

## Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins

*Patients who refer themselves to hospital accident and emergency departments:  
reasons for consulting and how they follow their treatment*

Ladner J<sup>1</sup>, Bailly L<sup>2</sup>, Pitrou I<sup>3</sup>, Tavolacci M-P<sup>4</sup>

### Résumé

**Objectif :** Etudier les comportements de consommation de soins et les modalités de prise en charge chez des patients auto-référés, en fonction de leurs motifs de recours.

**Méthodes :** Entre juillet 2003 et mars 2004, une étude de cohorte prospective a été conduite dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie. Le recours aux soins dans les six mois précédents et les motifs détaillés de recours aux urgences, ont été classés en quatre groupes : plus commode de venir directement aux urgences (G1), médecin traitant non disponible (G2), problème de santé persistant (G3), avis non demandé (G4).

**Résultats :** Au total, 350 patients ont été inclus : 124 dans le G1, 81 dans le G2, 67 dans le G3 et 78 dans le G4. L'âge moyen était de 34,1 ans dans le G1, 40,9 ans dans le G2, 40,2 ans dans le G3 et 42,4 ans dans le G4 ( $p = 0,001$ ). Dans les six mois précédents, le nombre moyen de consultations chez le médecin traitant était de 1,9 dans le G1 ; 3,8 dans le G2 ; 3,2 dans le G3 et 2,7 dans le G4 ( $p = 0,003$ ). Le nombre moyen de consultations aux urgences était de 2,0 dans le G1 ; 1,7 dans le G2 ; 1,6 dans le G3 et 1,1 dans le G4 ( $p = 0,03$ ).

**Conclusion :** Le groupe G1 se distingue des trois autres groupes : patients jeunes, actifs professionnellement, ayant tendance à consulter facilement les services d'urgences. Il y a aujourd'hui une demande des usagers pour une prise en charge rapide et efficace.

**Prat Organ Soins 2008;39(1):33-42**

**Mots-clés :** Recours aux soins ; urgences ; usagers ; comportements ; satisfaction patient.

### Summary

**Aim:** Study how patients who refer themselves to accident and emergency (A&E) departments follow their treatment and healthcare arrangements, depending on their reasons for consulting A&E departments.

**Methods:** Between July 2003 and March 2004, a prospective cohort study was conducted in four A&E departments in Upper Normandy. Healthcare access over the past six months and the reasons given for consulting A&E were categorized into four groups: more convenient to go straight to A&E departments (G1), general practitioner (GP) not available (G2), persisting health problem (G3), opinion not requested (G4).

**Results:** In total, 350 patients were included: 124 in G1, 81 in G2, 67 in G3 and 78 in G4. The average age was 34.1 years in G1, 40.9 years in G2, 40.2 years in G3 and 42.4 in G4 ( $p = 0.001$ ). In the past six months, the average number of GP appointments was 1.9 in G1, 3.8 in G2, 3.2 in G3 and 2.7 in G4 ( $p = 0.003$ ); the average number of A&E appointments was 2.0 in G1, 1.7 in G2, 1.6 in G3 and 1.1 in G4 ( $p = 0.03$ ).

**Conclusion:** Group 1 was different to the other three groups: containing young, professionally active patients tending to consult A&E department easily. Today, there is a demand from users for prompt and effective healthcare services.

**Prat Organ Soins 2008;39(1):33-42**

**Keywords:** Health services accessibility; health services needs and demand; emergency service, hospital; client; behavior; patient satisfaction.

<sup>1</sup> Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU - Hôpitaux de Rouen, UFR de Médecine et Pharmacie, Rouen, France.

<sup>2</sup> Interne de santé publique, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU - Hôpitaux de Rouen, UFR de Médecine et Pharmacie, Rouen, France.

<sup>3</sup> Interne de santé publique, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU - Hôpitaux de Rouen, UFR de Médecine et Pharmacie, Rouen, France.

<sup>4</sup> Praticien hospitalier, Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU - Hôpitaux de Rouen, UFR de Médecine et Pharmacie, Rouen, France.

Adresse pour correspondance : Dr Joël Ladner, Département d'épidémiologie et de santé publique, Centre hospitalier universitaire - Hôpitaux de Rouen. Hôpital Charles Nicolle, 1 rue de Germont, F-76031 Rouen Cedex.

e-mail : Joël.Ladner@chu-rouen.fr ou joel.ladner@univ-rouen.fr

## INTRODUCTION

Depuis 1996, l'accroissement des recours aux services hospitaliers des urgences, avec plus de 14 millions de passages en 2004 et une progression moyenne de 2,8 % par an, constitue une préoccupation récurrente pour la politique de santé [1-4]. Cette augmentation traduit le fait qu'une majorité de patients consulte pour des pathologies relevant de la médecine ambulatoire libérale. Elle est à l'origine d'un triple constat : la prise en charge non justifiée de patients par une structure spécialisée et coûteuse, un afflux de patients vus pour une urgence souvent plus sociale que médicale, le hiatus entre « accueil » et « urgences » et l'embolisation de certains services d'urgences entraînant la diminution de la qualité de la prise en charge des urgences vitales. Nombre de ces passages correspondent à des pathologies bénignes, où l'expression de la demande de soins ne nécessite pas une prise en charge immédiate et spécialisée [5-7].

