



UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

Thèse N°

**ETUDE DESCRIPTIVE ET RETROSPECTIVE DES MOTIFS
D'ADMISSION ET DIAGNOSTICS DE SORTIE DANS UN SERVICE
D'URGENCE : PROFIL DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
DU CENTRE HOSPITALIER DE TULLE**

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 3 Octobre 2014

Par

Amélie THOMAS

née le 4 juillet 1986, à Villefranche de Rouergue (12)

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Philippe Vignon Président
Monsieur le Professeur Daniel Buchon Juge
Madame le Professeur Nathalie Dumoitier Juge
Madame le Docteur Christine Vallejo Juge
Madame le Docteur Françoise Beaujean-Sisti Directrice de Thèse



UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

Thèse N°

**ETUDE DESCRIPTIVE ET RETROSPECTIVE DES MOTIFS
D'ADMISSION ET DIAGNOSTICS DE SORTIE DANS UN SERVICE
D'URGENCE : PROFIL DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
DU CENTRE HOSPITALIER DE TULLE**

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 3 Octobre 2014

Par

Amélie THOMAS

née le 4 juillet 1986, à Villefranche de Rouergue (12)

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Philippe Vignon Président
Monsieur le Professeur Daniel Buchon Juge
Madame le Professeur Nathalie Dumoitier..... Juge
Madame le Docteur Christine Vallejo..... Juge
Madame le Docteur Françoise Beaujean-Sisti Directrice de Thèse

2 rue du Dr Marcland
87025 Limoges cedex
Tél. 05 55 43 58 11
Fax 05 55 43 58 01
www.unilim.fr



DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S. = Chef de Service

ABOYANS Victor
ACHARD Jean-Michel
ADENIS Jean-Paul
ALAIN Sophie
ALDIGIER Jean-Claude
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S.)
ARNAUD Jean-Paul

AUBARD Yves (C.S.)
AUBRY Karine
BEDANE Christophe (C.S.)
BERTIN Philippe (C.S.)
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)
BONNAUD François
BORDESSOULE Dominique (C.S.)
CHARISSOUX Jean-Louis

CLAVERE Pierre (C.S.)
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)
COGNE Michel (C.S.)
COLOMBEAU Pierre
CORNU Élisabeth

COURATIER Philippe (C.S.)
DANTOINE Thierry (C.S.)

DARDE Marie-Laure (C.S.)
DAVIET Jean-Christophe

DESCAZEAUD Aurélien
DESSPORT Jean-Claude
DRUET-CABANAC Michel (C.S.)
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)
ESSIG Marie (C.S.)
FAUCHAIS Anne-Laure (C.S.)

CARDIOLOGIE
PHYSIOLOGIE
OPHTALMOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
O.R.L.
DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
THERAPEUTIQUE
O.R.L.
PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
RADIOTHERAPIE
PSYCHIATRIE D'ADULTES
IMMUNOLOGIE
UROLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO
VASCULAIRE
NEUROLOGIE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDECINE PHYSIQUE ET DE
READAPTATION
UROLOGIE
NUTRITION
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
UROLOGIE
NEPHROLOGIE
MEDECINE INTERNE

FEISS Pierre
FEUILLARD Jean (C.S.)
FOURCADE Laurent (C.S.)
FUNALOT Benoît
GAINANT Alain
GUIGONIS Vincent
JACCARD Arnaud
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile
LABROUSSE François (C.S.)

LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S.)

LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S.)
LOUSTAUD-RATTI Véronique
MABIT Christian (C.S.)
MAGY Laurent
MARQUET Pierre (C.S.)
MATHONNET Muriel
MELLONI Boris (C.S.)
MERLE Louis
MONTEIL Jacques (C.S.)
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)
MOULIES Dominique
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S.)
PARAF François (C.S.)

PLOY Marie-Cécile (C.S.)
PREUX Pierre-Marie (C.S.)

ROBERT Pierre-Yves (C.S.)
SALLE Jean-Yves (C.S.)

SAUTEREAU Denis (C.S.)
STURTZ Franck (C.S.)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)
VALLAT Jean-Michel
VALLEIX Denis (C.S.)
VERGNENEGRE Alain

VERGNE-SALLE Pascale
VIDAL Élisabeth
VIGNON Philippe (C.S.)
VINCENT François
VIROT Patrice (C.S.)
WEINBRECK Pierre (C.S.)
YARDIN Catherine (C.S.)

ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
 HEMATOLOGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDIATRIE
 HEMATOLOGIE
 IMMUNOLOGIE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE
 PATHOLOGIQUES
 MEDECINE VASCULAIRE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
 VASCULAIRE
 PEDIATRIE
 HEPATOLOGIE
 ANATOMIE
 NEUROLOGIE
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
 CHIRURGIE DIGESTIVE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
 MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
 SANTE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
 SANTE ET PREVENTION
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET DE
 READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET
 MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA
 SANTE ET PREVENTION
 THERAPEUTIQUE
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION
 PHYSIOLOGIE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE 4

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ÉMÉRITES :

BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
DENIS François	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	O.R.L.
VANDROUX Jean-Claude	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS

HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S.)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE – VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE :

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
----------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS :

BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ À MI-TEMPS :

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------



Le 1^{er} mai 2013

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BELLIER Rémy	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
CROS Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FREDON Fabien	ANATOMIE
HODLER Charles	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NEGRIER Laurent	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
PHILIPPE Grégory	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIZZO David	HEMATOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOMAS Céline	ANATOMIE (Service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne)
VERGNENEGRE Guillaume	ANATOMIE (Service d'Orthopédie Traumatologie)
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABRAHAM Julie	HEMATOLOGIE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
AYOUB David	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARREAU Germain	OPHTALMOLOGIE
BEDIN Bertrand	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
BEGOT Emmanuelle	REANIMATION
BEHRA-MARSAC Aurélie	RHUMATOLOGIE
BENACQUISTA Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BENHAMI Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
BERGER Julien	UROLOGIE
BILAND Guillaume	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOUYGUES Antoine	GASTRO-ENTEROLOGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CAUTRES Thomas	CARDIOLOGIE

CHAMBARAUD Tristan
CHAMPY Pauline
CHERRIERE Sylvain
CYPIERRE Anne
DELMAS Juliette
DONADEL Lorène
DURAND Lise-Marie
EGENOD Thomas
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia
ETTAIF Hind
FAUGERAS Frédéric
GANTOIS Clément
GARDET Emmanuel

GARUCHET-BIGOT Angéline
HAMONET TORNAY Julia

LANOE Matthieu
LAYRE Brice
LERAT Justine
MAAZI Nizar
MARTEL Clothilde
MATHIEU Pierre-Alain
MONNIER Grégory
NANDILLON Aurélie
NASSOURI Adjoa-Sika
NEGRIER Franck
PAGES Pierre-Alain
PELISSIER Maxime

PONOMARJOVA Sanita

PONSONNARD Anne
RABIN Magalie
TCHALLA Achille

THOUY François
VANDEIX Elodie
VINCENT Magalie

NEPHROLOGIE
REANIMATION
O.R.L.
MALADIES INFECTIEUSES
OPHTALMOLOGIE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
PNEUMOLOGIE
DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NEUROLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MEDECINE PHYSIQUE et de
READAPTATION
UROLOGIE
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
O.R.L.
CARDIOLOGIE
MEDECINE INTERNE A
CHIRURGIE INFANTILE
PSYCHIATRIE d'ADULTES
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MEDECINE INTERNE B
RADIOTHERAPIE
CARDIOLOGIE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
(Chef de clinique associé du 01-11-2012 au 31-10-2013)
PEDOPSYCHIATRIE
NEUROLOGIE
GERIATRIE et BIOLOGIE du
VIEILLISSEMENT
MEDECINE INTERNE A
CANCEROLOGIE
GASTRO-ENTEROLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

LAUCHET Nadège

Remerciements

Au président de jury,

Monsieur le Professeur VIGNON,

Professeur de Réanimation Médicale à la Faculté de Médecine de Limoges

Vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de mon jury de thèse.
Soyez assuré de ma grande estime et de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur BUCHON,

Professeur de médecine générale à la Faculté de Médecine de Limoges

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail en acceptant de le juger.
Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Madame le Professeur DUMOITIER,

Professeur de médecine générale à la Faculté de Médecine de Limoges

J'apprécie l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de ce jury.
Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

Madame le Docteur VALLEJO,

Chef de service des urgences du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges

Madame, vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.
Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur BEAUJEAN-SISTI Françoise,

Chef de service des urgences du Centre Hospitalier de Tulle

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse.
Merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Merci pour l'encadrement et l'enseignement lors de mon stage et mes nombreuses gardes aux urgences de Tulle.
Merci de m'avoir donné la motivation de faire ce DESC de médecine d'urgence.
Merci pour la suite...

A mes parents,

Sans qui j'aurai abandonné tant de fois...
Merci pour votre soutien,
Si je suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous...
Je vous aime,

A ma soeurette, Lise,

Désolé de mon absence si répétée...
A ton « CAP de médecine »

A mes grands-mères, Riette et Ray

Vos gâteaux, vos aligots... me reconfortaient lors de mes dimanches studieux.

A mon grand père, Dédé

Tu m'as oubliée mais c'est pour toi aussi que j'ai fait ce beau métier...

A mon deuxième grand père parti trop tôt, Jojo

Je l'ai fait Papy, je l'ai fait...

A mes cousins, Juju et Didou

Vous êtes mes rayons de soleil...

A mon unique et meilleure tatie, Manu et à Jean Claude

Merci de votre soutien moral
A nos parties de pêche aux écrevisses...

A ma famille

A nos repas toujours aussi joyeux

A mes copines de toujours : Lénou, Sam, Manou

Nos journées shopping détentes
La Rochelle, Montluçon, Paris...
Et Limoges...et l'Aveyron... et Limoges... et l'Aveyron...

A ma bande de copains : Sam et Dam, Manou et David, Céline, Flo et Auré, Hélène et Christophe, Sylvain, Jouis, Rémi, Candy et PY

A nos soirées disco, à nos réveillons farfelus, à nos week end mer...

A ma Julie,

Une petite touche aveyronnaise à la faculté mais surtout une belle amitié

A mes copains de Faculté : Delphine, Sandra, Julie, Alex, Moussa, Timothée, Marion, Thomas, Vincent...

Plus spécifiquement Marie et Emilie, mes copines tullistes... nos soirées crêpes...

Une grosse pensée pour **mon arrière grand-mère, Jeanne,**

Ta générosité et ta gentillesse m'ont donné des ailes...

A l'équipe des urgences de Tulle et du SAMU 19,

Merci pour tout ce que vous m'avez appris et ce que vous continuerez à m'apprendre,
Vous m'avez poussée et convaincue à faire ce DESC de médecine d'urgence,
A nos gardes de folie et aux prochaines...

Au SAMU 87 et au service des urgences de Limoges,

A mon baptême d'hélicoptère.

A l'équipe des urgences pédiatriques de Limoges,

Non l'enfant n'est pas un adulte en miniature,
A nos sutures « kalinoxées », au « méopatage »
A de belles rencontres,

Merci également à tous **mes maîtres de stage** qui m'ont fait partager leur travail et leur savoir.

A Mme Bahans, pour son aide précieuse de biostatiticienne,

A Marie Hélène et Patrick Hatton pour leurs cours d'Excel le dimanche après midi...

A Vincent, pour l'impression de ce long et fastidieux travail,

Et bien sûr à tous ceux que j'oublie mais qui ont participé de près ou de loin à cette thèse...

Sommaire

Introduction
Abréviations

PARTIE 1: GENERALITES

I) SAU: service d'accueil des urgences

- I.1. Définition d'un SAU
- I.2. Historique des SAU
- I.3. Recommandations selon la SFMU
 - I.3.1. Organisation d'un SAU
 - I.3.2. Architecture d'un SAU
- I.4. Définitions d'une urgence selon le patient
- I.5. Classification de l'urgence

II) SAU de Tulle

- II.1. Présentation générale du CH de Tulle
 - II.1.1. Environnement géographique et démographique
 - II.1.2. Historique
 - II.1.3. Personnel
 - II.1.4. Capacité et équipement
 - II.1.5. Activité
 - II.1.6. Organisation en pôles
 - II.1.7. Organisation en sites
- II.2. le SAU de Tulle
 - II.2.1. Généralités
 - II.2.2. Les locaux
 - II.2.3. Le personnel des urgences
 - II.2.4. L'organisation du service
 - II.2.5. Procédure d'orientation des patients hospitalisés à partir du SAU de Tulle
 - II.2.6. Coordination et réseaux de soins

PARTIE 2: ETUDE AU SAU DE TULLE SUR L'ANNEE 2013: Motifs d'admission, diagnostics de sortie

I) Matériel et méthodes

- I.1. Population étudiée
- I.2. Recueil de données
- I.3. Analyse

II) Résultats

- II.1. Population étudiée
 - II.1.1. Nombre total de patients
 - II.1.2. Répartition selon le sexe
 - II.1.3. Répartition selon l'âge
- II.2. Données recueillies à l'admission
 - II.2.1. Répartition selon l'heure et le jour d'admission
 - II.2.2. Répartition selon l'origine du patient
 - II.2.3. Adressé par un médecin
 - II.2.3.1. Résultats globaux
 - II.2.3.2. Profil de la population adressée par un médecin
 - II.2.4. Motifs d'admission
 - II.2.4.1. Résultats globaux
 - II.2.4.2. Motifs d'admission selon les tranches d'âges
 - II.2.4.3. Motifs d'admission et lettre du médecin traitant
 - II.2.5. CIMU
- II.3. La prise en charge médicale aux urgences
 - II.3.1. Les thérapeutiques
 - II.3.2. Les examens complémentaires
 - II.3.3. Les avis spécialisés
 - II.3.4. CCMU
 - II.3.5. Les diagnostics posés
- II.4. La sortie du patient
 - II.4.1. Le devenir
 - II.4.1.1. Résultats globaux
 - II.4.1.2. Description de la population retournant à domicile
 - II.4.1.3. Description de la population hospitalisée
 - II.4.2. GEMSA
 - II.4.3. La durée de prise en charge
- II.5. Comparaison entre le motif d'admission et le diagnostic posé au SAU
 - II.5.1. Etude des cas de "non concordance"
 - II.5.2. Résultats globaux
 - II.5.2.1. Selon l'heure d'arrivée
 - II.5.2.2. Selon les tranches d'âge
 - II.5.2.3. Selon la CCMU
 - II.5.2.4. Adressé par leur médecin
 - II.5.2.5. Durée de prise en charge
 - II.5.2.6. Devenir
 - II.5.3. Pathologies rencontrées dans nos cas de "non concordance"
 - II.5.3.1. Descriptif des cas du week-end hivernal
 - II.5.3.2. Descriptif des cas du week-end estival
 - II.5.3.3. Descriptif des cas de la semaine hivernale
 - II.5.3.4. Descriptif des cas de la semaine estivale

PARTIE 3: DISCUSSION

I) Discussion

- I.1. Points forts de l'étude
- I.2. Limites de l'étude
- I.3. Discussion de nos résultats au SAU de Tulle
 - I.3.1. Résultats globaux
 - I.3.2. Discussion sur la « non concordance » entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie aux urgences

II) Comparaison avec d'autres SAU

- II.1. En Corrèze: SAU de Brive La Gaillarde et SAU d'Ussel
- II.2. En Limousin
 - II.2.1. En Creuse
 - II.2.2. En Haute Vienne
- II.3. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges
- II.4. National
- II.5. Un exemple à l'étranger

III) Améliorations, perspectives

CONCLUSION

Bibliographie

Annexes

Introduction

Les services d'urgences, ouverts tout au long de l'année, 24h/24h, accueillent un flux permanent et croissant de patients.

Qu'ils se présentent d'eux-mêmes sans avis médical préalable ou qu'ils soient adressés par leur médecin traitant, ces patients sont admis pour des motifs multiples et variés, sans nécessairement, loin de là, mise en jeu de leur pronostic vital.

Aussi malgré l'organisation de ces services sans cesse évaluée et améliorée, la durée de séjour aux urgences ne cesse d'augmenter. De plus, le ressenti des personnels (médical et non médical) travaillant dans ces structures est de s'occuper de patients ne relevant pas de « L'URGENCE » mais relevant plutôt d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste directement.

La prise en charge aux urgences ne se limite pas souvent à une simple consultation: des soins sont effectués, des examens biologiques et d'imagerie sont réalisés et des avis spécialistes sont demandés si nécessaire.

Aussi il nous a paru intéressant d'étudier, sur notre structure, sur des périodes données, estivales et hivernales, en semaine et week-end, ce qui amène les patients à venir consulter aux urgences, ce qui est réalisé dans le service, le diagnostic posé à la sortie du SAU par le médecin urgentiste et enfin s'il existe ou non une concordance entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie.

Cette étude du profil du SAU de Tulle a permis de mettre en évidence nos défauts mais aussi nos qualités. Tout ceci dans le but d'améliorer notre prise en charge des patients.

Abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général
AUTRE ETABL : Autre Etablissement
ASH : Agent de Service Hospitalier
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BIO : Biologie
BU : Bandelette Urinaire
BUCSI : Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs
Cardio : Cardiologie
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
Chir dig : Chirurgien Digestif
Chir cardio : Chirurgien Cardiaque
CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10
CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences
Cs : Consultation
CSP : Code de Santé Publique
Dermato : Dermatologie
DMS : Durée Moyenne de Séjour
ECG : Electrocardiogramme
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENDOCRINO : Endocrinologie
EPSILIM : Expertise, Performance et Systèmes d'Information en LIMousin
ETP : Equivalent Temps Plein
Gastro-entéro : gastro-entérologie
GDS : Gaz Du Sang
Gynéco : Gynécologie
HAD : Hospitalisation A Domicile
HB : Hyperbare
Hémato : Hématologie
HME : Hôpital Mère Enfant
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDM : Infarctus Du Myocarde
Infectio : Infectiologie
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IV : Intra-Veineux
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MCOP : Médecine Chirurgie Obstétrique Psychiatrie
MPR : Médecine Physique et Rééducation
Neuro : Neurologie
O² : Oxygénothérapie
Ophtalmo : Ophtalmologie
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

Ortho : Orthopédie
ORULIM : Observatoire Régional des Urgences du LIMousin
PAO : Plan d'Accueil et d'Orientation
PFLA : Pneumopathie Franche Lobaire Aigüe
PDS : Permanence des soins
Pneumo : Pneumologie
Psy : Psychiatrie
RAD : Retour A Domicile
Rhumato : Rhumatologie
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SATU : Service d'Accueil et de Traitements des Urgences
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SIAD : Soins Infirmiers à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
Stomato : Stomatologie
TDM : Tomodensitométrie
Toxico : Toxicologie
Traumato : Traumatologie
UAPSD (ou service Passerelle) : Unité d'Accueil pour Personne en Situation de Détresse
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMH : Unité Mobile Hospitalière
UPATU : Unité de Proximité et de Traitement des Urgences
Uro : Urologie
USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
USIP : Unité Soins Intensifs Polyvalents
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
UTIM : Unité de Transport Intensif Mobile
VOIE PUB : Voie Publique
VSAB : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Blessés
VVP : Voie Veineuse Périphérique
WE : Week End

PARTIE 1: GENERALITES

I. SAU : Service d'Accueil des Urgences

I.1. Définition d'un SAU

L'urgence médicale est multiple. Il est difficile de la définir. Nous retiendrons la définition qu'un juriste, non médecin, René Capitant donne de l'urgence : « caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai ». Cette approche a le mérite d'englober l'urgence qu'elle soit fonctionnelle, vitale ou simplement ressentie.

Selon Dr Martinez-Almoyna, urgentiste au SAMU 75, il définit l'urgence par une formule mathématique : « urgence = [gravité x contrainte sociale] + [Temps avant aggravation irréversible x quantité de soins nécessaires]

MISSIONS D'UN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES : Décret mai 2006 [18]

- Assurer l'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade
- Identifier les problèmes médicaux
- Mettre en route le traitement
- Orienter vers le bon endroit au bon moment
- Accueillir en permanence dans la structure d'urgence toute personne en situation d'urgence : zone d'accueil
- Assurer l'observation, les soins et la surveillance :
 - Au sein de la structure d'urgence
 - En UHCD
 - Dans une structure de l'établissement
 - Vers un autre établissement en assurant le transfert
 - Vers une consultation
 - Vers le médecin de ville

L'activité de médecine d'urgence est règlementée et soumise à autorisation (Article R6122-25 du CSP). L'autorisation est délivrée par l'Agence Régionale de Santé sur la base du SROS, pour une durée limitée. Elle peut s'exercer selon quatre modalités qui ne sont pas exclusives:

1. La régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

2. La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation, appelée SMUR.
3. La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences.
4. La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences pédiatriques.

Les conditions réglementaires sont fixées par les articles R6123 et suivants du CSP.

Dans un grand nombre de structures, l'accueil initial est fait par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), l'examen est fait par un médecin urgentiste ou un étudiant interne, qui établit le diagnostic et effectue les soins, ou bien demande un transfert vers un autre service. Ce transfert peut être géré par un médecin d'accueil et d'orientation (MAO). Dans le cas où la personne arrive par un vecteur sanitaire (ambulance, SMUR, véhicule de prompt-secours des sapeurs-pompiers), le SAMU s'est chargé de prévenir le service des urgences et de lui transmettre les informations en sa possession (du moins en théorie).

