Economique et Social par le Professeur A. STEG. 1989.
- 11- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. JAMA 1994; 271 : 1909-12
- 12- Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits : meeting an unmet need. JAMA 1994 ; 271 : 1953-4
- 13- Fatovich DM. Emergency medicine. BMJ 2002 ; 324 : 958-62
- 14- Roberts W. The costs of visits to emergency departments. N Eng J Med 1996 ; 334 : 642-6
- 15- Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. n°212. Janvier 2003. 8 pages.
- 16- Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. n° 215. Janvier 2003. 12 pages.
- 17- Rault-Morel Françoise. Epidémiologie de l'asthme aux urgences en Midi-Pyrénées en 2001 et 2002. 62 p. Thèse de médecine ; Toulouse III, 2004 ; n°2004 TOUT3 1004.