Pour tenter d'expliquer cette augmentation, plusieurs hypothèses ont été discutées, notamment celle sur les changements du comportement des usagers au cours du temps, avec une forte augmentation des demandes pour des soins non urgents et pour des patients auto-référés, c'est-à-dire venus sur leur propre initiative, non adressés par un professionnel de santé de ville (médecin généraliste ou spécialiste) [6-12].

En 2002, l'enquête nationale sur l'activité des services d'urgences montrait que 70 % des usagers vus dans les services hospitaliers d'urgences étaient auto-référés, ce mode d'entrée concernait 80 % des patients âgés de moins de 50 ans. Moins de 2,5 % de tous les patients accueillis ont nécessité des actes lourds de réanimation pour préserver le pronostic vital. Globalement, trois-quarts des patients ont bénéficié d'au moins un acte diagnostique ou d'un geste thérapeutique aux urgences, 43 % en ayant eu au moins deux. Un patient sur cinq était hospitalisé après son passage aux urgences [2, 13].

Qui sont les usagers venus par auto-référence aux urgences ? Quels motifs peuvent expliquer ce mode de recours ? La population est très hétérogène et très diverse au regard des raisons de sa venue aux urgences. Des motifs très divers, sanitaires, socio-culturels, financiers, favorisent le recours spontané aux urgences. Une étude conduite sur la typologie des usagers auto-référés et référés des services d'urgences à partir de l'enquête nationale urgences a identifié six profils d'usagers, notamment ceux victimes de petits accidents et des usagers avec des pathologies somatiques qui décident eux-mêmes de se rendre aux urgences et

des usagers dont l'avis n'a pas été demandé [13]. En France, alors que les patients auto-référés réalisent environ 10 millions de passages annuels aux urgences, très peu d'études se sont intéressées à eux, aux raisons qui ont décidé l'utilisateur de recourir aux urgences, à leurs caractéristiques socio-démographiques, à leur environnement sanitaire, et à l'organisation de leur prise en charge dans les services d'urgences.

En se basant sur les raisons de recours aux urgences chez des usagers auto-référés, l'objectif de cette étude était d'étudier les caractéristiques socio-démographiques, les comportements de consommation de soins, les modalités de prise en charge dans les services d'urgences et leur satisfaction.

## MÉTHODES

### 1. Schéma d'étude

Entre juillet 2003 et mars 2004, une étude de cohorte prospective a été conduite dans quatre services hospitaliers d'urgences en Haute-Normandie : le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) de l'hôpital Charles Nicolle du centre hospitalier et universitaire (CHU) de Rouen ; le SAU du centre hospitalier d'Elbeuf ; l'unité de proximité, accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) de l'hôpital de St Julien du CHU de Rouen ; l'UPATOU du centre hospitalier (CH) de Bernay.

### 2. Procédures d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient les suivants : avoir plus de 18 ans, être auto-référé, présenter une situation clinique appartenant à la Classification clinique des malades aux urgences (CCMU) 1 et 2 et accepter les modalités d'inclusion et de suivi dans la cohorte. Un consentement écrit était recueilli. La CCMU est une échelle de gravité en cinq classes : les CCMU 1 et 2 correspondent à des états qui ne sont pas jugés comme susceptibles de s'aggraver, la différence entre le niveau 1 et 2 est liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique ; la CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver, les classes 4 et 5 correspondent à un pronostic vital engagé [14].

Le questionnaire d'inclusion était administré en face-à-face et complété par deux enquêteurs (étudiants en médecine), sur des périodes de six heures tirées au sort, incluant les week-ends, jours fériés et nuits. Tous les patients répondant aux critères d'inclusion étaient consécutivement vus. Seulement trois patients ont refusé d'être inclus.

Pour chaque patient inclus, nous avons recueilli le profil socio-démographique (sexe, âge, activité professionnelle, niveau d'éducation et de revenus) ainsi que l'environnement socio-sanitaire (couverture sociale : la disponibilité d'une assurance complémentaire de type mutuelle ou assurance privée, le bénéfice de la couverture médicale universelle, l'existence d'un médecin traitant et/ou spécialiste, l'ancienneté de l'existence du médecin traitant et le comportement de recours aux soins) et la trajectoire de soins dans les six mois précédents (l'inclusion (nombre de consultations auprès du médecin traitant, du médecin spécialiste, d'un autre médecin généraliste, du médecin de garde et aux urgences, le nombre d'examen complémentaires). Aux urgences, les modalités de la prise en charge étaient collectées (le diagnostic posé, les diagnostics regroupés en catégories nosologiques, les examens complémentaires et les actes thérapeutiques réalisés, le devenir du patient, à la sortie des urgences). Enfin, l'avis du médecin senior des urgences, qui avait pris en charge le patient, était demandé sur la justification ou non de la venue aux urgences.