Une unité de proximité (UPATOU) est une structure plus légère qu'un SAU ; si elle ne peut pas traiter tous les cas, elle permet d'avoir un bon maillage du territoire et une réponse rapide pour les urgences les plus courantes. L'unité de proximité doit accueillir et procéder à l'examen clinique de toutes urgences, y compris psychiatrique. Si elle ne peut pas traiter elle-même la pathologie, elle doit l'adresser à un autre service de l'établissement, soit à un autre établissement avec lequel a été conclu un contrat de relais (cet établissement ne dispose pas nécessairement d'un service d'urgence), soit vers un service ou pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences après régulation par le Centre 15 du Samu. L'unité de proximité doit en revanche traiter elle-même dans ses locaux et avec ses moyens tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples, qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou une anesthésie locale délicate. Elle peut également, si elle en a les moyens humains et matériels, délivrer des actes chirurgicaux pour lutter contre la douleur.

L'établissement doit être doté d'au moins un service de médecine assurant l'hospitalisation complète ; de services pouvant pratiquer des examens d'imagerie courants (radiologie et échographie) y compris en dehors des heures d'ouverture (par un système de garde), et des examens et analyses biologiques courants (éventuellement sous-traités à un autre établissement assurant les analyses sans délai, après prélèvement dans l'unité de proximité). L'unité de proximité est également une structure gérée par un médecin urgentiste, qui doit permettre l'accueil et l'examen par ce médecin tous les jours et en toute heure. Le personnel doit comprendre au moins, tous les jours et en toute heure : un médecin urgentiste, un(e)

infirmier(e), des aides-soignant(e)s, des agents de service. L'unité de proximité est organisée en trois zones, à l'instar d'un SAU. Elle peut avoir un fonctionnement saisonnier (c'est-à-dire peut être fermée une partie de l'année).

I.2. Historique des SAU

- 1^{er} janvier 1876 : sur proposition du Dr Passant, démarre le système de la permanence des soins médicaux de nuit, pour la population de Paris : 554 médecins participent à ce service de garde, organisé par secteurs qui, dès la première année, effectue 3 816 visites. [29]
- 1880 : création de centres de secours sur lieux de manifestations populaires lors de fêtes nationales, visites de souverains, grands évènements [30]...
- 1890 : présence d'un permanent de chirurgie la nuit dans chaque hôpital.
- 1899 : le ministre de l'intérieur affirmait que "l'admission d'urgence restait, et devait rester, une exception".
- 1900 : création d'un service accueillant les victimes des attentats anarchistes parisiens et blessés de guerre.
- 1907 : décision de doubler les gardes : un interne en médecine et un en chirurgie.
- 1936 : création du premier hôpital spécialisé dans l'urgence : *Marmottan* : hôpital de secours réservés aux accidentés [31].
- 1941: service, sous la coupe de l'Etat, qui en fait des centres de soins ouverts à tous, et non plus réservés aux personnes défavorisées.
- De 1941 à 1943, une loi et un décret créent une obligation pour l'hôpital, qui « doit comprendre un poste de secours comportant un poste de pansements, un matériel pour soins urgents (réanimation, oxygène, réserve de sang...), et quelques chambres individuelles ». Les internes doivent y assurer une présence médicale jour et nuit.
- *Circulaire du 13 août 1965* « relative à l'instruction sur l'organisation des structures d'urgences et de réanimation des hôpitaux » ; figure pour la première fois le terme "service

d'urgence des hôpitaux", les hôpitaux sont classés en trois catégories en fonction de leur capacité à recevoir les urgences. [9]

- 1970 : loi portant sur la réforme hospitalière [28]

Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.

- 1971 : l'hôpital doit recevoir *le malade ou l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des consultations, ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai*".

- *Circulaire du 29 janvier 1975* « relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences » met un terme à cet état de fait : elle officialise les services d'accueil des urgences, et recommande l'ouverture de lits d'hospitalisation de courte durée. [10]

- 1979 : la *circulaire Veil* préconise la mise en œuvre d'un partenariat entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers pour la prise en charge des urgences. [11]

- *Décret de 1980* : création d'unités d'accueil et de réception des urgences. [16]

- 1981 : la définition de soins hospitaliers s'étoffe d'une précision : l'accueil doit se faire "*qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie*".

- *Circulaire du 14 mai 1991* [21], dans laquelle sont détaillées les normes auxquelles doivent répondre les services d'urgences suite aux travaux du Pr STEG.

La mission des urgences est précisée dans le psychiatrique (*circulaire de 30 juillet 1992*) et social (*circulaire du 17 septembre 1993*) relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

- *Décret n°95-647 du 9 mai 1995* [17] fixe des critères d'habilitation :

Pour recevoir des urgences, un hôpital doit disposer d'un environnement médico-technique conséquent, d'une équipe médicale et paramédicale compétente et de locaux fonctionnels.

Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale (art. R. 712-65).

Ces 3 séries de décrets en 1991, 1995 et 1997, conforteront le service des urgences des hôpitaux en instaurant une présence médicale effective par des praticiens seniors pour lesquels de nombreux postes de praticiens hospitaliers titulaires seront créés ainsi que pour des personnels paramédicaux et sociaux.

- 1997 : nomination des SATU et UPATU

- *Circulaire n°195 du 16 avril 2003*[12] : les urgences ne doivent constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise.

- En 2007 seront constitués les réseaux des urgences de proximité par bassin de santé. Certaines régions développeront, avec le soutien des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des réseaux de prise en charge spécifiques à certaines pathologies : urgences coronariennes, urgences périnatales, urgences traumatologiques graves, accidents vasculaires cérébraux.

625 services d'urgences en France en 2008.

I.3. Recommandations selon la SFMU

I.3.1 Organisation d'un SAU

Circulaire de 22 mai 2006 N°2006-576 [18]

[15]

Organisation en plusieurs circuits:

- **Salle d'accueil des Urgences Vitales (SAUV):** patients en détresse vitale ou potentielle (critères d'admission), située près de l'entrée des urgences et du plateau technique.
- **Circuit court** (léger, ambulatoire): patients consommant peu de ressources.
- **Circuit long** (couché, lourd, hospitalisation).
- **Circuit spécifique** pour les enfants.

Organisation par filières:

Selon le type de patients:

- pédiatrique
- gériatrique
- psychiatrique

Selon les pathologies:

- AVC
- IDM
- Polytraumatisés
- Brûlés...

■ Principes directeurs du SAUV

- La SAUV est ouverte 24h/24.
- La SAUV ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lieu d'hospitalisation.
- La SAUV doit être libérée dès que possible.
- La SAUV est polyvalente, médicochirurgicale.

■ L'UHCD :

- 3 à 5 lits pour 10 000 passages annuels.
- Unité d'hospitalisation et de surveillance.
- DMS < 24 heures.
- Chambres individuelles équipées (fluides, monitoring, sanitaires).
- Poste de soins infirmiers (pharmacie, matériel de soins).
- Bureau médical.
- Salle d'accueil des familles, salle de détente.
- Effectif paramédical: selon l'activité, à tour de rôle.

- Effectif médical: 1 ETP pour 2000 passages.

I.3.2. Architecture d'un SAU

[3]

■ Sa situation:

- bien visible et accessible depuis la porte d'entrée principale de l'hôpital par un circuit dédié, sur un même niveau et de plein pied.
- à proximité de la radiologie, du bloc opératoire et si possible de la réanimation et des laboratoires.

■ Les circulations:

Pas de flux étranger à son activité.

■ La polyvalence des zones :

- Zone d'accueil.
- Zone de soins.
- Zone technique.
- Zone de service.

■ La sectorisation: elle tient compte de la gestion des flux:

- Zone d'accueil
- Zone de soins (circuits léger-lourd)
- Zone technique
- Zone de service (bureaux, salle de réunion)
- UHCD

Uniformité des salles d'examen: « adaptabilité » :

- Sécurité: accès à la zone de soins réservée aux personnes autorisées.
- Surveillance et confidentialité.
- Salle d'attente des familles.
- Informatique et technologies nouvelles à intégrer.

Données techniques à prendre en compte: surfaces, éclairage, signalétique, ambiance, hygiène, traitement des surfaces (matériaux).

- Stockage en périphérie : cela évite aux livreurs de pénétrer dans le service.

Travaux d'étude de la SFMU en cours, après l'engagement du ministère de la santé, *DGOS/R2/2013/361 du 27 juin 2013*: [20]

- Accessibilité à des soins urgents.
- Traitement de la saturation des urgences.
- Anticipation des situations de tension.

I.4. Définitions d'une urgence selon les patients

D'une manière générale, la population a confiance en l'hôpital, par son aspect sécuritaire et sans contrainte. [14]

On définit 4 niveaux d'urgences :

- **Urgence vitale** : elle met en jeu le pronostic vital (détresse cardio-respiratoire, autolyse, syndrome hémorragique, accident neurologique, coma...).
- **Urgence vraie** : elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides (colique néphrétique, laryngite, fracture, convulsion, état d'agitation, urgence chirurgicale comme l'appendicite...).
- **Urgence ressentie** : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave (fièvre isolée, douleur abdominale, douleur thoracique atypique, crise d'angoisse...).
- **Urgence de confort** : le patient majore les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée (pilule contraceptive oubliée, certificat médical, arrêt de travail, insomnie...).

I.5. Classification de l'urgence

L'urgentiste s'appuie sur des classifications pour définir les situations cliniques :

- La Classification Clinique des Malades aux Urgences (**CCMU**) [27] tient compte du pronostic vital et des examens réalisés, mais reste fondée sur un jugement médical subjectif.
- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

La CCMU modifiée y ajoute deux items :

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.

- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

• La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences (**GEMSA**) distingue six types de passages [25]. Elle reflète la gravité mais également le circuit du patient par son mode d'arrivée et de sortie :

- **GEMSA 1** : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation.

- **GEMSA 2** : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.

- **GEMSA 3** : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.

- **GEMSA 4** : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.

- **GEMSA 5** : Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation.

- **GEMSA 6** : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

II. SAU de Tulle

II.1. Présentation générale du CH de Tulle

II.1.1. Environnement géographique et démographique

Tulle en occitan *Tula* (la ville aux sept collines) est le chef lieu du département de la Corrèze dans la région du Limousin.

Ses habitants sont appelés Tullistes.

Tulle s'étire sur plus de 3 kilomètres dans l'étroite et tortueuse vallée de la Corrèze ; la ville étage ses vieux quartiers au flanc des collines dominant la rivière, tandis qu'émerge, au cœur de la cité, l'élégant clocher de pierre de la cathédrale Notre-Dame. [1]

Selon l'estimation INSEE de 2013, la Corrèze compte 251 175 habitants, soit un peu plus d'un tiers de la population du Limousin, (recensement 2011 [26]) pour une surface de

5860 km². Comme au niveau régional, la population augmente chaque année (+0,4 % entre 2007 et 2008). La densité est de 40 habitants au km².

Si la ville de Tulle est le chef-lieu de la Corrèze avec 15 619 habitants, (INSEE 2013) [26], Brive la Gaillarde compte trois fois plus d'habitants (49 582 habitants selon l'estimation 2013) [26] et Ussel avec 10 439 habitants (INSEE 2013) [26] est la troisième grande ville de Corrèze.

L'âge moyen de la population est de 44,5 ans.

Evolution démographique de la ville de Tulle :

Années	1793	1851	1901	1921	1936	1946	1975	1990	2012
Population	9 662	11 895	17 412	13 732	15 617	18 202	20 100	17 164	15 681

II.1.2. Historique

[1] La ville a construit sa renommée sur le développement de son industrie et de son artisanat ; elle est devenue une capitale de la dentelle, des armes (Manufacture d'Arme) et de l'accordéon (Entreprise Maugein).

Le Centre Hospitalier a connu plusieurs emplacements dans la ville de Tulle :

Au XIII^e siècle, « *l'Oustral d'aus paubres* » a pour nom Hôtel Dieu ; il est situé dans la rue de la Barrière.

Du XIV^e au XV^e siècle Notre Dame de l'hôpital (ou chapelle de la pauvreté) fût la Chapelle de l'Hôpital.

En décembre 1670, Louis XIV prescrit l'établissement d'un « Hôpital Général à Tulle ». A cette époque, un hôpital général était essentiellement destiné à enfermer les pauvres d'une ville. Selon l'expression de l'époque, c'était un hôpital de manufacture où ce qui était produit par les mendiants était vendu au dehors sans payer de droits (fabrication de cierges, atelier de bonneterie et de tissage de laine).

C'est ainsi qu'en 1674, l'hôpital franchi la Corrèze, il se dresse désormais route de Beaulieu, à proximité du pont de la Barrière, « presque en dehors de la ville » et on y accède par un grand chemin commençant au Pont de la Barrière. Il devient le nouvel hôpital général Sainte Croix de Tulle remplaçant ainsi l'Hôtel Dieu.

En 1690, les directeurs prennent l'initiative de faire construire une chapelle dans le nouvel hôpital implanté en 1674 dans le couvent des religieuses bénédictines. L'hôtel Dieu devient alors loué à des particuliers ce qui procure un petit revenu à l'Hôpital.

En 1743, on édifie la chapelle de l'hôpital pour les religieuses du couvent de la visitation.

En 1750, l'établissement principal peut accueillir 400 pauvres ; il sera détruit par le feu en 1775.

En Mai 1786, un bureau général conclut à l'impossibilité de laisser l'hôpital dans son état suite à l'incendie. Un ingénieur de province Mr Perrier établit 2 projets : l'un consiste à l'édification de l'hôpital dans un lieu sain, l'autre de le construire au même endroit que le bâtiment incendié. Malheureusement la monarchie déjà agonisante ne permet la concrétisation d'aucun projet.

En 1792, l'hôpital prend le relais des Visitandines sur le versant sud du Puy Saint-Clair, puis on décide de construire une nouvelle structure sur le site actuel de l'Hôpital au centre de la ville.

Actuellement, le Centre Hospitalier de Tulle est implanté sur deux sites : l'un situé place du Docteur Maschat au centre de la ville, le second au Chandou à la sortie de la ville en direction de Limoges.

1965 : construction de la maison de retraite au centre de la ville.

1971 : construction du bâtiment principal du centre hospitalier de Tulle situé place Maschat à côté de la maison de retraite.

1976 : construction de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers.

1978 : construction du centre de convalescence du Chandou situé à la sortie de la ville en direction de Limoges.

1985 : édification du nouveau « plateau technique ».

1990 : construction de la nouvelle blanchisserie à côté du Chandou.

2007 : déplacement de la maison de retraite au quartier des fontaines à la place de la clinique Saint Damien.

2009 : édification du centre de rééducation fonctionnelle des Neuf Pierres en face du Chandou.

2011: création du Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs (BUCSI).

II.1.3. Personnels

1.178 personnes travaillaient fin décembre 2012 au CH de Tulle : dont 1.054 agents, 102 médecins et 16 internes.

Son budget fin 2012 s'élevait (y compris budgets annexes) à 78,8 Millions d'euros.

II.1.4. Capacité et équipement

Les possibilités d'hébergement ont baissé de 14.7% de 1990 à 2000, soit une perte de 87 lits. Entre 2000 et 2005, les possibilités d'hébergement ont diminué de 7% au détriment de la chirurgie infantile et de la psychiatrie.

A ce jour, disposant d'environ 620 lits et places, le Centre Hospitalier de Tulle dispense des soins en hospitalisation complète, hospitalisation de semaine ou en hospitalisation de jour.

Services	2000	2005	2012
Cardiologie	30	34	40
Diabétologie	31	28	21
Gastro-entérologie	30	27	20
Rhumatologie	30	23	28
Pédiatrie	16	0	12
Néonatalogie	6	0	4
Médecine Gériatrique	10	15	20
MEDECINE	153	127	145
Chirurgie Viscérale	22	22	12
Chirurgie orthopédique	22	22	12
Chirurgie urologique	12	12	12
Spécialités			
Chirurgie infantile	4	4	2
Chirurgie ambulatoire	5	2	14
Chirurgie générale	5	5	4
CHIRURGIE	70	67	56
Gynécologie	16	15	10
Obstétrique	16	16	15
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	32	31	25
Soins intensifs cardiologie	4	4	5
Réanimation Polyvalente			6
Hospitalisation à Domicile			35
Psychiatrie			32
Accueil Familial Thérapeutique			
UAPSD	3	0	4
Moyen séjour	75	66	30
Rééducation fonctionnelle			30
Long séjour	50	46	53
Maison de retraite			127
TOTAL	590	549	548

Disponibilité des lits par service entre 2000 et 2012

En 2013, le CH de Tulle dispose de 620 lits et places dont :

- 241 lits et places de MCO (145 lits de médecine + 4 places de jour, 5 lits d'USIC, 6 lits USIP, 4 lits en UAPSD, 62 lits de chirurgie et 15 lits obstétriques)

- 63 lits et places de SSR/MPR (30 lits SSR Gériatrique et 33 lits et places MPR)
- 64 lits et places de psychiatrie
- 30 places d'HAD,
- 27 places de SIAD,
- 53 lits d'USLD,
- 142 lits et places d'EHPAD.

Egalement :

- Une pharmacie
- Une stérilisation
- Un laboratoire d'analyses médicales et un laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie
- Un service d'imagerie avec imagerie par TDM et IRM

Le plateau technique comprend : un bloc opératoire avec 4 salles d'opération et une salle externe, un bloc obstétrical, une radiologie conventionnelle, une salle d'échographie/doppler, un scanner et une IRM fixe depuis mai 2014.

Il gère en outre 2 Unités Sanitaires, le Service d'Appel Médical d'Urgence (SAMU 19), 2 équipes mobiles (soins palliatifs et gériatrique), un Institut de Formation en Soins Infirmiers et un Institut de Formation Aide Soignant.

II.1.5. Activité

Le Centre Hospitalier de Tulle dessert un bassin de population de 40.000 habitants et un territoire de proximité de 70.000 habitants.

L'activité 2012 se répartit comme suit :

- 13 276 entrées en Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO)
- 102 644 Consultations Externes
- 5039 interventions Chirurgicales
- 18 500 passages Urgences
- 606 naissances en Maternité
- 819 entrées en Psychiatrie
- 442 entrées en Soins de Suite et Réadaptation (SSR)
- 1081 entrées en Rééducation Fonctionnelle (Hospitalisation Complète et Hospitalisation Jour)
- 295 entrées en Hospitalisation A Domicile

II.1.6. Organisation en « pôles »

L'hôpital est constitué actuellement de 5 pôles :

- Le pôle Urgences Médico-Technique (Urgences/Imagerie/Laboratoire/Pharmacie)
- Le pôle de Médecine (Médecine Interne/Diabétologie/Cardiologie/Réanimation)
- Le pôle de Chirurgie / Obstétrique (chirurgie orthopédique/chirurgie urologique/chirurgie viscérale/gastro-entérologie/Gynécologie/Maternité)
- La Psychiatrie
- Les soins de suite et la Médecine Gériatrique (rééducation fonctionnelle /Médecine gériatrique/Hospitalisation à Domicile)

II.1.7. Organisation en « sites »

Aujourd'hui, le Centre hospitalier de Tulle est composé de 7 sites :

- Place Maschat,
- Site « Le Chandou »,
- Site « Les Neufs Pierres »,
- Site « Les Fontaines »,
- Site « La Solane »,
- Hôpital de jour du Trech,
- Hôpital de jour de l'avenue Alsace Lorraine,
- Centre médico-psychologique, avenue Winston Churchill,

A ces sites, se rattachent 2 Unités Sanitaires situées au Centre de détention d'Uzerche et à la Maison d'arrêt de Tulle.

II.2. Le SAU de Tulle

II.2.1. Généralités

Date d'ouverture : en Novembre 1976, SAU seulement ouvert aux heures ouvrables.
Depuis 1980 : permanence des soins 24h/24h.

Le service des urgences appartient au pôle Urgences Médico-Technique dont le chef de pôle est le responsable des urgences.

Il regroupe :

- Les Urgences
- L'Imagerie
- Le Laboratoire
- La Pharmacie

II.2.2. Les locaux

Situé au rez-de-chaussée du Bâtiment Urgences Cardiologie Soins Intensifs (BUCSI) et ouvert depuis juin 2011, le SAU a accueilli pour l'année 2011, 18 780 personnes soit une augmentation de 2% par rapport à l'activité de 2010. Cependant, les chiffres de 2013 stagnent avec 18 681 entrées au SAU de Tulle.

Superficie : 2180m².

On y accède par une entrée distincte du reste de l'établissement avec un système de dépose minute pour les personnes valides. Pour les personnes non valides, un sas est dédié exclusivement aux véhicules d'urgence (SMUR – taxi – VSAB – ambulances).

On trouve à l'entrée du SAU une zone d'accueil pour enregistrer les patients et les évaluer ainsi qu'une zone de transfert des patients couchés.

Il existe deux portes d'accès à la zone de soins dont les ouvertures sont strictement contrôlées par le service d'accueil assurant ainsi une régulation des passages ainsi qu'une confidentialité au niveau des soins apportés aux urgences.

Le SAU possède : (plan en annexe 1)

- 10 salles d'examen :

- 6 box identiques, zones de diagnostic, de soins et de surveillance.
- 2 box de consultation, individuel par leur équipement et leur localisation : 1 box « pédiatrie » et 1 coté « circuit court ».
- 2 box de déchocage avec matériel et drogues sur place.