Nous avons recueilli les motifs de recours aux urgences : les explications fournies par le patient sur les raisons de la venue aux urgences étaient recueillies sous forme d'une réponse libre, rédigée par l'enquêteur. Dans un second temps, ces réponses ont été classées par deux investigateurs (JL, LB) dans l'un des quatre groupes suivants :

- Groupe 1 (G1) : les usagers estimant qu'il était plus rapide et commode de venir directement aux urgences hospitalières que de se rendre chez un médecin de ville.
- Groupe 2 (G2) : les usagers ayant pris contact avec leur médecin traitant, mais celui-ci n'était pas disponible (absent, remplaçant, délai de rendez-vous trop long).
- Groupe 3 (G3) : les usagers vus par un médecin de ville, mais dont le problème de santé persistait.
- Groupe 4 (G4) : les usagers, dont l'avis n'a pas été demandé, emmenés aux urgences par leur famille, leur entourage ou les pompiers.

### 3. Procédures de suivi

Un mois (M1) après leur admission aux urgences, les usagers étaient suivis par téléphone par une enquêtrice (entre 18 h et 20 h). La satisfaction, suite au passage aux urgences, était évaluée par une échelle de Lickert à cinq points (très satisfait, satisfait, pas satisfait, pas du tout satisfait, ne sais pas). Quatre domaines de satisfaction ont été étudiés : accueil de l'équipe soignante, explications

données par le médecin, temps d'attente aux urgences et la prise en charge (diagnostique et thérapeutique).

### 4. Méthodes statistiques

Les variables qualitatives ont été comparées par le test du  $\chi^2$  ou le test exact de Fisher. Les moyennes ont été comparées par analyse de variance (ANOVA et test de Kruskal-Wallis). Les analyses ont été faites sous Statview 5.0 (SAS® Institute Inc.). Le seuil de significativité a été considéré à 5 %.

## RÉSULTATS

Au total, 350 patients auto-référés ont été inclus dans la cohorte. Le tableau I présente les caractéristiques socio-démographiques et socio-sanitaires des patients. Deux cent quarante-deux patients (69,1 %) ont été inclus dans un SAU (142 à l'hôpital Charles Nicolle du CHU de Rouen, 100 au CH de Elbeuf) et 108 dans un UPATOU (91 à l'hôpital St Julien du CHU de Rouen, 17 au CH de Bernay).

Parmi les quatre motifs de recours aux urgences, 124 patients (35,4 %) ont affirmé qu'il était plus facile et commode de venir directement aux urgences (G1) ; 81 patients (23,1 %) ont déclaré que leur médecin traitant était indisponible (G2) ; 67 patients (19,2 %) sont venus pour la persistance d'un problème de santé (G3) et 78 patients (22,3 %) ont été emmenés par leur famille, l'entourage ou les pompiers (G4).

Le tableau II décrit les caractéristiques socio-démographiques et les recours aux soins dans les six derniers mois précédant l'inclusion dans les quatre groupes. C'est dans le G1 que le sex ratio hommes / femmes était significativement le plus élevé (1,14) et l'âge moyen significativement le plus faible (34,1 ans). Dans le G1, plus des trois-quarts des patients avaient une activité professionnelle, 90 % avaient un médecin traitant (96 % dans les trois autres groupes). Dans les six derniers mois, le nombre moyen de consultations dans un service hospitalier d'urgences était de 2,0 dans le G1, 1,7 dans le G2, 1,6 dans le G3 et 1,1 dans le G4 ( $p = 0,03$ ). Constaté seulement dans le G1, le nombre moyen de consultations aux urgences était plus élevé que le nombre moyen de consultations auprès du médecin traitant (2,0 *versus* 1,9) et que tout autre type de consultation (tableau II).

Le premier recours aux soins en première intention différait significativement selon les groupes : 69,2 % des patients du G1, 87,5 % du G2, 86,1 % du G3 et 76,0 % du G4 ont déclaré consulter leur médecin traitant ; 9,2 % des patients du G1, 3,7 % du G2, 0 % du G3 et 4,0 % du

Tableau I  
Caractéristiques socio-démographiques et socio-sanitaires des 350 patients auto-référés inclus  
(Services hospitaliers d'urgences, Haute-Normandie 2003-2004).

	Nombre	%
<i>Caractéristiques socio-démographiques</i>		
Sex-ratio H:F	0,90	
Age moyen (ET, M) <sup>a</sup>	38,7 (16,2 ; 34,0)	
Niveau d'études :		
Inférieur au baccalauréat	214	61,7
Baccalauréat et plus	133	38,3
Activité professionnelle :		
En activité	216	61,9
Retraité	38	10,9
Chômeur	23	6,6
Etudiant	28	8,0
Sans activité	44	12,6
Revenus mensuels :		
< 1000 €	136	41,6
1000 € - 1500 €	106	32,4
> 1500 €	85	26,0
<i>Caractéristiques socio-sanitaires</i>		
Disponibilité d'une assurance complémentaire	299	85,5
Bénéficiaire de la couverture médicale universelle	29	8,3
Médecin traitant :		
Avoir un médecin traitant	330	94,3
Ancienneté du suivi par le médecin traitant en années (ET, M) <sup>a</sup>	9,8 (7,7 ; 8,0)	
Nombre moyen de consultations par an (ET, M) <sup>a</sup>	5,3 (5,6 ; 3,0)	
Délai moyen de la dernière consultation en semaines (ET, M) <sup>a</sup>	15,1 (26,4 ; 5,0)	
Avoir au moins d'un médecin spécialiste	141	41,6

<sup>a</sup> ET : écart type ; M : médiane.

G4 ont affirmé recourir aux services de garde et surtout les urgences ; 21,7 % des patients du G1, 8,8 % du G2, 13,8 % du G3 et 20,0 % du G4 ont déclaré consulter un pharmacien (p = 0,01).

Dans les quatre groupes, la petite traumatologie (coupures, foulures, contusions, lésions superficielles) était la première catégorie diagnostique retrouvée (respectivement du G1 au G4 : 71,8 %, 40,7 %, 30,4 % et 53,7 %) (tableau III). Les symptômes divers (malaise, douleurs abdominales, fatigue, symptômes mal définis) étaient la seconde catégorie retrouvée dans les quatre groupes (respectivement du G1 au G4, 8,1 %, 16,0 %, 16,7 % et 19,5 %). Les maladies ostéo-articulaires (arthrose, lombalgie, cervicalgies) étaient la troisième catégorie diagnostique retrouvée (respectivement du G1 du G4 : 7,3 %, 12,3 %, 13,6 % et 6,5 %). Plus de 70 %

des patients ont eu au moins un examen complémentaire (biologique, radiologique, électrocardiographique ou autre), sans différence significative entre les quatre groupes. Le nombre moyen d'examen complémentaires réalisés par patient était significativement différent entre les quatre groupes : 1,2 dans le G1, 2,2 dans le G2, 1,9 dans le G3 et 2,2 dans le G4 (p = 0,006). Près de 60 % des patients ont eu au moins un acte thérapeutique aux urgences, avec une différence significative entre les quatre groupes. Au total, neuf patients sur dix ont eu au moins un acte diagnostique et/ou thérapeutique (tableau III).

Après leur passage, près de 13 % des patients de la cohorte ont été hospitalisés, 87 % sont retournés à leur domicile, dont 73 % parmi ces derniers avec une ordonnance. C'est dans le G1 que la plus faible

Tableau II  
Caractéristiques socio-démographiques et recours aux soins dans les six derniers mois des patients auto-référés selon le motif du recours aux urgences (N = 350) (Services hospitaliers d'urgences, Haute-Normandie 2003-2004).

	G1 (n = 124)	G2 (n = 81)	G3 (n = 67)	G4 (n = 78)	P
<i>Caractéristiques socio-démographiques</i>					
Sex ratio H:F	1,14	0,50	0,97	1,05	0,03
Age moyen (ET) <sup>a</sup>	34,1 (13,0)	40,9 (15,2)	40,2 (18,6)	42,4 (18,4)	0,001
Activité professionnelle (%)	75,8	62,5	65,7	71,0	0,18
Etudes niveau bac et plus (%)	41,9	28,7	43,1	38,7	0,22
Revenus mensuels > 1500 € (%)	25,2	27,6	25,8	25,7	0,35
Assurance complémentaire (%)	82,3	85,5	83,6	92,3	0,24
Bénéficiaire de la CMU (%)	10,5	7,0	6,9	3,3	0,37
Avoir un médecin traitant (%)	90,3	98,8	94,0	95,1	0,06
Avoir au moins un médecin spécialiste (%)	29,8	47,5	31,3	34,6	0,06
<i>Recours aux soins dans les six derniers mois</i>					
Au moins une consultation avec (%) :					
Médecin traitant	73,8	86,3	80,6	79,5	0,21
Médecin spécialiste	29,8	47,5	31,3	65,4	0,06
Médecin généraliste <sup>b</sup>	14,6	25,0	26,7	14,1	0,06
Médecin de garde, SOS médecin	4,0	2,5	6,0	1,3	0,42
Urgences hospitalières	23,6	26,6	24,2	27,0	0,94
Médecin	86,1	94,8	89,1	90,9	0,25
Nombre moyen de consultations auprès (ET) <sup>a</sup> :					
Médecin traitant	1,9 (2,1)	3,8 (4,5)	3,2 (3,8)	2,7 (2,6)	0,003
Médecin spécialiste	0,71 (1,7)	0,85 (1,5)	0,49 (1,0)	0,54 (0,89)	0,17
Médecin généraliste <sup>b</sup>	0,23 (0,84)	0,35 (0,74)	0,42 (0,92)	0,19 (0,58)	0,32
Médecin de garde, SOS médecin	0,05 (0,25)	0,02 (0,16)	0,08 (0,32)	0,01 (0,11)	0,33
Urgences hospitalières	2,0 (1,5)	1,7 (2,0)	1,6 (2,2)	1,1 (0,4)	0,03
Médecin	3,4 (3,6)	5,6 (6,3)	4,9 (4,9)	3,9 (3,2)	0,009

<sup>a</sup> ET : écart type.