- 1 box ophtalmo avec un système de lampe à fente.
- Tout ceci organisé autour d'un bureau infirmier avec des ordinateurs et des scopes.
- Une salle de radiologie standard.
- Une salle plan blanc.
- Un secteur chambre carcérale avec 6 chambres de surveillance et un sas de sécurité.
- Une UHCD composée de 6 chambres (**plan en annexe 2**).

De plus, il existe également :

- Plusieurs bureaux médicaux,
- Un second secrétariat,
- Un bureau pour l'équipe SMUR attenant au garage des véhicules SMUR 19,
- Une salle de décontamination,
- Une lingerie,
- Une pharmacie,
- Deux salles de repos.

Un couloir indépendant conduit aux cinq chambres de garde : une pour l'interne de garde au SAU, une pour le médecin sénior de garde au SAU ainsi que trois autres chambres destinées à l'équipe de SMUR de garde.

II.2.3. Le personnel des urgences

L'équipe du SAU de Tulle est composée de :

- Douze médecins urgentistes
- Quatre internes
- Vingt infirmier(e)s
- Dix infirmier(e)s anesthésistes
- Deux cadres de santé
- Douze aides soignant(e)s
- Six ambulanciers
- Deux postes et demi d'agents d'accueil
- Quatre agents des services hospitaliers

- Deux postes et demi de secrétaires médicales
- Une assistante sociale

II.2.4. Organisation du service

Organisation médicale :

- Un médecin référent sénior SAU :

Il gère en lien avec l'IAO les appels du centre 15 et ceux provenant des médecins libéraux annonçant des arrivées ; il coordonne le flux des patients au sein du SAU en adaptant la disponibilité des différentes salles d'examen en fonction de l'arrivée des patients et de la gravité de leur pathologie.

Il assure enfin les consultations dites « ambulatoires ». Ses horaires sont 8h/13h30 ou 13h30/8h le lendemain.

- Un médecin UHCD :

Il effectue la visite à l'UHCD le matin de 9h à 13h30 et son activité est totalement dédiée à l'UHCD sur cette plage horaire.

Le médecin d'UHCD le matin peut être médecin au circuit court l'après midi selon l'organisation du planning.

- Un médecin de consultations externes ou « circuit court » :

Il assure les consultations programmées ou non l'après midi de 14h à 18h au niveau du circuit court.

- Un médecin référent sénior SMUR :

Il est disponible pour toutes interventions SMUR déclenchées par le centre de régulation 15 de 8h à 8h le lendemain.

Il peut également assurer selon sa disponibilité, les consultations ambulatoires.

- Un interne est présent de 8h à 18h30. La garde de l'interne débute à 18h30 jusqu'à 8h le lendemain.

Tous les internes du CH (hors internes de gynéco et de chirurgie) assurent le planning de gardes des urgences.

Organisation paramédicale :

Le personnel paramédical (sauf l'IADE) tourne sur l'ensemble des postes au sein du SAU et de l'UHCD.

- A partir de 8h, un infirmier est aux urgences et assure l'accueil, la surveillance et les soins dans les box et les deux déchoc jusqu'à 20h. L'IADE peut aider en cas d'affluence au SAU le matin mais reste rattaché à l'équipe SMUR en cas d'intervention.

- Un infirmier supplémentaire arrive en soutien du premier à partir de 9h30 et jusqu'à 21h30.
- Un infirmier dédié au seul circuit court arrive à 10h et gère les consultations programmées de contrôle ainsi que les consultations ambulatoires jusqu'à 18h.
- Il n'y a qu'un infirmier la nuit au sein du SAU de 20h à 8h.
- Un infirmier est dédié exclusivement à l'UHCD sur 2 plages horaires de 12h (8h/20h ; 20h/8h)
- Un aide soignant est présent de 8h à 20h et de 20h à 8h au sein du SAU et un autre gère l'UHCD sur les mêmes plages horaires.
- Une secrétaire d'accueil et un Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) : de 11h à 19h gèrent les arrivées des patients en fonction de leur degré d'urgence.

La nuit, il n'y a pas de secrétaire d'accueil ni d'IAO; l'admission est enregistrée par l'infirmière de nuit.

Les patients sont orientés dans les salles d'examen ou sont mis en attente en fonction de la gravité de leurs pathologies.

- Salle de « tri » ou zone de transfert pour les patients couchés.
- Salle d'attente de soins ambulatoires pour les pathologies les moins urgentes.
- Les ASH tournent sur deux tranches horaires 7j/7j : l'après-midi et la nuit. Leur activité concerne l'entretien de l'ensemble du SAU, du SMUR, de l'UAPSD et de l'UHCD.

II.2.5. Procédure d'orientation des patients hospitalisés à partir du SAU de Tulle

Procédure d'orientation des patients hospitalisés par le service des urgences (=hospitalisations non programmées)

- Ouverture d'un service de médecine polyvalente.
- Disparition du service de garde de médecine.
- Un patient = une pathologie = une spécialité, sans critère d'âge.
- Limitation voire disparition des hébergements en chirurgie.
- Pas d'hébergement en médecine : le patient est sous la responsabilité du médecin du service receveur quelque soit sa pathologie.
- Pendant les heures d'astreinte de médecine, le patient hospitalisé via les urgences est placé sous la responsabilité du médecin urgentiste jusqu'à la fin de la période de garde

sauf si le médecin d'astreinte est informé (dans ce cas, c'est lui qui en assurera la responsabilité).

- Chaque service de spécialité prévoit un lit disponible par jour pour accueillir ces hospitalisations non programmées. (non rediscuté le 16/10)

PREALABLE INDISPENSABLE :

Le service des urgences doit pouvoir disposer d'un **état des lits** réel, fiable, non discutable, non opposable.

Dans la journée, cet état des lits se fera par contacts réguliers entre la cadre des urgences et les cadres des autres services ; pour la nuit, il est souhaitable de poursuivre la réalisation, en fin de journée, d'un état des lits par un cadre supérieur.

1. Le patient présente une pathologie identifiée motivant son hospitalisation :

1.1.1. Une place est disponible dans le service de spécialité dont il relève : il sera orienté dans ce service, après contact avec le médecin du service aux heures ouvrables.

1.1.2. Le service de spécialité dont il relève n'a pas de place disponible : plusieurs possibilités :

1.1.2.1. Aux heures ouvrables, contact du spécialiste avec discussion sur l'éventualité d'une place disponible dans un délai raisonnable (pour le patient, pour le service des urgences et pour le service de spécialité) ; délai maximum 4 heures.

1.1.2.1.1. Une place sera disponible dans ce délai; le patient sera donc orienté dans ce service après attente soit aux urgences soit dans une zone définie dans le service receveur.

1.1.2.1.2. Pas de place disponible envisagée : hospitalisation du patient en médecine polyvalente. En l'absence de place en médecine polyvalente, hospitalisation en médecine, sans hébergement.

1.1.2.2. La nuit, les week-end et jours fériés

1.1.2.2.1. Hospitalisation en médecine polyvalente si place disponible.

1.1.2.2.2. En l'absence de place en médecine polyvalente, hospitalisation dans un autre service de médecine, sans hébergement.

1.1.2.3. En l'absence de place dans le secteur de médecine, l'administrateur de garde sera sollicité pour déclencher l'ouverture de lits supplémentaires ou autoriser les hébergements en chirurgie (hébergement pour le service de spécialité initial).

2. Le patient présente : soit plusieurs pathologies (aucune ne justifiant à elle seule une hospitalisation mais leur association impose cette hospitalisation) soit un état justifiant une hospitalisation sans qu'aucune pathologie spécifique ne soit identifiée.

2.1.1. Hospitalisation en médecine polyvalente; après accord avec médecin de service aux heures ouvrables.

2.1.2. En l'absence de place disponible en médecine polyvalente dans un délai raisonnable : (cf ci-dessus)

2.1.2.1. Des places sont disponibles dans les autres services de médecine; hospitalisation dans un de ces services après accord avec le médecin aux heures ouvrables (sans hébergement).

2.1.2.2. Absence de place disponible dans les services de médecine: appel administrateur de garde ou cadre supérieur aux heures ouvrables pour soit ouverture de lits supplémentaires, soit hébergement en chirurgie soit ...

II.2.6. Coordination et réseau de soins

Le SAU organise des transferts vers d'autres centres hospitaliers comportant des services de spécialités dont il est dépourvu :

Le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges pour la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, l'ophtalmologie, la neurologie vasculaire.

L'Hôpital Mère Enfant de Limoges pour la réanimation pédiatrique, la chirurgie pédiatrique et la maternité niveau 3.

Le Centre Hospitalier de Brive la Gaillarde pour la néphrologie, la chirurgie thoracique et vasculaire, la cardiologie interventionnelle ainsi que l'oncologie.

Le CH de Tulle travaille en collaboration avec le CH de Brive la Gaillarde pour les astreintes de nuit et de week-end :

Il existe une garde partagée pour certaines spécialités :

- ORL
- Gastro-entérologie
- Ophtalmologie

Par exemple, si un patient présente de violentes douleurs épigastriques un samedi soir, il peut être placé sous surveillance la nuit en UHCD et bénéficier d'une fibroscopie dès le lendemain par le gastro-entérologue de garde qui peut être rattaché soit au CH Tulle soit au CH Brive selon le planning des astreintes.

Pour les soins de suite, il existe des structures de long et moyen séjour :

Le « Centre du Chandou » à Tulle.

L'EHPAD des Fontaines à Tulle.

Le service de rééducation fonctionnelle au « Centre des 9 Pierres » à Tulle.

**PARTIE 2 : ETUDE AU SAU DE
TULLE SUR L'ANNEE 2013:**

Motifs d'admission, diagnostics de sortie

Cette étude a pour objectifs de caractériser la population consultant aux urgences, d'améliorer le délai de leur prise en charge et de poser le plus rapidement et efficacement un diagnostic afin d'orienter au mieux le patient.

I. MATERIEL ET METHODES

I.1. Population étudiée

Cette étude épidémiologique descriptive monocentrique a été rétrospective sur dossiers informatisés (logiciel RESURGENCES) sur l'année 2013.

Nous avons sélectionné au hasard, quatre périodes afin d'avoir le moins de biais possible :

- Une première période correspondant à deux jours en **semaine en janvier 2013** (semaine hiver) : mardi 29 et mercredi 30 janvier 2013.
- Une deuxième correspondant à deux jours en **semaine en juillet 2013** (semaine été) : mardi 23 et mercredi 24 juillet 2013.
- Une troisième correspondant à un **week-end d'hiver** : samedi 19 et dimanche 20 janvier 2013.
- Enfin, une quatrième correspondant à un **week-end d'été** : samedi 20 et dimanche 21 juillet 2013.

281 dossiers au total ont été inclus. La population pédiatrique a été exclue car nos résultats étaient biaisés devant le fait que la journée entre 8h30 et 18h30, les urgences pédiatriques sont assurées par les pédiatres et donc ne passent pas par le SAU de Tulle (sauf les cas de traumatologie nécessitant un bilan radiologique).

Nous avons inclus tout patient adulte, de l'âge de 18 ans à 100 ans et plus, hommes et femmes, se présentant aux urgences de Tulle, que ce soit un patient consultant de lui même ou adressé par un confrère.

I.2. Recueil des données

Nous avons utilisé le logiciel informatique du service soit ResUrgences.

Devant quelques éléments manquants (radiographies : oui/non, courrier : oui/non...), nous avons du ressortir le dossier papier pour une dizaine de dossiers.

Le recueil des données informatisées a été retranscrit en tableaux grâce au logiciel Excel version 2007 (Microsoft, Redmond, WA, USA).

Plusieurs items étaient étudiés :

- le **sexe**.
- l'**âge** du patient, réparti en quatre tranches d'âges : de 18 à 50 ans, de 50 à 75 ans, plus de 75 ans et plus de 90 ans.

- l'**heure d'admission** aux urgences, elle aussi étudiée en quatre tranches d'horaire : de minuit à 8h, de 8h à midi, de midi à 20h et de 20h à minuit.
- le **motif d'admission** : données recueillies par l'IAO : traumatologie, neurologie, hématologie, cardiologie, pneumologie, infectiologie, ORL, gastroentérologie, rhumatologie, psychiatrie, toxicologie, urologie, stomatologie, ophtalmologie, dermatologie, AEG/placement, diabétologie/ endocrinologie, gynécologie, consultations retour.
- la **Classification Infirmière des Malades aux Urgences : CIMU**, en 5 catégories :
1 : attente illimitée ; 2 : prise en charge dans les 60 minutes ; 3 : attente < 15 minutes ; 4 : évaluation ou thérapeutique médicale immédiate ; 5 : admission immédiate au déchocage (CIMU intégrée dans le logiciel ResUrgences).
- l'**origine** du patient : domicile, voie publique, autre établissement, lieu de travail.
- la notion « **adressé ou non** » par son médecin traitant avec un courrier.
- la **Classification Clinique des Malades aux Urgences : CCMU** : selon la codification de 1 à 5 selon le degré d'urgence.
- le **diagnostic de sortie** du SAU : les items principaux ont été cotés : traumatologie, cardiologie, pneumologie, neurologie, toxicologie, rhumatologie, gastro-entérologie, ORL, psychiatrie, ophtalmologie, dermatologie, stomatologie, urologie, endocrinologie, gynécologie, hématologie et consultation retour. On retrouve également la catégorie « examen d'un individu bien portant » et une partie dont les diagnostics n'étaient pas posés au SAU.
- la recherche d'une **concordance** entre le motif d'admission et le diagnostic posé.
- le **devenir** du patient : retour à domicile, hospitalisation, UHCD, autre établissement, parti sans attendre.
- la **classification GEMSA** : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences, cotée de 1 à 6.
- la **durée de prise en charge**, ce qui correspond au temps passé dans le service des urgences. Quatre tranches d'horaire ont été décrites: moins de 2 heures, entre 2 et 4 heures, entre 4 et 6 heures et supérieure à 6h.
- les **traitements** entrepris dans le service : intraveineux, per os, oxygénothérapie, pansement, immobilisation...
- les **examens complémentaires** réalisés : radiographie, TDM, IRM, bandelette urinaire, biologie, ECG, gaz du sang.
- le recours aux **avis des différents spécialistes** : cardiologue, pneumologue, urologue, psychiatre, chirurgien viscéral, gastroentérologue, réanimateur, gériatre, endocrinologue, confrères interhospitaliers : neurochirurgien, ophtalmologiste mais aussi caisson hyperbare de Bordeaux ou Toulouse.

I.3. Analyse

Les variables étudiées sont toutes qualitatives ou ont été traitées de façon qualitative. Elles sont exprimées en effectifs et pourcentage.

Des croisements de variables ont été réalisés à l'aide d'un test du Chi-2. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info version 3.3.2.

II. RESULTATS

II.1. Population étudiée

II.1.1. Nombre de patients recrutés

Deux cents quatre vingt un patients (n=281) ont été inclus dans cette étude sur trois cents soixante quatre patients ayant consultés aux urgences de Tulle sur ces quatre périodes de 2013 soit 77,2% des consultants.

Le seul critère d'exclusion de cette étude a été l'âge inférieur à 18 ans devant le biais entraîné selon l'horaire et le jour de la consultation. Cependant, lors de notre étude, les urgences pédiatriques représentaient 22,8% des consultations urgentes au SAU de Tulle (n=83).

Le nombre de passages moyen par jour a été dans cette étude de **45,5** patients, sexe et âge confondus.

Si on exclut la population pédiatrique, le nombre moyen de passages aux SAU de Tulle a été de 35,13 patients au cours de cette période d'étude

II.1.2. Répartition selon le sexe

Sur l'ensemble des consultants au SAU de Tulle lors de ces quatre périodes représentatives de l'année 2013, la répartition selon le sexe restait proportionnelle : en effet, le ratio 1/1 était respecté.

On note une légère prédominance de la population féminine. On retrouvait 52% de femmes (n=147) contre 48% d'hommes (n=134) pour un total de 281 dossiers inclus.

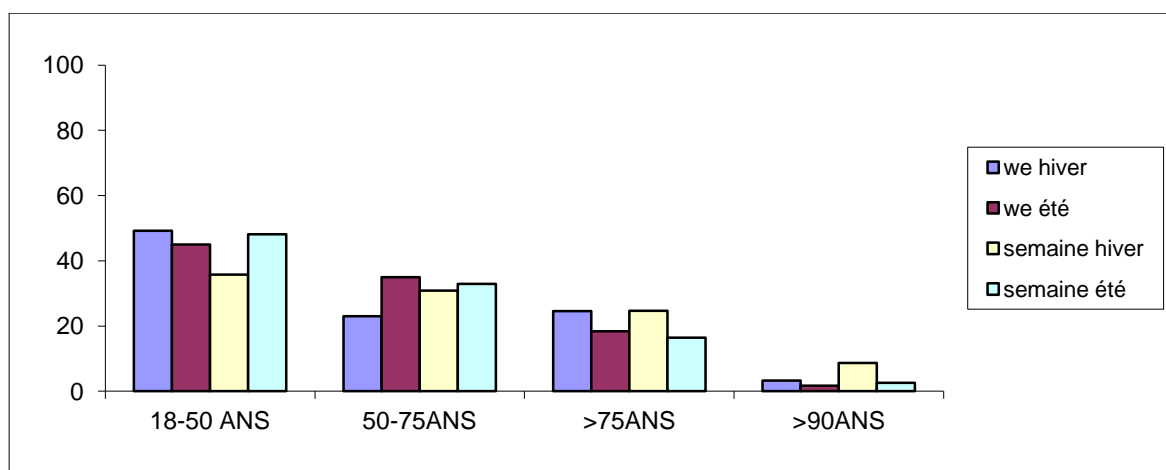
	MASCULIN	FEMININ
Week-End hiver	30	31
Week-End été	26	34
semaine hiver	37	44
semaine été	41	38
TOTAL	134	147
	47,69%	52,31%

Tableau 1 : Comparaison sexe masculin/féminin

II.1.3. Répartition selon l'âge

La tranche 18-50 ans représente **44,13%** de notre échantillon de population.

21% des consultants ont plus de 75 ans et 4,3% de la population ont plus que 90 ans. Ces deux tranches d'âge représentent $\frac{1}{4}$ de la population consultante aux urgences pour des motifs variés et souvent multiples car il s'agit de patients polypathologiques. On voit également que cette population est plus touchée au cours des épidémies hivernales.



Graphique 1 : Répartition selon les tranches d'âge lors des 4 périodes

II.2. Données recueillies à l'admission

II.2.1. Répartition selon l'heure et le jour d'admission

L'activité majeure d'un SAU se retrouve dans cette étude aux alentours de la **mi-journée** plutôt en fin d'après midi comme dans les autres SAU de France. La tranche horaire midi-20h est celle où l'on retrouve le plus d'admissions (n=145) ce qui représente **51,60%** soit plus de la moitié des consultations.

Tranches horaires	0H-8H	8H-12H	12-20H	20H-0H	Totaux	En Pourcentage
week-end hiver	7	17	32	5	61	21,71%
week-end été	6	17	30	7	60	21,35%
semaine hiver	7	24	45	5	81	28,83%
semaine été	7	21	38	13	79	28,11%
Totaux	27	79	145	30		
En Pourcentage	9,61%	28,11%	51,60%	10,68%		

Tableau 2 : Répartition du nombre d'admissions selon la tranche horaire et le jour de consultation

A noter que la tranche horaire nocturne (n= 27 et n'= 30 soit au total 57) ou plus communément appelée petite garde et garde de nuit profonde pour les médecins assurant la PDS représente 20% de l'activité d'un SAU.

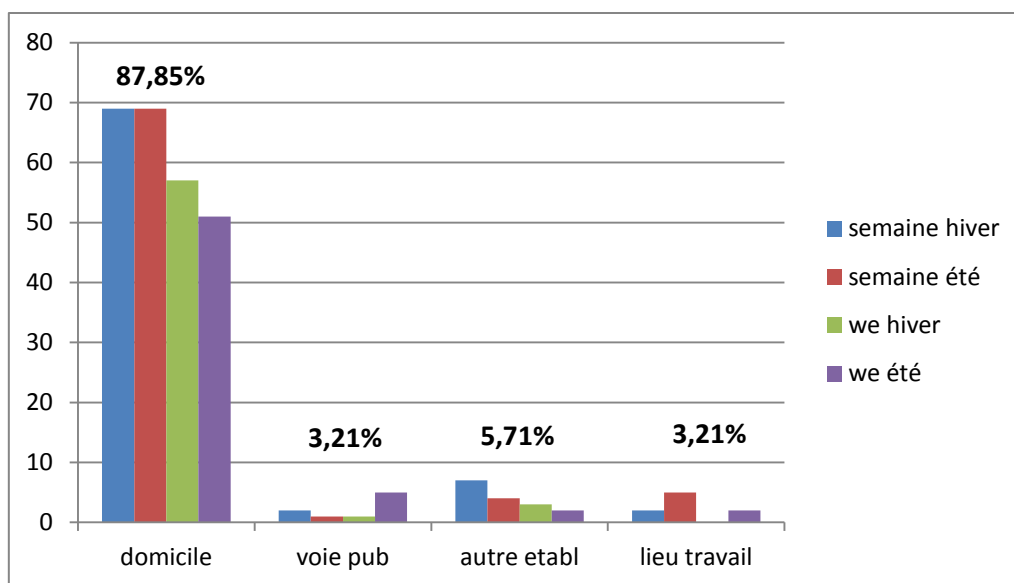
Il n'existe pas de différence significative entre les saisons (week end hiver versus week end été $p = 0,78$, semaine hiver versus semaine été $p = 0,14$),

Cependant, il est mis une légère différence d'activité en semaine : en effet le nombre quotidien d'admissions est légèrement plus important en semaine que ce soit l'hiver ou l'été. (28% vs 21%).