<sup>b</sup> médecin généraliste autre que le médecin traitant.

proportion d'hospitalisations (7,4 %) et la plus forte proportion de retour à domicile avec une ordonnance (73,7 %) sont constatées. Moins d'un médecin senior sur deux a estimé que la venue du patient aux urgences était justifiée, sans différence significative entre les quatre groupes (tableau III).

A M1, 305 patients ont été contactés par téléphone pour évaluer leur satisfaction : 115 dans le G1, 71 dans le G2, 59 dans le G3 et 60 patients dans le G4. Au total 45 patients ont été perdus de vue, parmi eux trois patients étaient décédés, et 15 patients étaient encore hospitalisés à M1. Les patients perdus de vue étaient significativement plus âgés que les patients suivis à M1 ; les deux groupes ne différaient pas pour les autres variables socio-démographiques (données non présentées).

Les figures 1a à 1d représentent les résultats de la satisfaction pour les quatre domaines évalués : l'accueil aux urgences, les explications fournies par le médecin, le temps d'attente et la prise en charge. Plus de 92 % des patients se sont déclarés satisfaits et très satisfaits de l'accueil : 95,6 % dans le G1, 93,0 % dans le G2, 89,9 % dans le G3 et 88,4 % dans le G4 (p = 0,36). La satisfaction des explications fournies par le médecin était plus faible : 80,7% des patients du G1, 78,9 % dans le G2, 76,3 % dans le G3 et 66,7 % dans le G4 se sont déclarés satisfaits et très satisfaits (p = 0,33). Concernant le temps d'attente : 79,8 % des patients du G1, 76,1 % dans le G2, 71,2 % dans le G3 et 77,0 % ont affirmé être très satisfaits et satisfaits (p = 0,73). La satisfaction de la prise en charge est élevée, 94,8 % des patients du G1, 85,9 % dans le G2, 88,2 % dans le G3 et 86,7 % dans le G4 se sont déclarés satisfaits et très satisfaits (p = 0,18).

Tableau III  
Prise en charge aux urgences et devenir des patients auto-référés selon le motif du recours aux urgences (N = 350)  
(Services hospitaliers d'urgences, Haute-Normandie 2003-2004).

	G1 (n = 124)	G2 (n = 81)	G3 (n = 67)	G4 (n = 78)	p
Pathologie :					
Médicale	28,2	59,3	60,6	49,3	< 10 <sup>-4</sup>
Traumatologique	71,8	40,7	30,4	53,7	
Examens complémentaires :					
Au moins un examen (%)	71,8	67,9	67,2	78,2	0,41
Nombre moyen d'examens (ET) <sup>a</sup>	1,2 (1,4)	2,2 (2,9)	1,9 (2,1)	2,2 (2,0)	0,006
Au moins un examen radiologique (%)	58,1	38,3	31,3	37,2	0,0008
Nombre moyen d'examens radiologiques (ET) <sup>a</sup>	1,1 (0,43)	1,1 (0,30)	1,1 (0,48)	1,2 (0,49)	0,61
Au moins un examen biologique (%)	7,3	18,5	25,4	29,5	0,0003
Nombre moyen d'examens biologiques (ET) <sup>a</sup>	2,0 (0,87)	1,7 (1,0)	1,4 (0,70)	1,7 (0,98)	0,23
Actes thérapeutiques :					
Au moins un acte (%)	50,0	33,3	37,3	29,5	0,01
Nombre moyen d'actes (ET) <sup>a</sup>	0,05 (0,39)	0,27 (0,74)	0,16 (0,59)	0,18 (0,66)	0,05
Médicamenteux (%)	9,7	26,0	24,0	17,4	
Petite chirurgie, attelle, pansement, plâtre (%)	90,3	74,0	76,0	83,7	0,19
Au moins un examen ou un acte thérapeutique (%)	89,3	94,9	85,1	93,4	0,16
Devenir (%) :					
Hospitalisation	7,4	15,2	16,4	15,8	
Retour à domicile sans ordonnance	18,9	20,3	28,4	30,3	0,06
Retour à domicile avec une ordonnance	73,7	64,5	55,2	53,9	
Justification de la venue par le senior (%)	45,9	41,3	34,8	50,7	0,26

<sup>a</sup> ET : écart type.

## DISCUSSION

Dans l'enquête nationale urgences, près des trois quarts des patients sont venus directement aux urgences sans contact médical préalable [2]. On peut supposer qu'au regard des motifs de venue aux urgences, la population est très hétérogène. Dans une population de patients uniquement auto-référés, notre étude a identifié à partir de quatre motifs principaux de recours aux urgences des profils socio-sanitaires et des trajectoires de soins différentes. Parmi ces quatre groupes, le groupe G1, celui des patients venus en quelque sorte par facilité aux urgences, se distingue des trois autres groupes : ce sont des patients jeunes, actifs professionnellement, ayant un niveau d'éducation plus élevé et ayant moins fréquemment un médecin de famille. Ces patients ont aussi un comportement de recours aux soins différents : ils ont tendance à consulter directement les services d'urgences, ignorant le système de soins libéral ambulatoire. Ainsi dans les six derniers mois ils ont plus

souvent consulté un service d'urgences qu'un médecin généraliste libéral. Pour les quatre groupes, une certaine familiarité avec les services hospitaliers d'urgences est retrouvée, un quart des patients était déjà venu aux urgences dans les six derniers mois. Ce résultat est comparable aux 36 % des patients venus aux urgences dans le passé, retrouvés dans l'enquête nationale urgences [2].