II.2.2. Répartition selon l'origine du patient

Deux cent quarante six patients consultants aux urgences de Tulle provenaient de leur domicile, ce qui représente presque **88%** de la population étudiée.

L'hôpital de Tulle draine un large canton de plus de 70.000 habitants et ses nombreux autres établissements de santé dont plus de dix maisons de retraite.



Graphique 2 : Origine du patient

Lors de cette étude, neuf patients ont nécessité une prise en charge préhospitalière par le SMUR soit 3,2% de la population.

Il est à noter que lors de la période hivernale, deux patients ont été pris en charge pour des raisons sociales (patients sans domicile fixe), nous les avons comptabilisés dans l'origine voie publique.

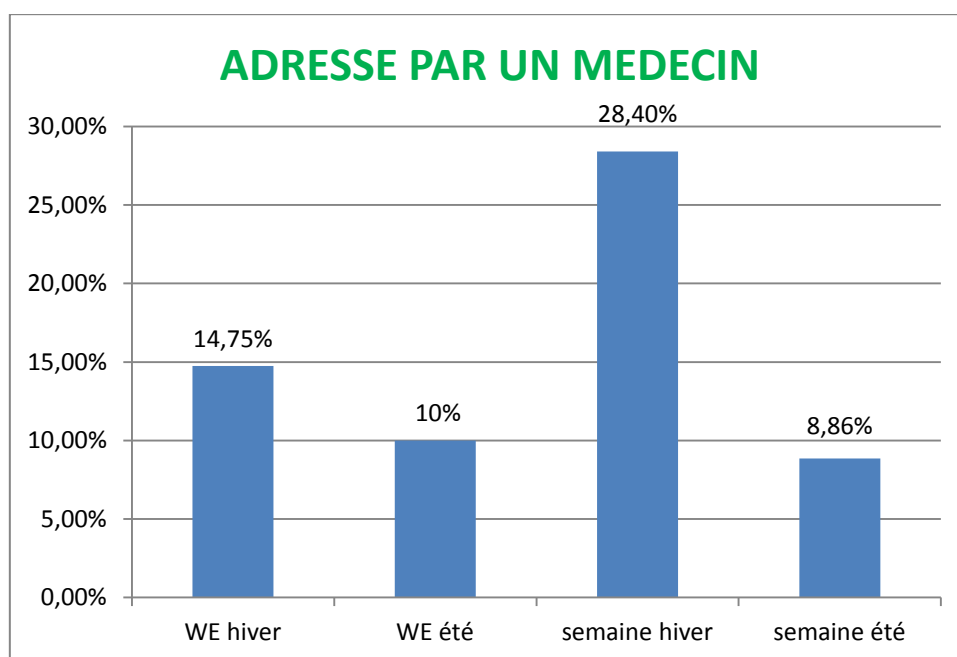
Les origines : « lieu de travail » correspondent pour la plupart à des accidents d'exposition au sang dans l'établissement du centre hospitalier de Tulle mais aussi des accidents de travail types chutes ou agression.

II.2.3. Adressé par un médecin

II.2.3.1. Résultats globaux

Dans notre étude, 45 patients soit environ **15,50%** sont venus consulter aux urgences adressés par leur médecin traitant ou remplaçant. Nous constatons que ce nombre augmente lorsque nous sommes en semaine et surtout en heures ouvrables. En période hivernale, plus d'un patient sur 4 a vu un médecin avant de se rendre au SAU de Tulle.

Il est à noter que cela n'apparaît pas systématiquement dans les dossiers informatisés ; cela est dépendant de l'IAO ou du médecin ayant pris en charge le patient.



Graphique 3 : Pourcentage de patients consultant aux urgences avec un courrier de leur médecin

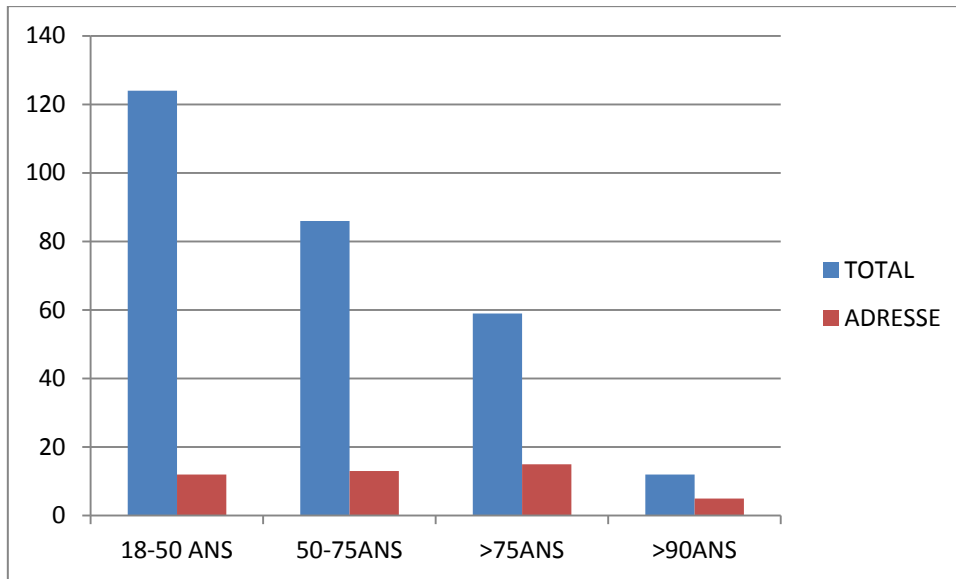
II.2.3.2. Profil de la population adressée par un médecin

Dans la population adressée par leur médecin traitant, le ratio homme/femme est respecté (23 hommes pour 22 femmes).

Il n'a pas été mis en évidence de différence selon l'âge de la population adressée. A noter que 5 de nos 11 patients âgés de plus de 90 ans ont été adressés par un médecin.

AGE	18-50 ANS	50-75ANS	>75ANS	>90ANS
TOTAL	12	13	15	5
	26,67%	28,89%	33,33%	11,11%

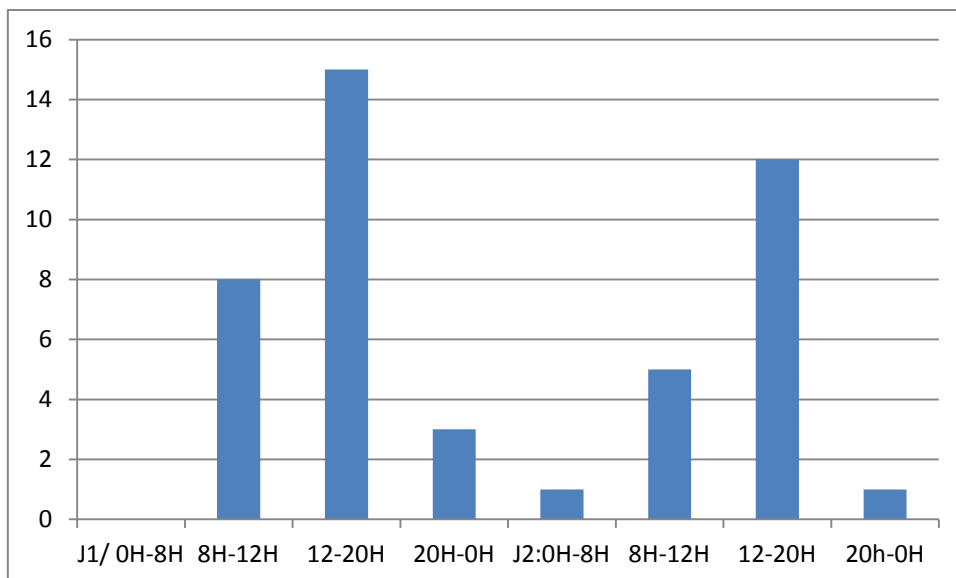
Tableau 3 : Age de la population consultante aux urgences adressée par un médecin



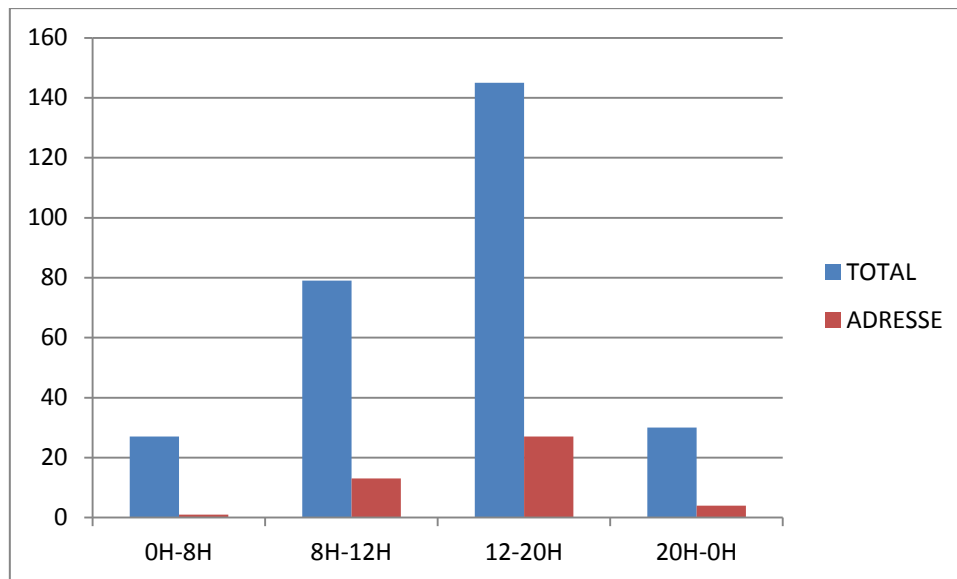
Graphique 4 : Comparaison des tranches d'âge de la population générale versus celle adressée par un médecin

60% des patients adressés par leur médecin ont consulté l'après midi, entre 12h et 20h.

29% de ceux-ci ont été reçus entre 8h et 12h et seulement 11% en dehors des heures ouvrables.



Graphique 5 : Tranches horaire d'arrivée de la population consultante aux urgences adressée par un médecin



Graphique 6 : Comparaison des tranches horaire de consultations de la population générale versus celle adressée par un médecin

On note un parallélisme de ces courbes avec une nette prédominance des consultations spontanées et adressées aux horaires de la mi-journée.

42 patients venaient de leur domicile, 3 d'un autre établissement.

II.2.4. Motifs d'admission

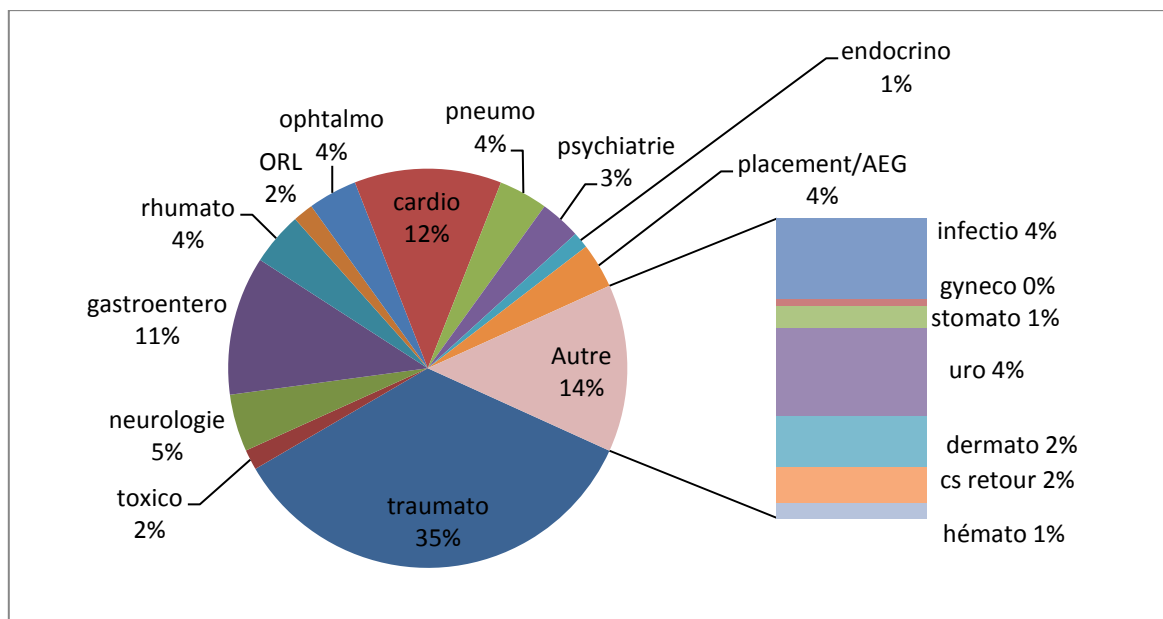
II.2.4.1. Résultats globaux

La traumatologie (n=103) représente le **tiers** de l'activité d'un SAU, que ce soit le traumatisme bénin ou le traumatisme grave. Dans notre étude, celle-ci s'élève à **35%** (moyenne : 26,25 passages/ 2 jours aux urgences).

On retrouve ensuite les causes gastro-entérologiques (n=34 soit **11,25%**) et cardiologiques (n=36 soit **11,92%**) comme motifs fréquents d'admission aux urgences.

Les causes toxicologiques englobaient les intoxications médicamenteuses (volontaires ou non), toxiques (monoxyde de carbone : n=2).

Les autres motifs d'admission : pneumologie, infectiologie, rhumatologie, ophtalmologie, neurologie représentent 4 à 5% des consultations urgentes.



Graphique 7 : Motifs d'admission

Si l'on compare les activités week-end et semaine, il est à noter que la traumatologie prédomine la semaine.

TRAUMATO			
WEEK END ÉTÉ	27	SEMAINE ÉTÉ	35
WEEK END HIVER	22	SEMAINE HIVER	21
TOTAL	47		56

Tableau 4 : Motif d'admission coté « traumatologie » au cours des 4 périodes étudiées

Les placements et AEG, représentent seulement **3,61%** des motifs d'admission dans cette étude. Ce motif d'admission prédomine en période hivernale.

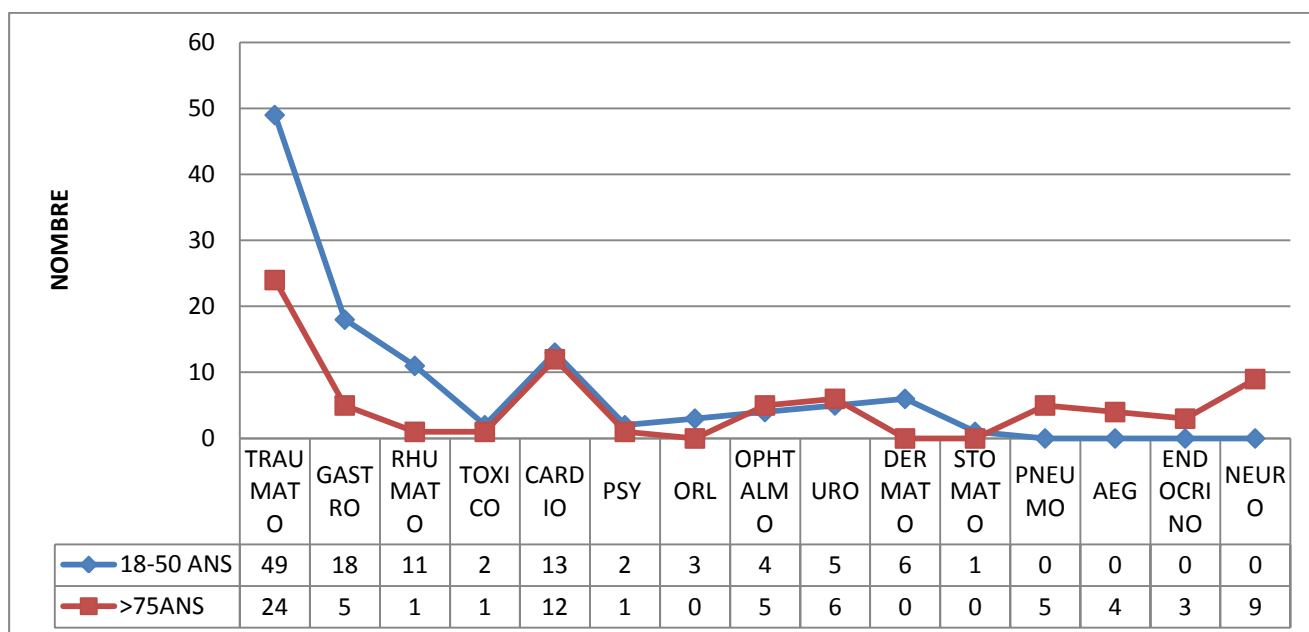
	placement/AEG
Week end hiver	2
Week end été	1
Semaine hiver	7
Semaine été	1
TOTAL	11

Tableau 5 : Motif d'admission « placement/AEG » comptabilisé au cours des 4 périodes

II.2.4.2. Motifs d'admission selon les tranches d'âge

La tranche d'âge 18-50 ans consulte plus fréquemment pour de la traumatologie : 39,52% des consultations que ce soit les week-end ou en semaine (n=49 entrées sur 124 consultants). On retrouve ensuite les causes gastro-entérologiques et cardiologiques au second plan.

Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, les causes premières de consultation sont les étiologies cardiologiques (n=12) et neurologiques (n=9). On note également un nombre élevé de consultations pour bilan traumatologique (n=24) pour un total de 71 entrées.



Graphique 8 : Motifs d'admission et tranches d'âge

Les patients âgés de plus de 75 ans consultent plus la journée sur plages horaires 12h – 20h. n = 37 sur 71 soit plus de 52% de cette population.

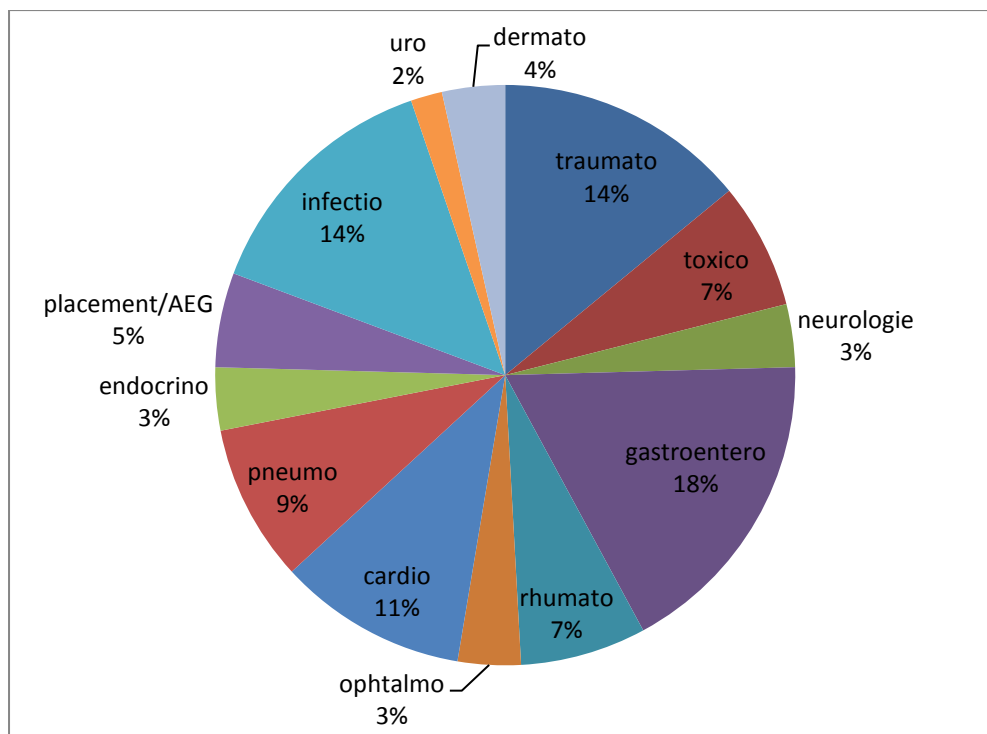
Pour les patients « très âgés », souvent polyopathologiques, l'« AEG » reste le principal motif d'admission des plus de 90 ans. En semaine d'été, le second patient âgé de plus de 90 ans a consulté aux urgences pour un traumatisme. Cependant, il est à noter que ces patients consultent plus en hiver (n= 9) et surtout en semaine (n'=7 sur un total de 11) mettant en évidence la susceptibilité des personnes âgées aux épidémies hivernales.

	>90ANS	placement/AEG
week end hiver	2	2
week end été	1	1
semaine hiver	7	7
semaine été	2	1

Tableau 6 : Comparaison du nombre d'admission des patients âgés de plus de 90 ans et du motif d'admission « AEG/placement »

II.2.4.3. Motifs d'admission et lettre du médecin traitant

Les causes gastro-entérologiques, traumatologiques et infectiologiques sont les principales pathologies amenant nos confrères en ville à adresser leur patient dans un service d'urgences. Viennent ensuite les causes cardiovasculaires et pneumologiques.



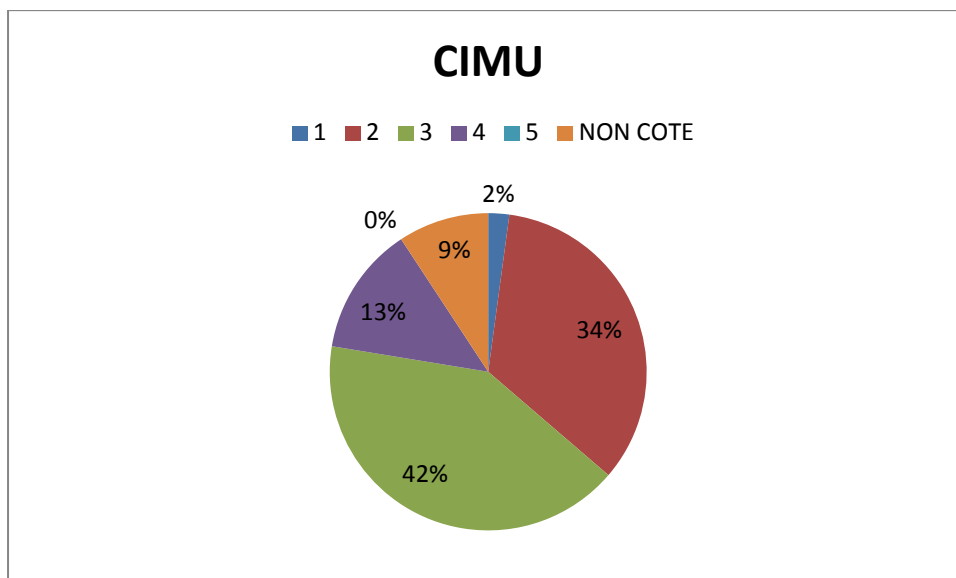
Graphique 9 : Pathologies rencontrées comme motifs d'admission des patients adressés par leur médecin

NB : les pathologies cotées « hématologie, stomatologie, ORL, gynécologie et psychiatrie » n'ont pas été retrouvées dans cette étude

II.2.5. CIMU

La classification de gravité moyenne, soit CIMU 2 et 3, représente **75%** des motifs d'admission.

13% ont été comptabilisés CIMU 4 avec nécessité d'un avis médical immédiat et aucun cas de gravité extrême n'a été retrouvé dans cette étude.

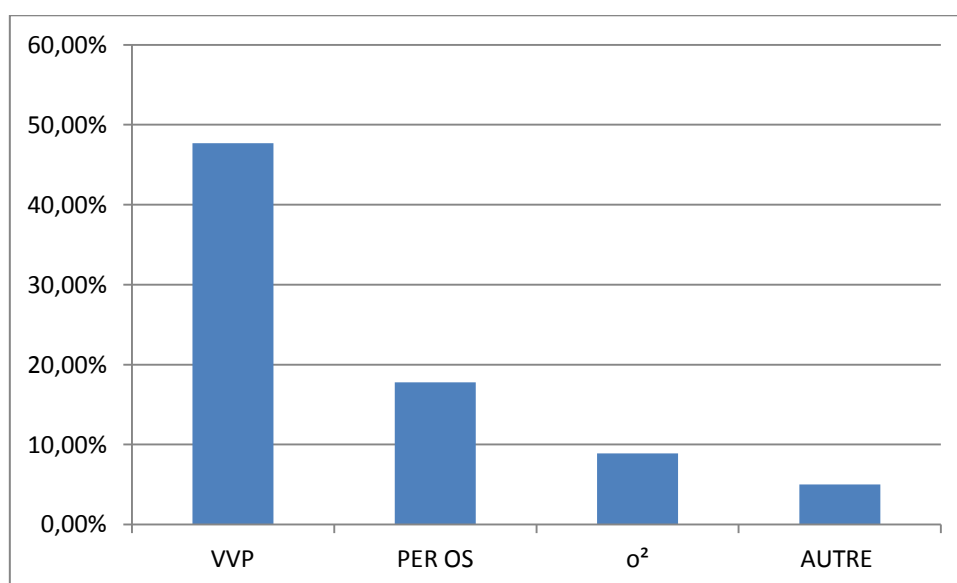


Graphique 10: Classification Infirmière des Malades aux Urgences

II.3. La prise en charge médicale aux urgences

II.3.1. Thérapeutiques

Environ un patient sur deux a bénéficié d'une pose de voie veineuse périphérique associée à un traitement intraveineux que ce soit curatif ou antalgique. (n=134 sur 281 patients soit 47,69%)



Graphique 11 : Mode de traitements entrepris dans le service d'urgence

Un traitement per os a été administré pour 50 patients de cette étude soit 17,79% de notre population étudiée. Il s'agit le plus souvent d'un antalgique donné par l'IAO dès la prise en charge selon le protocole du service.

Le recours à l'oxygénothérapie a été peu utilisé : n=25 soit 8,9% de cet échantillon.

Moins de 5% des patients ont eu recours à l'immobilisation (plâtre ou résine), à un traitement IM ou SC ou à l'aérosolthérapie. On note que le recours aux aérosols n'est comptabilisé qu'en hiver dans cette étude.

Environ 20% de la population consultante aux urgences ne bénéficiera d'aucun traitement institué au SAU.

II.3.2. Les examens complémentaires

52,31% de la population étudiée a bénéficié d'une biologie.

La radiographie (n=117) et l'ECG (n=100) sont les principaux examens complémentaires associées ou non à la biologie.

La bandelette urinaire, examen simple, reste largement pratiquée ; n=69 lors de cette étude.

	RADIO	ECG	BU	ECHOGRAPHIE	TDM	IRM	BIO	GDS
WE HIVER	30	21	15	1	3	0	29	8
WE ÉTÉ	25	25	13	0	6	0	30	2
SEMAINE HIVER	34	32	18	1	9	0	49	3
SEMAINE ÉTÉ	28	22	23	7	5	0	39	4
TOTAUX	117	100	69	9	23	0	147	17

Tableau 7: Nombre d'examens complémentaires selon la période étudiée

8,2% de nos patients ont bénéficié d'un scanner. On remarque un nombre accru de tomodensitométries les jours de semaine.

L'échographie est un examen moins utilisé que la TDM ; seulement 3% des patients y ont eu recours. L'imagerie par résonance magnétique non présente de façon fixe en 2013, au CH de Tulle n'a pas été utilisée lors de cette étude.

Environ ¾ des patients adressés par un confrère de ville ont bénéficié d'une biologie, 60% auront eu un électrocardiogramme, 40% un bilan imagerie simple par radiographie et/ou une bandelette urinaire.

Examens complémentaires	RADIO	ECG	BU	ECHO	TDM	IRM	GDS	BIO
	18	27	18	2	8	0	3	33

Tableau 8: Examens complémentaires réalisés pour les patients adressés au SAU par un médecin

II.3.3. Les avis spécialisés

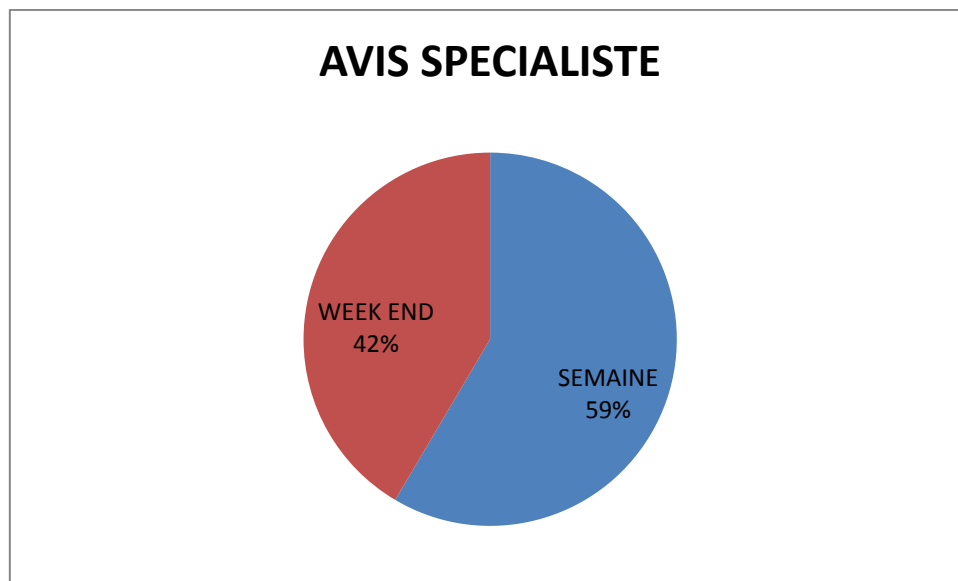
Les recours au cardiologue (n= 17) et au chirurgien orthopédiste (n'=16) restent les plus importants, coïncidant avec les motifs d'admission les plus retrouvés c'est-à-dire la traumatologie et la cardiologie.

Il est à spécifier que l'avis du cardiologue est obligatoire avant toute entrée dans son service que ce soit de jour ou de nuit ; en effet, le cardiologue est de garde sur place.

L'avis spécialisé est toujours pris avant une admission en psychiatrie. Dans cette étude, 10 avis psychiatriques ont été demandés soit 12,2% des avis totaux demandés, ce qui correspond à 10 entrées dans le service de psychiatrie.

On note que le recours à un pneumologue, gastroentérologue, neurologue, endocrinologue et/ ou un oto-rhino-laryngologiste est possible surtout la semaine.

Les chiffres globaux montrent d'ailleurs que les spécialistes sont plus avisés en semaine (n=48) qu'en week end (n'=34).



Graphique 12 : Pourcentage d'avis spécialisés pris lors de cette étude en fonction de la période d'étude, toute spécialité confondue

Un avis à l'anesthésiste- réanimateur a été plus demandé lors de la semaine d'hiver : n=4 sur 5 avis totaux.

Selon la pathologie et le centre de garde en ophtalmologie, l'urgentiste de Tulle a dû avoir recours à un ophtalmologiste de Limoges : ici 4 consultations nécessitent l'avis d'un ophtalmologiste dont 2 avis pris sur Limoges.

	<i>cardio</i>	<i>pneumo</i>	<i>réanimateur</i>	<i>gastroentérologue</i>	<i>urologue</i>
WE HIVER	7	0	1	0	1
WE ÉTÉ	3	0	0	0	2
SEMAINE HIVER	5	2	4	2	1
SEMAINE ÉTÉ	2	2	0	0	5
TOTAUX	17	4	5	2	9

	<i>neurologue</i>	<i>ortho</i>	<i>endocrinologue</i>	<i>ophtalmo</i>	<i>psychiatre</i>
WE HIVER	0	2	0	0	1
WE ÉTÉ	1	7	0	1 (Limoges)	1
SEMAINE HIVER	2	4	1	2 (1 Limoges)	5
SEMAINE ÉTÉ	0	3	0	1	3
TOTAUX	3	16	1	4	10

	<i>gériatre</i>	<i>caisson HB</i>	<i>ORL</i>	<i>gynécologue</i>	<i>chirurgien digestif</i>
WE HIVER	1	2	0	0	1
WE ÉTÉ	0	0	0	0	3
SEMAINE HIVER	1	0	1	1	0
SEMAINE ÉTÉ	0	0	0	0	1
TOTAUX	2	2	1	1	5

Tableaux 9, 9 bis et 9 ter : Nombre d'avis spécialisés pris lors de cette étude

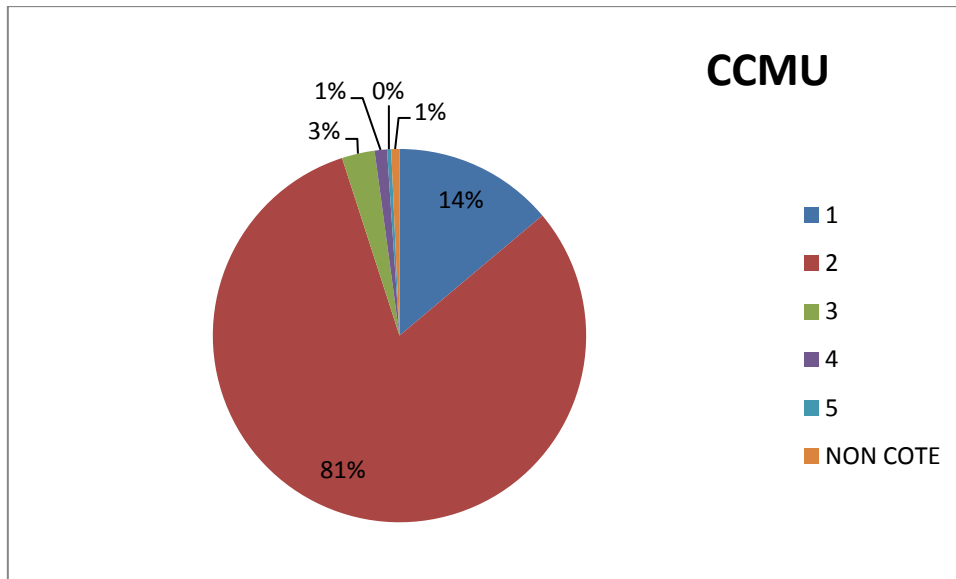
II.3.4. CCMU

Si l'on prend la Classification Clinique des Malades aux Urgences,

81% des urgences sont classées **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Puis loin derrière, 14% sont classées **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

Les CCMU 3, 4 et 5 ne représentent que 4% de l'activité du SAU.



Graphique 13 : Classification Clinique des Malades aux Urgences

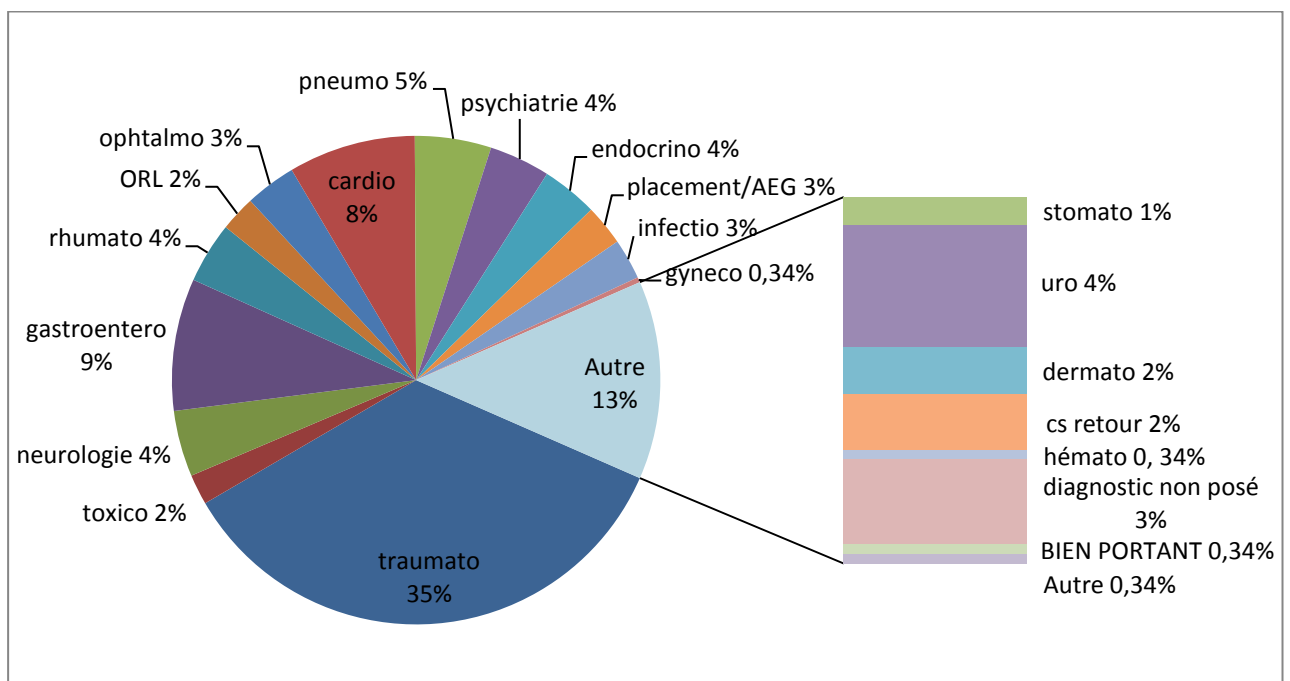
II.3.5. Diagnostics posés

On note peu de différence avec nos résultats concernant les motifs d'admission.

35% de traumatologie.

8% de cardiologie, **9%** de causes gastro-entérologiques, ce qui est moindre par rapport aux motifs d'admission. Les diagnostics ont pu être affinés grâce aux examens complémentaires.

A noter **3%** de diagnostic non posé au SAU.

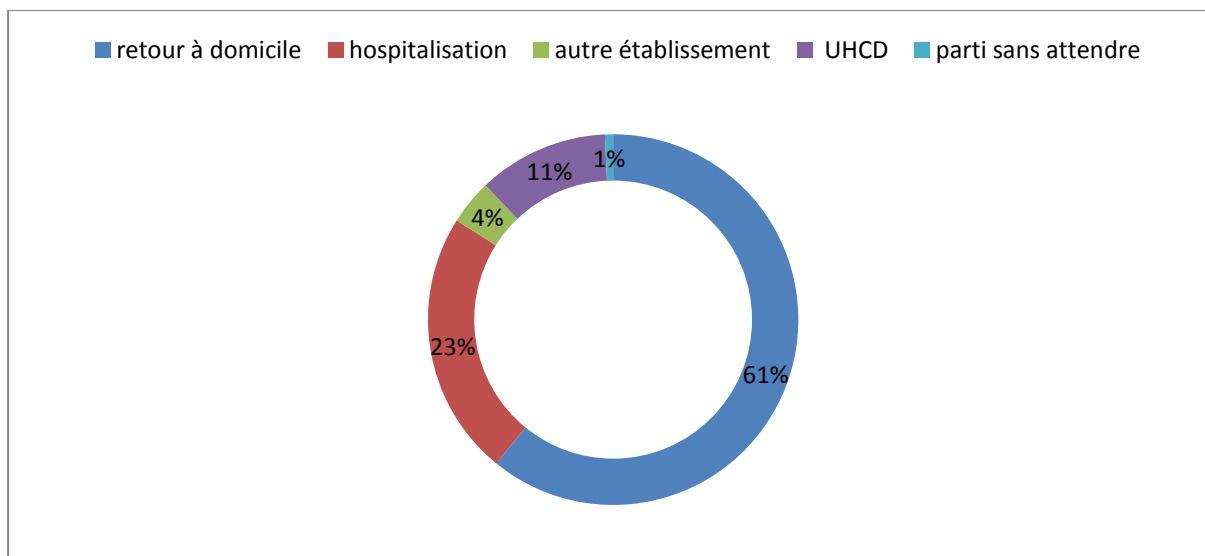


Graphique 14 : Diagnostics de sortie posés aux urgences

II.4. La sortie du patient

II.4.1. Devenir

II.4.1.1. Résultats globaux



Graphique 15 : Devenir des patients après consultation aux urgences de Tulle

171 patients (**60,86%**) ont été externes.

97 patients (**35,5%**) ont été hospitalisés.

DEVENIR	retour à domicile	hospitalisation	autre établissement	UHCD	parti sans attendre
week end hiver	37	14	5	5	0
week end été	36	15	1	7	1
semaine hiver	45	23	4	9	0
semaine été	53	13	1	11	1
TOTAUX	171	65	11	32	2
	60,86%	23,13%	3,91%	11,39%	0,71%

Tableau 10 : Devenir des patients après consultation aux urgences de Tulle

On note plus d'hospitalisations dans un service de MCOP l'hiver que l'été. En effet, celles-ci représentent 56,92% des hospitalisations.

De plus, il existe un plus grand nombre d'hospitalisations en MCOP la semaine que ce soit en été ou en hiver. 55,38% des hospitalisations ont lieu en semaine.

On retrouve une parallèle avec l'activité de l'UHCD qui correspond à une hospitalisation de courte durée. En effet, on note que 62,5% des hospitalisations en UHCD ont lieu en semaine.

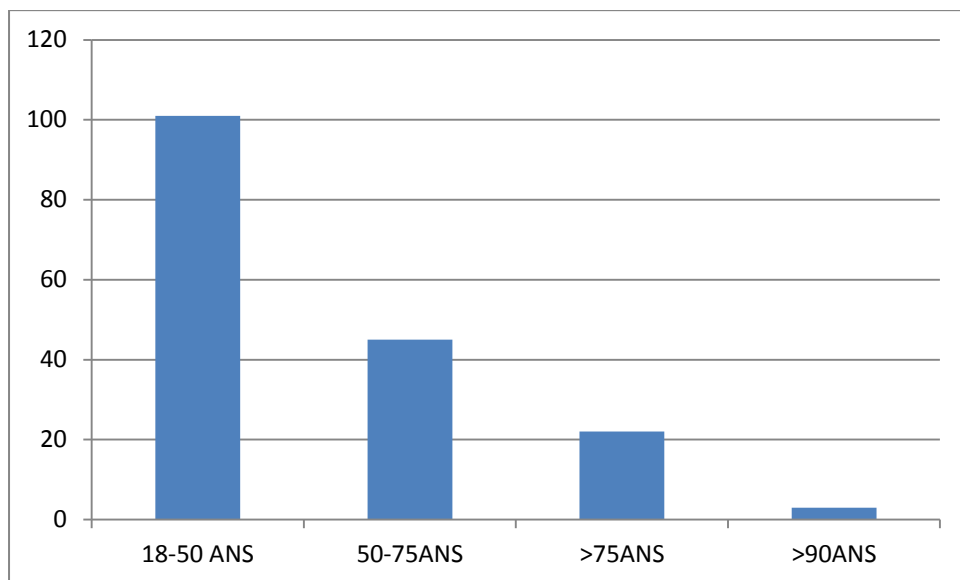
Par contre, il existe une légère différence d'activité à l'UHCD quand il s'agit de comparer l'activité été/hiver ; on note une légère prédominance des entrées l'été. 56,25% des entrées en UHCD ont été répertoriées en période estivale dans cette étude.