Notre étude présente au moins trois limites. Un éventuel biais de classement dans la constitution des quatre groupes. Du fait que le motif ayant justifié la venue aux urgences était déclaratif, le risque que certains patients n'aient pas déclaré le motif réel, existe bien. Néanmoins, le classement du patient dans l'un des quatre groupes par les deux investigateurs à distance et sur l'examen du dossier d'inclusion, à partir des explications détaillées fournies par le patient, a certainement permis de limiter ce biais de classement. Sur le recueil des consommations de soins dans les six mois précédant l'inclusion, la pré-

Figures 1a-d.

Satisfaction des patients auto-référés selon le motif de recours aux urgences (N = 305).  
 Les résultats sont exprimés en pourcentages. (Services hospitaliers d'urgences, Haute-Normandie 2003-2004).

Figure 1a  
 Satisfaction pour l'accueil aux urgences

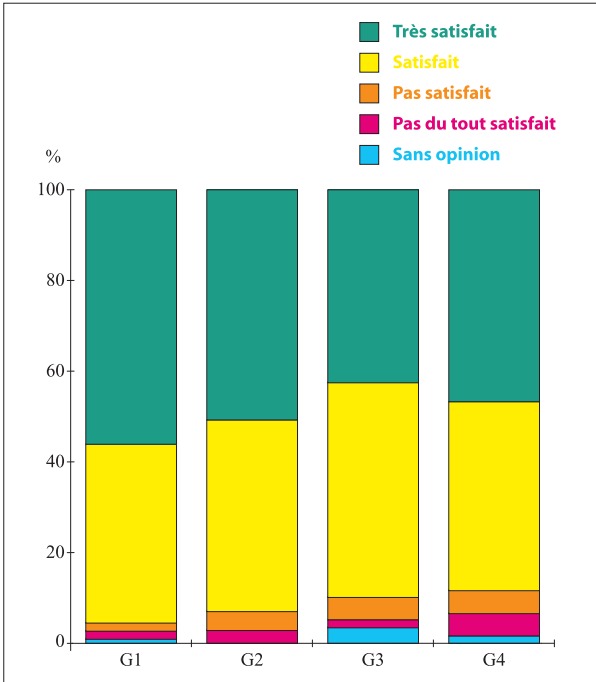


Figure 1b  
 Satisfaction pour les explications fournies par le médecin

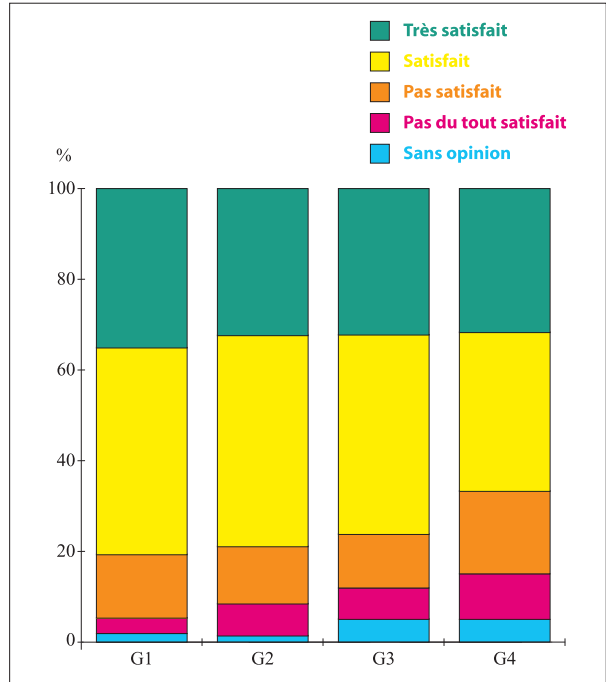


Figure 1c  
 Satisfaction pour le temps d'attente aux urgences

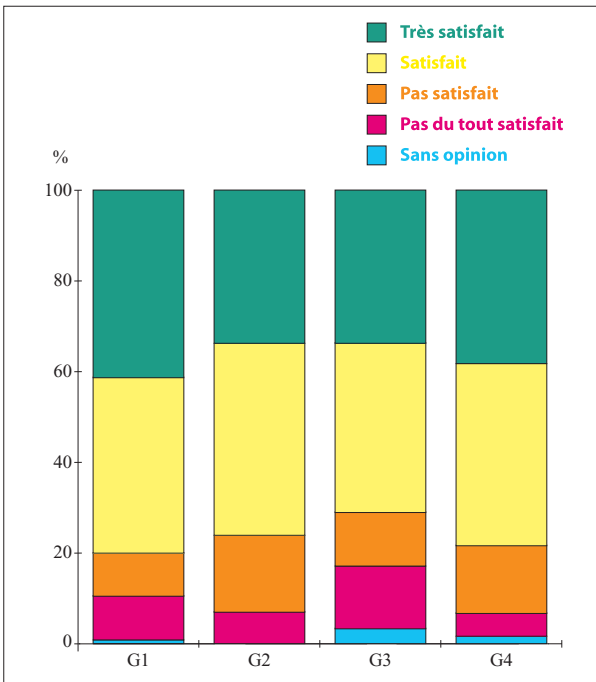
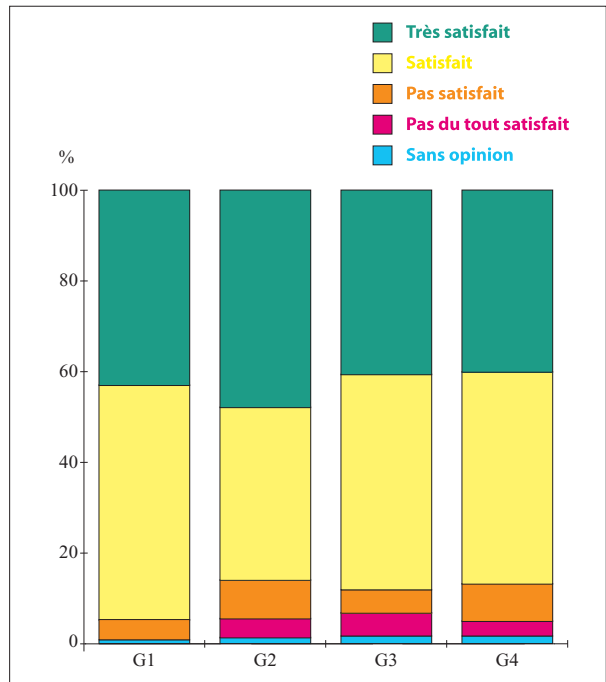


Figure 1d  
 Satisfaction pour la prise en charge



sence d'un biais de mémorisation ne peut être écartée, surtout pour les patients ayant eu de nombreux recours aux soins. Le recueil rétrospectif limité à un délai de six mois et le peu d'inclusion de patients lourds (en termes de recours aux soins), ont permis de limiter cette éventualité. Entre l'inclusion et le suivi à un mois, 13 % des patients inclus ont été perdus de vue, certains étaient encore hospitalisés et n'ont pas pu être contactés, d'autres ont refusé *a posteriori* le principe du suivi.

Parmi les malades reçus aux urgences, les plus jeunes ont tendance à privilégier une médecine rapide, technique et efficace ; alors que leurs aînés ont conservé une porte d'entrée plus traditionnelle dans leur parcours de soins : le médecin de famille. Au-delà, se pose la question d'une modification de la relation personnalisée avec le médecin traitant. Paradoxalement, dans notre