Le nombre de « parti sans attendre » est faible avec 0,71% des ces consultations.

Sur les 45 patients adressés par leur médecin, 19 consultants (42,22%) sont rentrés à leur domicile, 25 (55,55%) ont été hospitalisés dont 7 à l'UHCD, 1 est retourné à son établissement d'accueil.

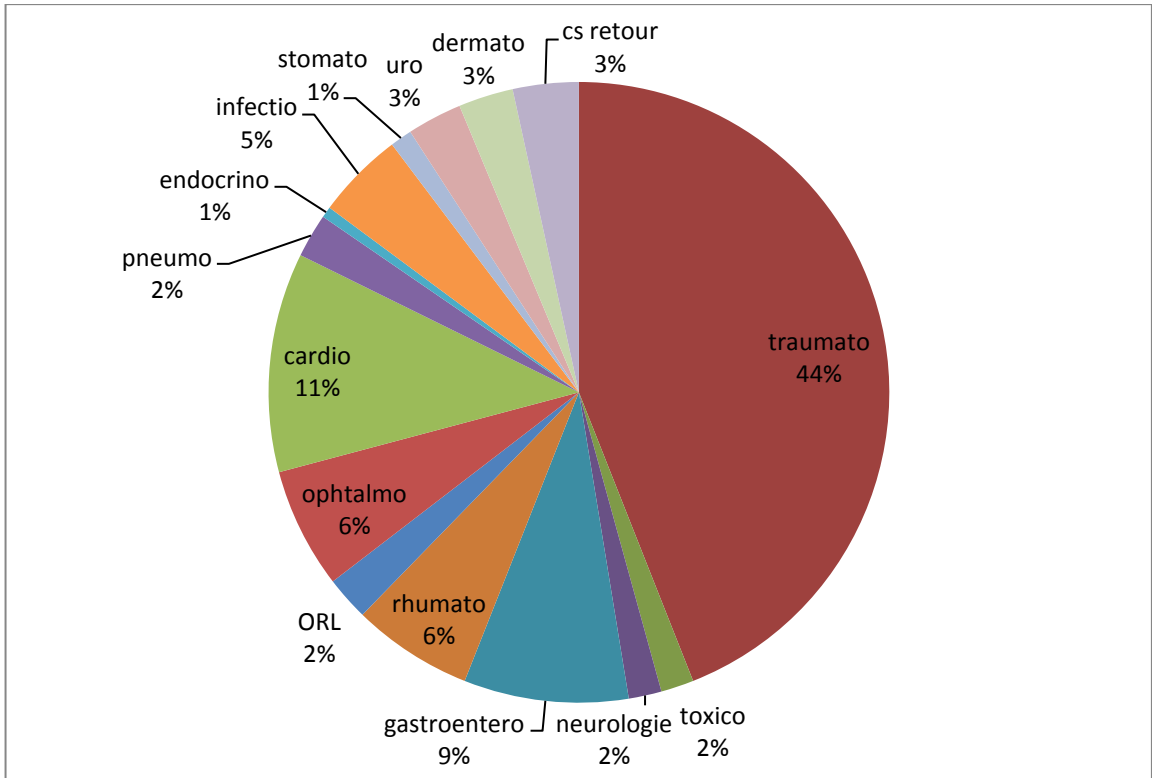
II.4.1.2. Description de la population retournant à domicile

La population jeune est le plus souvent externe : 36,3% de la population globale de cette étude. Elle représente 59,64% des patients retournés à domicile.



Graphique 16 : Tranches d'âge et retour à domicile

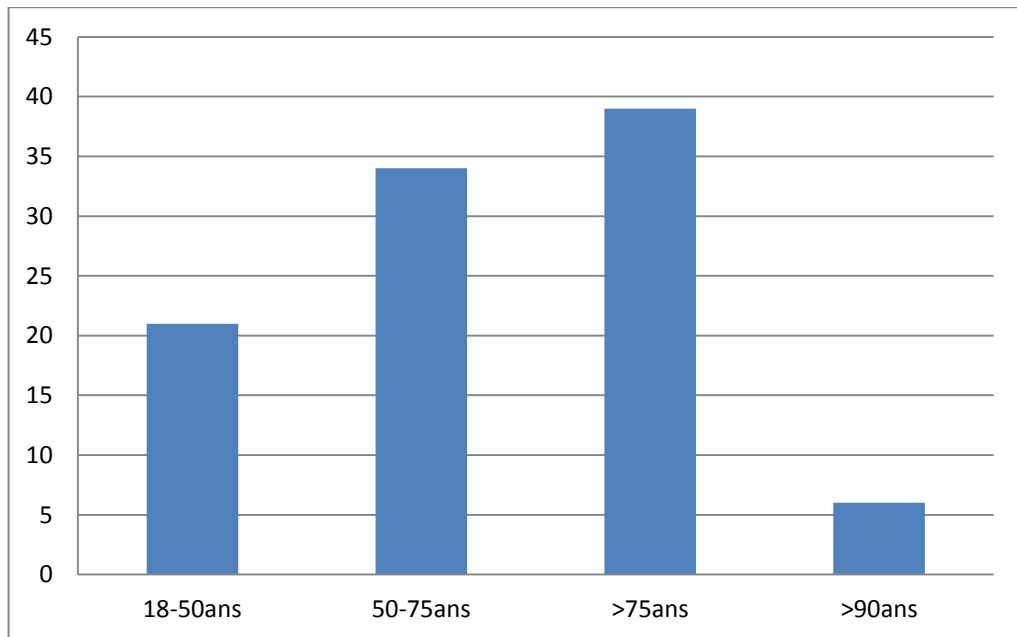
La plupart consulte aux urgences pour de la traumatologie (44%).



Graphique 17 : Motifs de consultation au SAU et patients retournés à leur domicile

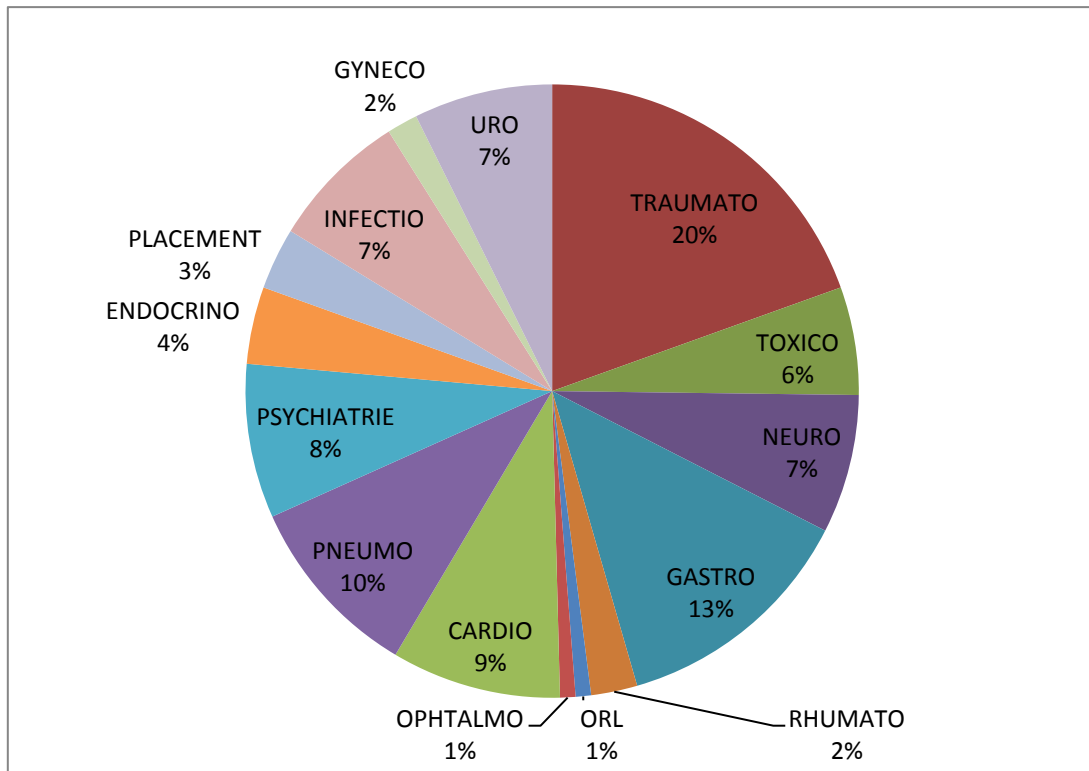
II.4.1.3. Description de la population hospitalisée

On remarque que c'est la population plus vieillissante consultant au SAU qui sera hospitalisée.



Graphique 18: Tranches d'âge des patients hospitalisés

Il n'existe pas une pathologie prédominante ; toutes les pathologies médicales sont retrouvées en valeur à peu près équivalente.



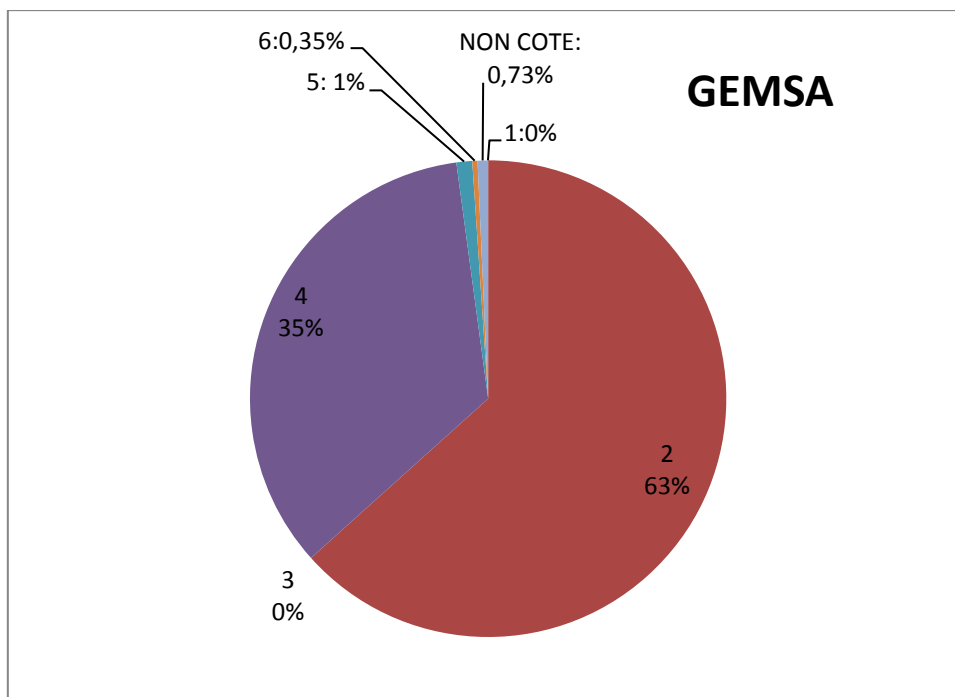
Graphique 19: Motifs de consultation au SAU des patients hospitalisés

II.4.2. GEMSA

Selon la classification GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences, la plupart des cas sont **cotés 2 ou 4**.

- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultation ou soins.
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.

La codification 1 et 3 est absente de notre étude ; 1 cas a été coté 6 et 3 cas cotés 5.



Graphique 20 : Résultats selon la classification GEMSA

II.4.3. Durée de prise en charge

Pour 116 patients (**45,58 %**), la durée de prise en charge était inférieure à deux heures.

A noter que plus de 80 % des patients ont été vus dans un délai de quatre heures ($n= 116 + 110$ soit $41,58\% + 39,43\% = 81,01\%$) et qu'ils avaient quitté le service des urgences (soit hospitalisés soit retournés à domicile).

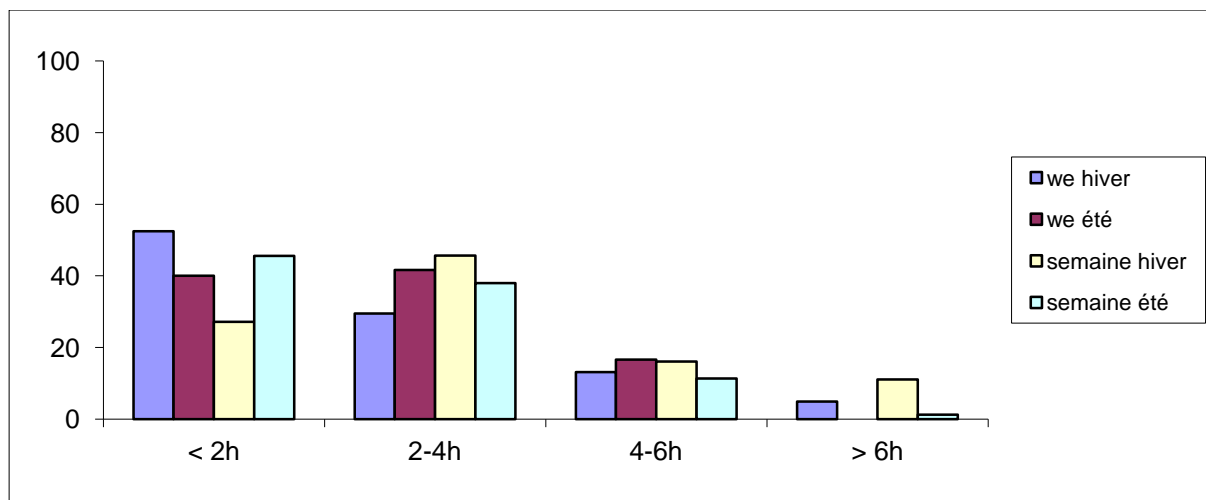
Le temps moyen de passage est comptabilisé à **2h30 de moyenne** sur cette période.

	< 2H	entre 2 et 4h	4 et 6h	>6h
WEEK END HIVER	32	18	8	3
WEEK END ÉTÉ	24	25	10	0
SEMAINE HIVER	22	37	13	9
SEMAINE ÉTÉ	38	30	9	1
TOTAUX	116	110	40	13
	41,58%	39,43%	14,34%	4,66%

Tableau 11 : Temps passé dans le SAU de Tulle

Il n'a pas été mis en évidence de différence dans cette étude entre la durée de prise en charge semaine/week-end. ($p = 0,58$)

On remarque qu'il existe plus de prise en charge longue (> 6 heures) en hiver (n=12 versus n'=1). En effet, cela correspond aux patients en attente de prise en charge dans un service spécialisé par manque de lit disponible.



Graphique 21 : Durée de prise en charge selon les quatre périodes étudiées

Concernant la population adressée par un médecin au SAU de Tulle, la durée de prise en charge est plus longue car le plus souvent, plus d'examens complémentaires sont demandés.

Durée de prise en charge	<2H	2-4H	4-6H	>6H
Nombre de patients	11	17	12	5
	24,44%	37,78%	26,67%	11,11%

Tableau 12: Durée de prise en charge des patients adressés par leur médecin

On remarque que pour la plupart des durées de prise en charge longue (> 6 heures) : n=13 cas dans cette étude, cela dépendait de la prise en charge dans les services spécialisés (n=10) ou en attente d'un résultat d'un examen complémentaire (nombre de TDM = 6, échographie=1) et/ou d'un avis spécialisé (n=9) pouvant contribuer à la pose d'un diagnostic.

Tous ces patients ont bénéficié d'un bilan biologique (n=13), l'électrocardiogramme a été réalisé pour 92% (n=12) de ceux ci.

Lors du week-end d'été, aucune prise en charge n'a excédé six heures.

DEVENIR	Retour à domicile	hospitalisé	autre établissement	UHCD
TOTAUX	2	10	1	0

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	radio	ECG	BU	écho	TDM	IRM	GDS	biologie
TOTAUX	8	12	7	1	6	0	4	13

AVIS SPECIALISES	cardio	pneumo	chir digestif	réanimateur	endocrino
TOTAUX	3	1	1	1	3

Tableaux 13, 13 bis, 13 ter: Devenir et examens bénéficiés par les patients ayant attendu plus de 6 heures au SAU de Tulle

II.5. Comparaison entre le motif d'admission et le diagnostic posé au SAU

II.5.1. Etude des cas de « non concordance »

Sexe Age	Heure d'arrivée	Motif d'admission CCMU	Adressé par médecin	traitement	Examen complémentaire	Avis spécialisé	Durée PEC	Diagnostic posé	Devenir
Masculin >75 ans	12h-20h	Cardio Infectio CCMU 2		oui	Bio/BU/ECG/ GDS/ radio thorax		>6h	Pneumo Uro	Hospitalisé rhumato
Féminin 18-50ans	0h-8h	Neuro CCMU 2		oui	Bio/ECG		2-4h	Neuro non confirmé	RAD
Masculin >75 ans	8h-12h	Neuro CCMU 2		Oui	Bio/ECG/BU		4-6h	AEG	Hospitalisé UAPSD
Masculin 18-50ans	8h-12h	Gastro CCMU2		Oui	Bio/BU/radio		2-4h	Aucun (TDM en hospi)	UHCD
Masculin 18-50ans	20h-0h	Gastro CCMU 2		Oui	Bio/BU		2-4h	Rhumato	UHCD
Masculin >75ans	0h-8h	Gastro CCMU 2		Oui	Bio/BU	Chirurgien digestif	2-4h	Aucun (TDM en hospi)	Hospitalisé chirurgie
Masculin 18-50ans	20h-0h	Gastro Cardio CCMU 2		Oui	Bio/ECG/Radio		<2h	Infectio (TDM en hospi)	UHCD
Masculin 50-75ans	8h-12h	Cardio CCMU 2		Oui	Bio/ECG	Cardio	2-4h	Suspicion cardio	Hospitalisé cardio
Masculin 50-75ans	8h-12h	Gastro CCMU 2	Oui	Oui	Bio/ECG/BU	Gastro	4-6h	Aucun (TDM en hospi)	Hospitalisé gastro
Masculin 18-50ans	12h-20h	Dermato CCMU 1					<2h	ORL	RAD

Sexe Age	Heure d'arrivée	Motif d'admission CCMU	Adressé par médecin	traitement	Examen complémentaire	Avis spécialisé	Durée PEC	Diagnostic posé	Devenir
Féminin 18-50ans	8h-12h	Uro CCMU 2			BU	Gynéco	2-4h	Gynéco	RAD
Féminin 18-50ans	8h-12h	Gastro CCMU 2		Oui	bio		2-4h	Pneumo	RAD
Masculin >75ans	8h-12h	Cardio CCMU 2		Oui	Bio/ECG/BU/ radio		4-6h	Somatisation	Hospitalisé UAPSD
Masculin 50-75ans	8h-12h	AEG CCMU 2	Oui	Oui	ECG/Bio	Psy	2-4h	Gastro	RAD
Féminin >75ans	12h-20h	Traumatolo Rhumato CCMU 2	Oui	Oui	Radio/bio		4-6h	AEG	Hospitalisé médecine polyvalente
Masculin 50-75ans	8h-12h	Corps étranger CCMU 2			Radio		2-4h	Traumatolo	RAD
Masculin 18-50ans	8h-12h	Cardio CCMU 1		Oui	ECG	Cardio	<2h	Psy	RAD
Féminin 50-75ans	12h-20h	Cardio CCMU 2		Oui	Bio/ECG/BU/ Radio		2-4h	Non posé	UHCD
Féminin 50-75ans	12h-20h	Gastro CCMU 2			Bio/ECG/Radio		2-4h	Rhumato	RAD
Féminin 18-50ans	12h-20h	Cardio CCMU 2	Oui		Bio/ECG		<2h	Pneumo	RAD

Sexe Age	Heure d'arrivée	Motif d'admission CCMU	Adressé par médecin	traitement	Examen complémentaire	Avis spécialisé	Durée PEC	Diagnostic posé	Devenir
Féminin 50-75ans	12h-20h	Cardio CCMU 1					4-6h	Psy	RAD
Masculin >75ans	12h-20h	Endocrino CCMU 2	Oui	Oui	Bio/BU/radio	Cardio	4-6h	Cardio Pneumo Traumato	Hospitalisé cardio
Féminin 18-50ans	12h-20h	Gastro CCMU 2		Oui	Bio/BU		2-4h	Infectio Gastro	RAD
Masculin 50-75ans	0h-8h	Infectio CCMU 2		Oui	Bio/BU/ECG		<2h	Coup de chaleur	UHCD
Masculin >75ans	8h-12h	Gastro CCMU 2		Oui	Bio /ECG/TDM TAP		>6h	Pneumo Uro	Hospitalisé médecine polyvalente
Féminin >75ans	8h-12h	Traumatisme CCMU 2		Oui	Radio/bio/ECG/ GDS		4-6h	Pneumo	Hospitalisée médecine polyvalente
Masculin >75ans	12h-20h	Cardio CCMU 2	Oui	Oui	ECG/Bio/TDM TAP	Chir dig	4-6h	Gastro	Hospitalisé UHCD puis chirurgie
Masculin 18-50ans	12h-20h	Cardio CCMU 2		Oui	Bio/ECG/Radio	Cardio	2-4h	Autre	RAD

Sexe Age	Heure d'arrivée	Motif d'admission CCMU	Adressé par médecin	traitement	Examen complémentaire	Avis spécialisé	Durée PEC	Diagnostic posé	Devenir
Masculin 18-50ans	12h-20h	Rhumato CCMU 2		Oui	Bu /Bio	Uro	4-6h	Uro Infectio	Hospitalisé Uro
Masculin >75ans	20h-0h	Endocrino CCMU 2	Oui	Oui	Bio/BU/GDS/ECG		4-6h	Gastro	Hospitalisé gastro
Féminin 50-75ans	8h-12h	Cardio CCMU 1		Oui	Bio/ECG/Radio/ BU		2-4h	Examen bien portant	RAD
Féminin 18-50ans	12h-20h	Neuro CCMU 2		Oui	Bio/BU /ECG/ + Echo	Gynéco	2-4h	Gynéco	RAD
Féminin 18-50ans	20h-0h	Cardio CCMU 2		Oui	ECG/Bio/BU		2-4h	ORL	UHCD (avis ORL)

II.5.2. Résultats globaux

Il existe dans notre étude, **88,17% de concordance** entre les motifs d'admissions évoqués et les diagnostics posés à la fin de la consultation au SAU.

On note plus de non concordance entre le motif d'admission et le diagnostic posé lorsqu'on est **en semaine**. (n=10+13 soit 23 en semaine versus n'=5+5 soit 10 en week end).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon les périodes été/hiver.

	CONCORDANCE	NON CONCORDANCE	NON CONCORDANCE
semaine hiver	68	13	16,05%
semaine été	68	10	12,66%
week-end hiver	56	5	8,20%
week-end été	54	5	8,33%
TOTAL	88,17%	11,83%	

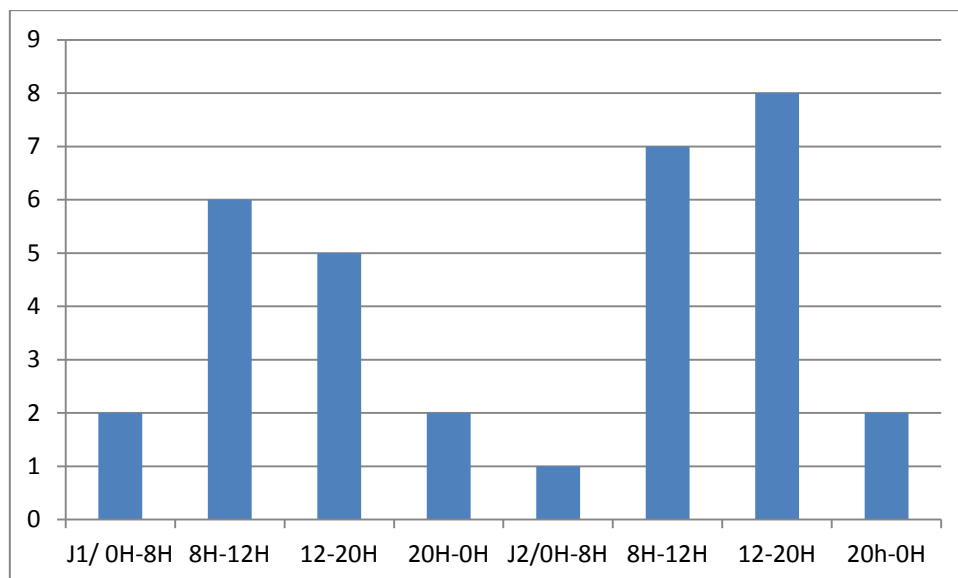
Tableau 14 : Nombre de non concordances entre le motif d'admission et le diagnostic posé aux urgences selon les périodes étudiées

NB : 1 parti sans attendre non comptabilisé en semaine d'été et également 1 en week end d'été.

Dans cette étude, sur ces quatre périodes, sept hospitalisations en UHCD soit 18,9% des hospitalisations en UHCD ont été décidées en attente d'examen d'imagerie afin d'orienter au mieux le patient dans un service adapté. Ceci afin de réduire le temps passé aux urgences et d'installer le patient dans une chambre et non laissé sur un brancard dans un couloir du SAU.

II.5.2.1. Selon l'heure d'arrivée

L'heure d'arrivée aux urgences influe sur ces résultats. En effet, on remarque que la non concordance est plus **élevée lorsque nous sommes en journée** : ici 79% de celles-ci sont recensées sur les tranches horaire 8h-12h et 12h-20h.



Graphique 22 : Nombre de non concordances selon l'heure de consultation

II.5.2.2. Selon les tranches d'âge

Il n'a pas été démontré de différence significative selon l'âge du patient.

La tranche d'âge 18-50 ans est la plus représentée.

Tranches d'âge	18-50 ans	50-75ans	>75 ans	>90 ans
Nombre de non concordances	14	9	10	0
	42,42%	27,27%	30,30%	0%

Tableau 15 : Nombre de non concordances en fonction de la tranche d'âge des patients consultants au SAU de Tulle

II.5.2.3. Selon la CCMU

Seulement 4 cas ont été cotés CCMU 1.

87,87% des autres cas de « non concordance » correspondent à des cas CCMU 2.

II.5.2.4. Adressés par leur médecin

Seulement 7 cas de « non concordance » étaient adressés par leur médecin traitant soit environ 21% des consultations discordantes.

On retrouve 2 motifs d'admission « cardiologiques », 1 « gastro-entérologique », 1 « altération de l'état général », 1 cause « traumatologique », 2 causes « endocrinologiques ».

Cependant sur les 45 patients adressés par leur médecin dans cette étude, il existait plus de **84% de concordance** entre le motif d'admission aux urgences évoqué par le médecin adressant et le diagnostic posé au SAU.

II.5.2.5. Durée de prise en charge

Il est à noter que ce sont pour chacune de ces consultations, des temps plus longs de prise en charge avec la demande de plusieurs examens complémentaires.

Durée de prise en charge	< 2h	entre 2et4h	4et6h	>6h
Nombre de non concordance	5	16	10	2
	15,15%	48,48%	30,30%	6,06%

Tableau 16 : Nombre et pourcentage de non concordances réparties selon leur durée de prise en charge

II.5.2.6. Devenir

42% des cas de « non concordance » sont retournés à leur domicile.

57,5% ont été hospitalisés.

	RAD	hospitalisation	autre établissement	UHCD	Parti sans attendre
Nombre de non concordances	14	12	0	7	0
	42,42%	36,36%	0%	21,21%	0%

Tableau 17 : Devenir des patients étiquetés motif d'admission/ diagnostic de sortie non concordant

II.5.3. Pathologies rencontrées dans nos cas de « non concordance »

Différentes étiologies ont été d'abord suspectées puis confirmées ou infirmées.

Les motifs d'admission « cardiologie » et « gastro-entérologie » sont ceux qui ont été le plus retrouvés dans nos cas de non concordances.

12 cas cotés « cardiologie » versus 9 cas cotés « gastro-entérologie » ont été dénombrés comme motifs d'admission sur 33 cas de non concordance.

Les « douleurs abdominales » sont fréquentes mais révèlent de multiples pathologies dont des pulmonaires.

Les patients consultant pour des « douleurs thoraciques » se présentant d'eux-mêmes aux urgences sont de plus en plus nombreux.

II.5.3.1. Descriptif des cas du week-end hivernal

5 cas de discordances ont été comptabilisés sur 61 patients inclus soit 8,2% des consultations.

On note deux consultations en heures nocturnes contre trois en heures ouvrables.

Le premier consulte pour « fièvre ». Après une biologie et une gazométrie artérielle, un ECG, une radiographie du thorax (montrant un foyer de PFLA droite) et une BU positive, le diagnostic posé est alors de néphrite interstitielle droite et pneumopathie droite.

La deuxième consultation est particulière car la patiente, épileptique connue, a refusé les examens complémentaires et l'hospitalisation; une cause neurologique a été évoquée mais non confirmée.

La troisième discordance vient du fait que le motif d'admission était coté neurologique (vertiges). Après un interrogatoire poussé, un examen clinique rassurant, une biologie, un ECG, une BU strictement normaux, le diagnostic d'altération de l'état général a été discuté avec un part de psychiatrie sous jacente.

Un cas coté gastro-entérologie au PAO, chez un patient jeune, en période d'épidémie s'est révélé être un ulcère perforé, diagnostic d'abord suspecté devant des épigastralgies hyperalgiques puis ce diagnostic a été posé après une courte hospitalisation à l'UHCD en attente de la tomодensitométrie.

Enfin, un dernier patient se présente pour des douleurs abdominales qui ont été étiquetées « douleurs musculaires » dans un contexte sportif intensif après une biologie, une BU et deux examens médicaux rassurants.

II.5.3.2. Descriptif des cas du week-end estival

Une patiente âgée, adressée par le médecin de garde, aux heures de nuit profonde, pour bilan de douleurs abdominales (gastroentérologie) a été hospitalisée en chirurgie viscérale après suspicion de syndrome occlusif sur pathologie tumorale après un avis du chirurgien de garde. Une biologie, une BU n'orientaient vers aucune pathologie. Une pose de sonde naso-gastrique a été décidée et une TDM a été programmée en hospitalisation. Aucun diagnostic franc n'a été posé au SAU.

Un patient jeune, consultant à 4 heures du matin, se présentant pour une hyperthermie, douleur thoracique, douleurs abdominales a été également hospitalisée devant une biologie, une radiographie thoracique, un ECG et BU normaux. Le diagnostic coté a été « fièvre » mais aucune pathologie n'a été confirmée.

Une douleur thoracique, suspectée comme une péricardite au PAO devant les antécédents personnels du jeune patient, s'est révélée être de l'anxiété. Après un interrogatoire poussé, une absence de contage viral, un ECG, une biologie et après avis du cardiologue, le patient a

été hospitalisé en cardiologie. Il a pu regagner son domicile avec un contrôle biologique et une consultation cardiologique rapprochée après 24 heures d'hospitalisation.

Un probable diagnostic de diverticulite, évoqué dans une lettre d'un médecin traitant, a été repris par l'IAO mais non confirmé au SAU. Une biologie, une BU n'ont pas orienté le diagnostic ; la patiente a alors été hospitalisée en gastro-entérologie pour la poursuite de la prise en charge.

Enfin, pour cette période, un patient bien connu du service de SAU a consulté vers minuit pour un problème coté « dermatologie » comme motif d'admission ; il s'avéra qu'il s'agissait d'une pharyngite; diagnostic posé après un examen clinique complet.

II.5.3.3. Descriptif des cas de la semaine hivernale

Cette période est celle où l'on retrouve le plus de « non concordances ».

Une patiente en âge de procréer consulte aux urgences pour un problème coté urologique. Il s'avéra qu'après un premier examen clinique par l'urgentiste, une BU et une biologie rassurants, une pathologie gynécologique a alors été suspectée et confirmée par le gynécologue de garde.

Une jeune fille consultant pour des douleurs de la fosse lombaire droite, a été cotée « bronchite » après un examen clinique retrouvant des ronchii de la base droite.

Un patient âgé de plus de 80 ans, récemment veuf, s'adressa aux urgences pour une douleur thoracique. Un interrogatoire et un examen clinique complets, une radiographie thoracique, une biologie avec première troponine négative, un ECG sans anomalie électrique nous poussa à poser le diagnostic de somatisation. Une hospitalisation dans le service de Passerelle avec cependant, une surveillance cyclique de la troponine a été préconisée ; il s'avéra que le problème coronarien a été exclu.

Un autre patient, âgé de 69 ans, adressé cette fois-ci par le médecin traitant pour une « altération de l'état général » et douleurs diffuses a été diagnostiqué : reflux gastro-oesophagien. L'interrogatoire et un examen clinique orientèrent vers une pathologie plus psychiatrique que somatique ; une consultation psychiatrique fut même programmée. Un bilan biologique, électrocardiographie ont été réalisés mais ne trouvaient pas d'anomalie notable.

Une patiente, âgée de plus de 75 ans, adressée également par son médecin traitant qui évoquait une lombalgie nécessitant un bilan radiologique devant une suspicion de chute a été cotée comme motif d'admission : traumatisme grave et rhumatologie. Après un bilan radiologique et une biologie (suspicion de rhabdomyolyse), le diagnostic « altération de l'état général » a été retenu devant une anémie et des troubles ioniques ; on note également une contusion du thorax avec fractures fermées de côtes.

La notion de « corps étranger dans les parties molles » a été un autre motif d'admission. Après une radiologie et une exploration sous anesthésie locale, celui-ci n'a pas été retrouvé. Le diagnostic « traumatisme bénin » a été enregistré.

Une suspicion de « phlébite » chez un patient jeune sportif, adressé par le médecin traitant, a pu être récusée devant des mollets indolores, des d-Dimères négatifs, un ECG rassurant ; un écho-doppler veineux des membres inférieurs a cependant été prescrit à réaliser en externe.

On retrouve le diagnostic de « bronchite » (donc « pneumologie ») comme diagnostic de sortie.

Deux cas de douleurs thoraciques se sont présentés spontanément aux urgences. La première douleur thoracique (une femme, jeune, sans FDRCV ou antécédent particulier coronarien) s'avéra être de l'anxiété et la seconde (homme, surpoids, diabétique, avec première troponine et ECG rassurants) a été hospitalisée en UHCD pour un cycle troponine.

Un cas de « douleur abdominale » (gastroentérologie) a été diagnostiqué après un examen clinique et des examens complémentaires biologiques et BU comme des « douleurs musculaires » (rhumatologie).

Une patiente se présentant d'elle-même pour soit disant « rétention d'eau », motif d'admission cardiovasculaire enregistré, après avoir passé plus de quatre heures dans le service de SAU et réexaminée par un interne et un sénior, ayant une biologie strictement normale et après avoir été consultée par un cardiologue et un psychiatre a été diagnostiquée « anxieuse » donc coté en psychiatrie.

Un patient polypathologique a été adressé au SAU par son médecin traitant pour motif endocrinologique : décompensation de diabète. Après un bilan biologique, urinaire et radiologique, les diagnostics posés sont : bronchite (pneumologie), fracture de côte (traumatologie), insuffisance cardiaque (cardiologie) et déséquilibre de diabète (endocrinologie). Une hospitalisation en cardiologie a été préconisée. Il ne s'agit pas vraiment d'une discordance mais d'un affinage concernant les diagnostics.

Enfin, le dernier cas de discordance de cette période, concerne un patient alcoolique connu pour des pancréatites aiguës sur terrain de pancréatite chronique qui s'adresse de lui-même aux urgences pour des douleurs abdominales cotées « suspicion de pancréatite » comme motif d'admission. Après un examen clinique abdominal soigné, une biologie et une BU rassurantes, le diagnostic posé a été « gastroentérite aiguë ».

II.5.3.4. Descriptif des cas de la semaine estivale

Sur 79 passages, 10 « non-concordances » ont été comptabilisées soit 12,66% des consultations.

Un cas coté « infectiologie » comme motif d'admission devant une hyperthermie s'est révélé être un coup de chaleur. Cependant ce patient a été hospitalisé à l'UHCD pour une réhydratation intraveineuse et une biologie.

Une patiente âgée de plus de 75 ans, se présentant pour des douleurs abdominales cotées « gastro-entérologie » a été hospitalisée suite à une biologie montrant un syndrome inflammatoire et une TDM thoraco abdomino pelvienne qui ont posé les diagnostics de « pleurésie bilatérale » et « rétention aiguë d'urines ». Sa durée de prise en charge a été de plus de 6 heures.

Un patient consultant pour un « traumatisme » des os propres du nez a été hospitalisé pour un bilan de « dyspnée », (pneumologie) diagnostic de sortie du SAU. En effet, l'examen clinique n'étant pas rassurant, une radiographie thoracique en plus de celle des os propres du nez, une gazométrie artérielle, une biologie et un ECG ont été prescrites.

Le motif d'admission « cardiologie » (troponine positive) a été coté pour un patient insuffisant rénal, âgé, adressé par son médecin traitant pour poursuite du bilan. La biologie de contrôle, l'ECG mais surtout une hyperthermie franche avec un examen clinique retrouvant un point d'appel abdominal a poussé l'urgentiste à demander une TDM. Celle ci retrouvera un abcès profond du psoas nécessitant une prise en charge chirurgicale.

Une prise en charge médicale pré-hospitalière, chez une patiente présentant une douleur thoracique, aux antécédents de péricardite, a été cotée comme motif d'admission cardiologique « suspicion de péricardite » mais on retrouve comme diagnostic de sortie « autre douleur thoracique ». Les examens au domicile de la patiente puis les examens cliniques, biologiques et électrocardiographiques au SAU ont pu écarter ce diagnostic.

Un patient consultant de lui même pour des « douleurs et œdèmes de jambes » (rhumatologie) a été diagnostiquée « érysipèle » donc cotée « infectiologie » après un examen clinique, une hyperthermie et une biologie en faveur.

Au cours de la nuit profonde, un patient a été adressé par le médecin de la permanence des soins pour une « hyperglycémie » donc « endocrinologie » que l'on retrouve comme motif d'admission. Après contrôle glycémique, biologie, BU et ECG, le diagnostic d' « anémie » donc cause « gastroentérologique » a été posé qui a nécessité une transfusion de deux culots globulaires aux urgences.

Un patient se présentant de lui-même aux urgences, pour une douleur thoracique (motif d'admission : cardiologie) a été examiné puis bilanté et le diagnostic « examen d'un sujet bien portant » a été coté avec cependant, après avis cardiologique, un holter ECG programmé en externe.

Enfin, deux cas de « malaises », un associé à une pathologie « neurologie » et l'autre à une pathologie « cardiovasculaire » (palpitations) ont subi différents examens complémentaires. La première patiente a été en fait adressée à nos collègues de gynécologie devant un abdomen douloureux et une échographie sus pubienne retrouvera une pathologie gynécologique. La seconde a été hospitalisée à l'UHCD pour un bilan ORL le lendemain matin. Les premiers examens : ECG, BU, biologie étaient strictement normaux mais on retrouvait la notion de vertiges et de surdité de l'oreille droite.

Partie 3 : DISCUSSION

I. Discussion

I.1. Points forts de l'étude

Cette étude a été faite de façon exhaustive : **tous** les patients âgés de plus de dix huit ans ont été inclus afin d'éviter un biais de recrutement.

Elle a été réalisée sur l'année 2013 ; quatre périodes ont été étudiées : comparaison été/ hiver et semaine / week-end car nous savons que l'activité d'un service d'urgences dépend de la saisonnalité et diffère selon que l'on soit en semaine ou en week-end. Il semblerait qu'ainsi un biais de sélection soit minimisé.

Le recueil des données a été rétrospectif donc l'étude n'a pas influencé nos collègues dans leur comportement ou sur la tenue des dossiers. De plus, celui-ci a été fait à partir d'un logiciel informatique ResUrgences fiable quant aux informations contenues. Celui-ci permet une lecture simple et permet un recueil des informations standardisé que ce soit la partie secrétariat, les informations du poste d'accueil jusqu'aux parties paramédicale et médicale du dossier.

I.2. Limites de l'étude

Notre étude se déroule sur un **temps court** : quatre périodes de deux jours soit **huit** jours au total. Celle-ci n'est peut être pas suffisamment représentative de l'activité annuelle d'un service d'urgences. De plus, les journées de lundi et vendredi connues pour leur plus grande influence n'ont pas été intégrées dans cette étude.

On note également que cette étude reste **unicentrique** mais notre but premier était l'étude du profil du SAU de Tulle.

Nous avons exclu la population pédiatrique devant le recrutement biaisé selon l'heure de consultation jour/nuit. En effet, les jours ouvrables, avant 18h30, nous ne recevons que la pédiatrie « traumatologique » (la pédiatrie médicale et chirurgicale est directement prise en charge par le service de pédiatrie) ; par contre, après 18h30 et le week-end, nous recevons toute la pédiatrie, toutes pathologies confondues. Cette population représente plus de 20% de l'activité du service de SAU de Tulle.

Dans cette étude, nous n'avons pas eu de décès aux urgences. Il s'avère que malheureusement, cela fait également partie de l'activité d'un SAU.

On peut noter également que nos résultats ont été dépendants des informations recueillies dans les dossiers informatisés. Selon l'affluence de consultations au SAU et selon les professionnels, le contenu des dossiers était différent.

I.3. Discussion de nos résultats au SAU de Tulle

I.3.1. Résultats globaux

Il s'agit de la première thèse sur ce sujet au SAU de Tulle.

Une précédente thèse du Dr Chauvière, en 2013, concernant les *courriers des médecins traitants adressant un patient aux urgences de Tulle*, [8] retrouvait que seulement

16 % des patients au cours de son étude, étaient adressés avec un courrier au SAU de Tulle. Nos résultats sont superposables : en effet, 15,5% de nos patients étaient adressés par un médecin aux urgences.

Cependant, il est à noter que cette information « adressé ou non par un médecin » n'est pas pré-enregistrée sur le logiciel « Resurgences ». Elle n'apparaîtra informatiquement dans le dossier que si l'IAO ou le médecin référent l'ont notée. Ceci représente un biais et cette donnée est peut être sous-estimée.

Une autre étude concernant l'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences, travail de thèse des Dr Cadat et Dr Trolong-Bailly, publiée en 2006, retrouve 54% de leurs patients admis au SAU de Grenoble avec un courrier. [5].

Nos résultats sont plus faibles. En vue de la concordance de nos résultats avec celle du Dr Chauvière ayant lieu dans le même centre hospitalier, cela reste discutable. La population tulliste viendrait-elle plus d'elle même ?