étude, plus de neuf patients sur dix avaient un médecin traitant (et depuis de nombreuses années), ce qui montre un attachement à la médecine libérale ambulatoire. Mais ils voulaient avoir un accès rapide et efficace, être rassurés, voire se faire confirmer le diagnostic posé par le médecin traitant. La non-personnalisation du contact avec l'équipe soignante des urgences est très certainement vécue comme un avantage par les patients du G1 [12]. Par ailleurs, leur satisfaction est très élevée, signifiant que les urgences ont « rendu service » et résolu le problème de santé. Ces différentes observations témoignent de la complexité socio-culturelle de la demande de la population pour une prise en charge médicalisée rapide et efficace [15-17].

Le profil montre que les recours spontanés aux urgences sont schématiquement plus le fait de citadins, jeunes, en activité, au niveau d'éducation élevée et aux revenus modestes. Les revenus modestes ne paraissent pas avoir un impact majeur, on se situe plus dans le cadre de comportements de soins, qui paraissent en évolution [18]. L'offre libérale (surtout avant la réforme du médecin traitant) a concentré, avec succès, ses efforts sur certains profils de clientèle (personnes âgées, inactifs ayant du temps) et a négligé une population ayant des contraintes de travail et de temps. Au cours des années, le créneau d'accès à son médecin traitant s'est réduit (horaires, délais de rendez-vous longs), et cette réduction va certainement encore s'accroître dans certaines régions de France, au regard des projections de démographie médicale en médecine générale. Par ailleurs, l'évolution de la pratique médicale a accentué ce phénomène de recours aux urgences. L'accroissement du nombre d'examen complémentaires demandés oblige à des déplacements, voire une prise de congés pour réaliser les bilans demandés. Aux urgences, le gain de temps et la facilité sont réelles : en deux à trois heures, les examens biologiques et radiologiques sont pratiqués, la thérapeutique assurée et le patient a

consulté directement un spécialiste. Des atouts indéniables pour une population jeune, éduquée, informée et active.

La traumatologie est la principale cause de venue aux urgences, un patient sur deux vient pour une pathologie traumatique bénigne ; un patient sur deux a eu un examen radiologique. Pour ces patients aux pathologies traumatologiques bénignes (foules, contusions, plaies), une prise en charge en ville aurait-elle été possible ? Certainement oui, mais elle aurait été non concurrentielle aux urgences en termes de rapidité et de souplesse. Mais en tant que prise en charge totale en ambulatoire, la réponse est très certainement affirmative.

Indépendamment du motif de recours, la prise en charge reste lourde : près de trois-quarts des patients ont eu au moins un examen complémentaire, neuf sur dix ont bénéficié au moins d'un acte diagnostique et/ou un acte thérapeutique. La revue de dossiers cliniques, réalisée conjointement par des médecins généralistes et des médecins urgentistes, pourrait permettre d'évaluer et de valider tout d'abord la venue aux urgences, ensuite les actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Seulement près de quatre passages sur dix ont été justifiés par le médecin senior des urgences, sans différence significative entre les quatre groupes.

Globalement, la satisfaction est forte. En France, à notre connaissance, très peu d'études ont mesuré la satisfaction des patients aux urgences [19]. Cette étude a permis de montrer que les patients étaient très satisfaits de l'accueil et de la prise en charge médicale, en quelque sorte de la compétence technique dans les services. L'étude de la littérature montre que le niveau de satisfaction est lié essentiellement au savoir-faire technique, mais aussi à la qualité de communication des soignants [19, 20]. Le contenu des informations médicales est aussi important que la technicité et l'accueil, mais c'est dans ce domaine que la satisfaction est plus faible, des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude nationale anglaise *Emergency Survey 2004/2005* [21]. La relation patient-médecin reste un élément clef de la satisfaction [20, 22].

La demande de la population ne correspond pas véritablement aux caractéristiques de l'offre de soins. Il y a une inadéquation entre l'offre de soins urgents disponible et la réponse dont relève la demande de la population pour une prise en charge rapide et souple. On assiste à une évolution de la demande des usagers, sans une réelle adaptation du système de santé pour répondre à cette demande évolutive [18]. Par ailleurs, l'offre de soins dans le cadre de l'urgence n'est pas suffisamment lisible et compréhensible par l'utilisateur [23].



Le décret du 22 mai 2006 supprimant les concepts d'UPATOU et de SAU et les transformant en « structures d'urgences » ne changera certainement pas cette problématique. L'absence d'une politique de santé en matière d'aide médicale d'urgence explique aussi certainement cette situation. L'adéquation entre l'offre de soins et les spécificités de la demande de la population n'est pas seulement d'ordre médical, mais aussi d'ordre sociologique et sociétal.

En conclusion, la demande de soins « urgents » représente un phénomène complexe qui résulte de nombreuses raisons et cristallise des facteurs socioculturels diversifiés. De son côté, l'utilisateur recherche un service qui, en deux à trois heures, va prendre en charge techniquement et résoudre son problème de santé. Les services d'urgences demeurent aujourd'hui les seules structures aptes à répondre à une telle demande. Il y a manifestement aujourd'hui une demande des usagers pour une prise en charge rapide, souple et efficace.

#### Remerciements

Nous remercions vivement Madame Sophie El Koubi pour la gestion du suivi des patients. Nous remercions aussi Marie Caujolle, Aurélie Desjouis, Guillaume Perrot et Olivier Suaud pour la qualité de leur travail dans les services d'urgences.

Cette étude a été financée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans le cadre de son appel d'offre national 2003.

#### RÉFÉRENCES

1. Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2006. N°524.
2. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N°212.
3. Capewell S. The continuing rise in emergency admissions. *BMJ* 1996;312: 991-2.
4. Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *BMJ* 1999;319:845-8.

5. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996;50:456-62
6. Pereira S, Oliveira e Silva A, de Freitas AF. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med* 2001;37:580-6.
7. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons—an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
8. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997;13:223-8.
9. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med* 1997;15:133-6.
10. Petersen LA, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Non-urgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998;36:1249-55.
11. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117:250-5.
12. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995;40:469-77.
13. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et Résultats ; 2003. N°215.
14. Fourestié V, Roussignol E, Elkarrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Réan Urg* 1994;3:573-8.
15. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003; 41:309-18.
16. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency departments users. *Acad Med* 2003;10:320-8.
17. Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross sectional study. *Soc Sci Med* 2004;59:813-23.
18. Brun N. Les urgences : point de vue des usagers. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2005;(52):58-9.
19. Franck-Soltysiak M, Court C. Délais d'attente et satisfaction des patients aux urgences chirurgicales d'un centre universitaire. *Presse Med* 2002;3:1690-5.

20. Boudreaux ED, O'Hea EL. *Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med* 2004;26:13-26.

21. Healthcare Commission. *Patient survey report 2004/2005. London: Emergency Department Survey 2004/2005, NHS Survey, Advice Centre ; 2005.*

22. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adam SL. *Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. J Behav Med* 1998;21:543-63.

23. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J et al. *Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique* 2004;16:63-74.