De plus, dans l'étude des Dr Cadat et Trolong-Bailly [5], les admissions des urgences médicales classées selon la CCMU étaient : 82% de patients classés CCMU 2 et 3 ; seulement 5% de CCMU 4 et 5. Nos chiffres correspondent à ces données avec 84% de cas CCMU 2 et 3 ; 1% pour les cas CCMU 3 et 4.

Il existait dans cette étude grenobloise [5], 98% de concordance des diagnostics entre le médecin adressant et le médecin urgentiste. Nos résultats sont moindres (84%) mais restent moins critiquables que ceux de Grenoble qui semblent élevés.

La traumatologie représente un tiers de l'activité du SAU et cette activité est plus importante en semaine qu'en week-end.

Concernant la durée de prise en charge plus longue en hiver, (en effet, nous retrouvons plus de cas de délai de prise en charge supérieure à 6 heures en hiver), cela peut venir du fait que l'hôpital est « saturé » et le patient attend alors sa place en hospitalisation dans le service des urgences.

Concernant le devenir des patients adressés par leur médecin traitant [5], 56% étaient hospitalisés et 38% avaient regagné leur domicile. Les 6% restant correspondaient aux fugues et aux patients décédés. Ces résultats restent concordants avec les nôtres.

Le nombre de « parti sans attendre » est faible mais est comparable aux autres centres hospitaliers. 1,64% au CH de Brive la gaillarde, 0,8% au CH de Guéret, 1% au CH de Saint Junien, 0,76% au CH d'Ussel versus 0,71% au SAU de Tulle. (chiffres EPSILIM, [24]).

I.3.2. Discussion sur la « non concordance » entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie aux urgences

Nos résultats ne montrent que 12% de « non concordance » entre le motif d'admission enregistré à l'entrée du patient aux urgences et le diagnostic de sortie coté à la fin de la consultation au SAU ; ce qui paraît faible. Nous parlons évidemment des résultats globaux avec les grands items de diagnostics : traumatologie, cardiologie, pneumologie, gastro-

entérologie... L'affinage des diagnostics aurait peut être montré plus de « non concordance ». En effet, un traumatisme côté comme en motif d'admission est considéré concordant qu'il s'agisse d'une entorse ou d'une fracture ; le diagnostic de sortie retenu reste celui de « traumatologie ».

La « non concordance » vient du fait que le diagnostic est posé au SAU.

La semaine, les patients sont souvent adressés aux urgences par leur médecin traitant avec une suspicion de diagnostic inscrit sur la lettre, repris alors par l'infirmière du poste d'accueil qui s'avère confirmé ou infirmé après multiples examens complémentaires réalisés aux urgences.

Il s'avère que le recours aux examens complémentaires (imagerie) et aux spécialistes est plus aisé en semaine et aux heures ouvrables. Ainsi, on note plus de « non concordance » entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie du SAU à ces périodes : journée et semaine. La disponibilité des médecins et la possibilité de discuter des dossiers entre équipes permettent d'orienter les diagnostics. Un service de garde a malheureusement moins de moyens de communication et d'accessibilité aux examens complémentaires et aux avis de ses collègues spécialistes.

On note également qu'il existe plus d'hospitalisations complètes ou en UHCD les week-end afin de compléter les examens ou en attente d'imagerie. Le diagnostic reste alors en suspens à la fin de la consultation au SAU.

A noter une étude faite à l'hôpital de Nancy, correspondant au travail de thèse du Dr Tack, [33], en 2012, qui étudiait *les concordances entre les diagnostics posés au SAU et les diagnostics hospitaliers d'aval*. On retrouve dans ses travaux, sur 512 dossiers étudiés :

- 92,5% de concordance entre le diagnostic posé au SAU et le diagnostic hospitalier dans les items cardiologie dont 24% de diagnostics affinés ; la cardiologie représentant 22% de l'activité au SAU dans cette étude ;

- 92% de concordance dans l'item pneumologie dont 17,5% de diagnostics affinés ; la pneumologie représente 21% des diagnostics posés au SAU ;

- 98% de concordance pour les diagnostics traumatologiques dont 7,5% de diagnostics affinés ; la traumatologie est la 3^{ème} pathologie principale avec 19% des diagnostics rencontrés au SAU ;

- 94,5% de concordance en neurologie dont 16% de diagnostics affinés ;

- 96% de concordance en gastro-entérologie dont 16,6% de diagnostics affinés dans le service ;

- Enfin, pour les résultats les plus importants, 100% de concordance en endocrinologie et 97% de concordance pour l'item : intoxication.

Cela montre que malgré le temps de prise en charge de plus en plus long dans les services d'urgences, une étude des symptômes et le recours aux examens complémentaires permettent de poser un diagnostic juste. Ceci peut aussi expliquer l'allongement du temps de passage aux urgences.

II. Comparaison avec d'autres SAU

Carte en annexe 3

II.1. En Corrèze : SAU de Brive la Gaillarde et SAU d'Ussel

Grâce aux données d'EPSILIM [24], nous avons pu comparer nos résultats au sein du département de la Corrèze et sur les mêmes dates de l'étude. Il est à noter que ces chiffres comprennent la population pédiatrique.

Nous avons deux autres centres hospitaliers au sein du département : le centre hospitalier de Brive la Gaillarde et celui d'Ussel. L'activité de Brive reste supérieure à celle du SAU de Tulle. Le nombre moyen de passages sur ces quatre périodes a été de **91 passages** journaliers. L'activité à Ussel est inférieure avec un passage moyen de **33,25 patients** par jour. On remarque dans ces données que l'activité estivale du SAU briviste est presque doublée par rapport à son activité hivernale. Ceci n'a pas été mis en évidence dans notre étude tulliste.

La population jeune (correspondant à notre tranche d'âge **18-50 ans**) est majoritaire dans ces trois centres hospitaliers. On note également une population très âgée avec plus de 3% des consultants qui ont plus de 90 ans.

Les motifs d'admissions principaux restent la traumatologie avec 340 cas au SAU de Brive soit **46,44%** de leur activité et 108 patients traumatisés au SAU d'Ussel soit **48,23%** de leur activité. Puis, viennent ensuite les urgences cardiologiques et digestives. Nos résultats restent concordants avec les autres SAU départementaux.

Le temps de passage moyen (étudié ici sous le terme de durée de prise en charge) au SAU de Brive est de **2h35** et celui d'Ussel : **2h02**. Nos données sont superposables.

En ce qui concerne l'orientation des patients, la part des hospitalisations au SAU de Brive est de **27%** et celle du SAU d'Ussel représente **24%**. 69% des patients sont retournés à leur domicile sur Brive et plus de 73% sur Ussel.

L'activité de ces trois SAU reste comparable même si le SAU de Brive accueille plus de patients.

II.2. En Limousin

Si on élargit notre terrain de comparaison, l'activité du SAU de Guéret, en Creuse (département 23) et celles du SAU de Saint Junien et Saint Yrieix la Perche, en Haute Vienne (département 87) se rapprochent de nos résultats. [24]

II.2.1. En Creuse

Au SAU de Guéret, ville de 13 563 habitants (INSEE 2011) [26]:

- Le nombre moyen de passages sur ces quatre périodes est de **47,5 patients** quotidiennement.

- Les motifs principaux de consultation sont la traumatologie à **40,56%**, les causes digestives à **14,25%** puis les causes cardiovasculaires à **14%**.

- La tranche d'âge la plus représentée est celle des **18-50 ans** (n=131 soit 40,55% de la population) mais il s'avère que si l'on additionne les tranches d'âge 50-75ans, plus de 75 ans et plus de 90 ans, cela représente n'= 192 patients consultants au SAU de Guéret soit 59,45% de la population.

- **58%** des patients sont retournés à leur domicile après consultation contre **36%** d'hospitalisations.

II.2.2. En Haute Vienne

- Au SAU de Saint Yrieix la Perche, ville de 6 887 habitants (INSEE 2011) [26] :

- Le nombre moyen de passages sur ces quatre périodes est de **25, 13 patients** quotidiennement, activité divisée par deux par rapport à notre centre d'étude. La proximité avec le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, seulement vingt kilomètres, peut expliquer ces résultats.

- La traumatologie légère et les causes cardiogériatriques sont les principaux motifs d'admission au SAU de Saint Yrieix la Perche.

- La tranche d'âge la plus représentée est celle des **50-90 ans** avec 53,99% de la population consultant au SAU contre 46,01% des patients âgés entre 18 et 50 ans.

- La part d'hospitalisés représente environ **30%** contre **66%** de retours à domicile.

- Au SAU de Saint Junien, ville de 11 506 habitants (INSEE 2011) [26]:

- Le nombre moyen de passages sur ces quatre périodes est de **38,88 patients** quotidiennement.

- Les motifs principaux de consultation sont la traumatologie à **44,2%**, les causes digestives à 16% puis les causes cardiovasculaires à 11%.

- La tranche d'âge la plus représentée est celle des **18-50 ans** (n=107) soit 47,77% des consultants.

- La part d'hospitalisés représente **28%** contre **67%** de retours à domicile.

Nos chiffres restent comparables à l'activité de ces centres.

II.3. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges

Le CHRU de Limoges reste le centre hospitalier de référence de la région Limousin. Les diagnostics les plus complexes et les prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques sont centralisés dans cet hôpital.

En comparaison [24] avec notre période d'étude, le nombre moyen de passages quotidiens au SAU de Limoges a été de **106,5**. Il s'agit ici, de la population adulte car il existe un Hôpital Mère-Enfant qui reçoit toute la population pédiatrique de 0 à 16 ans pour la chirurgie et de 0 à 18 ans pour la médecine.

Le temps moyen de passage au SAU du CHRU est de **5h59** ce qui reste trois fois plus long que dans un centre hospitalier périphérique.

L'activité n'est pas comparable avec celle du SAU de Tulle et reste plus importante même si on retrouve des pourcentages comparables comme **35,25%** d'hospitalisations et **58,5%** de retours à domicile.

Concernant les motifs d'admissions et diagnostics posés aux urgences, la traumatologie représente **28,38%** des consultations contre **59,89%** de prises en charge médicochirurgicales.

II.4. National

La fréquentation des SAU a doublé en 10 ans [32], [14]. En 2013, **20 millions d'entrées** aux urgences ont été comptabilisées soit une augmentation de plus de 5 millions d'entrées par rapport à 2008 ; ce qui représente 25% de patients en plus ayant consulté dans un SAU entre 2008 et 2013.

Les chiffres nationaux concernant la durée de la prise en charge des patients dans un service d'urgences affirment que la **moitié** des patients sont consultés **en moins de deux heures** et que **seulement 4% de celle-ci dure plus de 8 heures**.

Sur le centre hospitalier d'Angoulême, ville comptabilisant 42 242 habitants (chiffres INSEE 2011) [26], la moyenne de passages a été de **104 passages** par jour. La tranche d'âge majoritaire consultant en journée est celle des **15-50 ans**. Dans cette étude, **65%** ont consulté pour de la traumatologie, **35%** pour du somatique. [4] On note **88%** de retour à domicile et **10,5%** d'hospitalisation. Le temps moyen de prise en charge a été **d'1 heure 40minutes**. Il est à intégrer qu'il s'agit d'une étude faite aux heures ouvrables, en 2012, pour comparer l'activité avec une permanence de soins dans un cabinet généraliste.

Selon une autre thèse d'une collègue grenobloise [22], concernant les patients adressés aux urgences par SOS médecins, les principaux motifs d'admission sont les douleurs abdominales (cotées cause gastro-entérologique par IAO), les douleurs thoraciques et la dyspnée (cotées cause cardiovasculaire) soit 45% des motifs d'envoi aux urgences.

Dans l'étude DRESS, [6] réalisée auprès d'échantillons de patients de 120 services d'urgences, en 2002 (et renouvelée en 2013 mais dont les résultats ne nous sont pas encore parvenus), le quart des usagers ont moins de 15 ans, **43% ont moins de 25 ans** et les personnes de plus de 75 ans ne représentent que 14% des usagers. La fréquentation le week-end et la semaine est **équivalente** et reste plus faible la nuit. Ces résultats restent concordants aux nôtres. Près de trois quart des patients consultent d'eux-mêmes sans avoir consulté de

médecin (résultats moindres que les nôtres) et viennent par leurs propres moyens. Les traumatismes et les problèmes somatiques représentent les principales causes de consultations. Les trois quart ont bénéficié d'au moins un examen diagnostique ou de soins. Trois quart des patients sont jugés non inquiétants, dans un état clinique stable. Le retour à domicile est préconisé dans **70%** des cas. **19%** des cas sont hospitalisés, dont la majorité de ces patients ont plus de 70 ans. Nous retrouvons dans notre étude un plus grand nombre d'hospitalisés mais qui coïncident avec les rapports des autres hôpitaux régionaux.

Selon un rapport de la SFMU [32], [23], le motif de recours traumatologique représente plus de la moitié des passages dans les SAU (**50,4%** versus notre étude 35%) et concerne une population plus jeune (31,2 ans versus 38,3) dont la durée de passage est plus courte (94,6 minutes versus 147,7) et dont les besoins en terme d'aval hospitalier sont plus faibles (10% versus 31,8). Dans notre étude, les causes traumatologiques chez les 18-50 ans représentent environ 40% des motifs d'admissions. Nos résultats restent cohérents avec les études nationales.

II.5. Un exemple à l'étranger

Une étude publiée par Professeur Berraho en mars 2010 [2], fait état de l'activité de plusieurs SAU marocains. Comme beaucoup d'autres pays dans le monde, le Maroc se trouve aujourd'hui confronté à une augmentation des consultations dans les SAU.

L'étude des circonstances de la consultation a montré que plus des trois quarts des patients (75,4 %) avaient consulté durant la journée et que près de 70,5 % avaient consulté un jour ouvrable. Seuls 19,3 % avaient consulté le week-end et 10,2 % un jour férié. 22,7 % des patients déclaraient avoir l'habitude de consulter aux SAU.

Les pathologies traumatiques, les empoisonnements ainsi que certaines conséquences d'autres causes externes (selon leur CIM 10) représentaient 41,2 % de la structure de morbidité vue au sein de ce groupe de consultants. L'étude a montré que 69,3 % des consultations au SAU étaient appropriées. Parmi eux, **83,4 %** étaient des cas non urgents ; **83,9 %** avaient quitté le SAU après avoir reçu les prestations et **12,4 %** avaient nécessité une hospitalisation. Le manque de moyens matériels et le nombre moindre de lits d'hospitalisations expliquent ces résultats.

En ce qui concerne les motifs non médicaux ayant conduit à consulter au SAU, les principaux motifs allégués par les patients étaient : le nombre élevé de médecins au SAU, l'expérience des professionnels qui y travaillaient, la disponibilité des spécialistes, l'absence de rendez-vous et la gratuité des prestations.

III) Améliorations, perspectives

Les objectifs nationaux sont multiples : [20]

- *accessibilité à des soins urgents* : être à moins de 30 minutes d'un centre de soins urgents,
- *traitement de la saturation des urgences* : améliorer la gestion des flux au sein de l'établissement tout entier et ainsi contribuer à fluidifier l'aval des urgences.
- *anticiper les situations de tension* : qu'elles soient liées à des facteurs structurels ou conjoncturels mais qui fragilisent les conditions d'accueil et la prise en charge des patients et qui génèrent un sentiment de dégradation des conditions de travail chez les professionnels.

- Afin de désengorger les services d'urgence de France, un projet national est en cours : *l'ouverture de maisons médicales* assurant la permanence de soins ambulatoire.

En effet, à Tulle, l'ouverture d'une maison médicale est en projet depuis deux ans ; initialement située dans l'enceinte de l'hôpital, actuellement localisée dans un bâtiment de la ville... mais, problématique de recrutement médical...

Une maison médicale de ce type existe déjà sur Limoges. Cependant, peu de Limougeauds la connaissent. Celle-ci se situe boulevard Gambetta, à Limoges. Des médecins généralistes assurent une permanence de soins le soir : de 20 h à minuit, les samedis : de 14h à minuit et les dimanches et jours fériés : de 9h à minuit. Mais des pathologies types angines et/ou otites se voient toujours dans les SAU que ce soit aux urgences pédiatriques ou urgences adultes du CHRU.

- Il semblerait qu'une *éducation* de nos patients soit également nécessaire. Près d'un patient sur cinq utilise les urgences car il n'a pas à prendre de rendez-vous. D'une part, parce qu'il ne souhaite pas attendre, d'autre part, parce qu'il peut consulter en dehors de ses horaires de travail.
« On vient aux urgences parce qu'on n'avance pas les soins ». Cependant une consultation chez le médecin généraliste remboursée coûte moins cher qu'un passage même court dans un service de SAU.
« On vient aux urgences car on est sûr de voir le spécialiste plus rapidement » ; s'il est 4h du matin et qu'il ne s'agit pas d'une urgence, la probabilité de voir le spécialiste de garde est faible. L'urgentiste a cependant une grande part d'activité de secrétariat et de prise de rendez-vous car le patient croit que nous l'aurons plus tôt...

- Améliorer le « *triage* » des patients selon la gravité ; même si plusieurs classifications de l'urgence sont utilisées, la place de l'IAO et/ ou du MAO est primordiale.

- *Réduire le temps de passage* aux urgences :
De plus en plus d'examen complémentaires sont fait afin d'assurer un diagnostic et d'orienter au mieux le malade. Le travail de l'urgentiste n'est plus d'éliminer « l'urgence » mais d'affirmer un diagnostic. Cependant, cette démarche augmente le temps de passage aux urgences.
Par exemple, si l'on prend un patient se présentant aux urgences pour des douleurs abdominales, les premiers diagnostics urgents à éliminer seront : est-ce une péritonite ? un syndrome occlusif ? Si ces 2 hypothèses sont non suspectées, au lieu d'hospitaliser le patient dans un service, on aura recours à la tomodensitométrie abdominopelvienne qui posera un diagnostic. C'est après seulement, que le patient sera orienté.
Une autre question se pose alors : est-ce que le fait d'avoir fait tous ces examens complémentaires aux urgences (et donc posé un diagnostic) réduit le temps d'hospitalisation du malade (DMS) dans les services d'aval ?

- Ouvrir des lits d'hospitalisations. « *Améliorer l'aval* »
En effet, passer deux à trois jours sur un brancard aux urgences semble inconcevable pour tous. Malgré un diagnostic posé aux urgences, certains patients attendent sur un brancard aux urgences avant d'être pris en charge dans le service approprié. Devant une population de plus en plus vieillissante, grâce aux progrès de la médecine et devant cette population dépendante, il semblerait nécessaire que plusieurs services ouvrent des lits d'hospitalisations supplémentaires...

Plusieurs propositions afin d'organiser l'aval des urgences ont été suggérées selon un groupe de travail constitué à l'initiative de la SFMU, en mai 2005, [32]

- Anticiper les places d'hospitalisation dès le PAO (si le patient est monopathologique : prévenir le service concerné)
- La création d'Unité de Gériatrie Aigüe : plus ou moins mise en place dans les grands centres à ce jour. On estime à 20% le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans admises au SAU pour une seule pathologie. [32]
- Augmenter les lits d'hospitalisation dans les services de médecine interne et médecine polyvalente (spécialité pouvant prendre en charge des patients polypathologiques).
- Travailler en coordination avec les centres hospitaliers privés.
- Comme la plupart des pays d'Europe : augmenter les places d'hospitalisation de jour, privilégier la chirurgie ambulatoire ;
- Contourner les services d'urgences afin de réduire l'engorgement:
 - * s'il s'agit d'une pathologie lourde (soins palliatifs...) : entrée directe dans le service approprié ;
 - *selon la classification CCMU : si un cas est coté CCMU 4 ou 5 au PAO : entrée directe dans un service de soins intensifs ou de réanimation.

Selon une étude de Derame et Al. [19], 10% soit 51 sur 520 patients consécutifs se présentant dans une unité d'accueil des urgences médicales adultes auraient pu être admis directement dans un service, sans préjudice pour leur prise en charge.

De nombreuses études et projets sont en cours afin de concrétiser toutes ces propositions et améliorer la prise en charge du patient.

Conclusion

L'engorgement des urgences est une réalité difficilement maîtrisable.

La durée de prise en charge dans le service des urgences de Tulle reste inférieure à deux heures correspondant aux chiffres nationaux.

Grâce au plateau technique sur place, atout majeur des SAU, la plupart des diagnostics sont posés aux urgences avec un délai de prise en charge plus ou moins long. Au SAU de Tulle, il y a plus de 88% de concordance entre le motif d'admission enregistré à l'entrée du patient et le diagnostic de sortie posé au SAU. Il existe une plus grande part de ces « non concordances » en semaine et aux heures ouvrables, sans différence notable que ce soit en période hivernale ou estivale.

L'activité principale d'un SAU reste la traumatologie quelle soit bénigne ou grave. Les causes cardiologiques puis gastro-entérologiques sont les principaux motifs somatiques de recours au service d'urgences.

Seulement 15,5% de nos patients ont déjà consulté un médecin généraliste ou autre avant de se rendre aux urgences. Ils choisissent la disponibilité médicale, les horaires continus, l'accessibilité aux moyens techniques...

L'objectif national d'accès aux soins d'urgences en moins de 30 minutes doit passer par une augmentation des moyens d'accessibilité et d'accueil des patients. L'hôpital « sous tension » est une autre problématique nationale.

Pour compléter ce travail, il serait intéressant d'étudier la concordance entre le diagnostic de sortie posé au SAU et le diagnostic hospitalier d'aval. Enfin, la pertinence des entrées aux urgences serait un vaste sujet d'étude...

Bibliographie

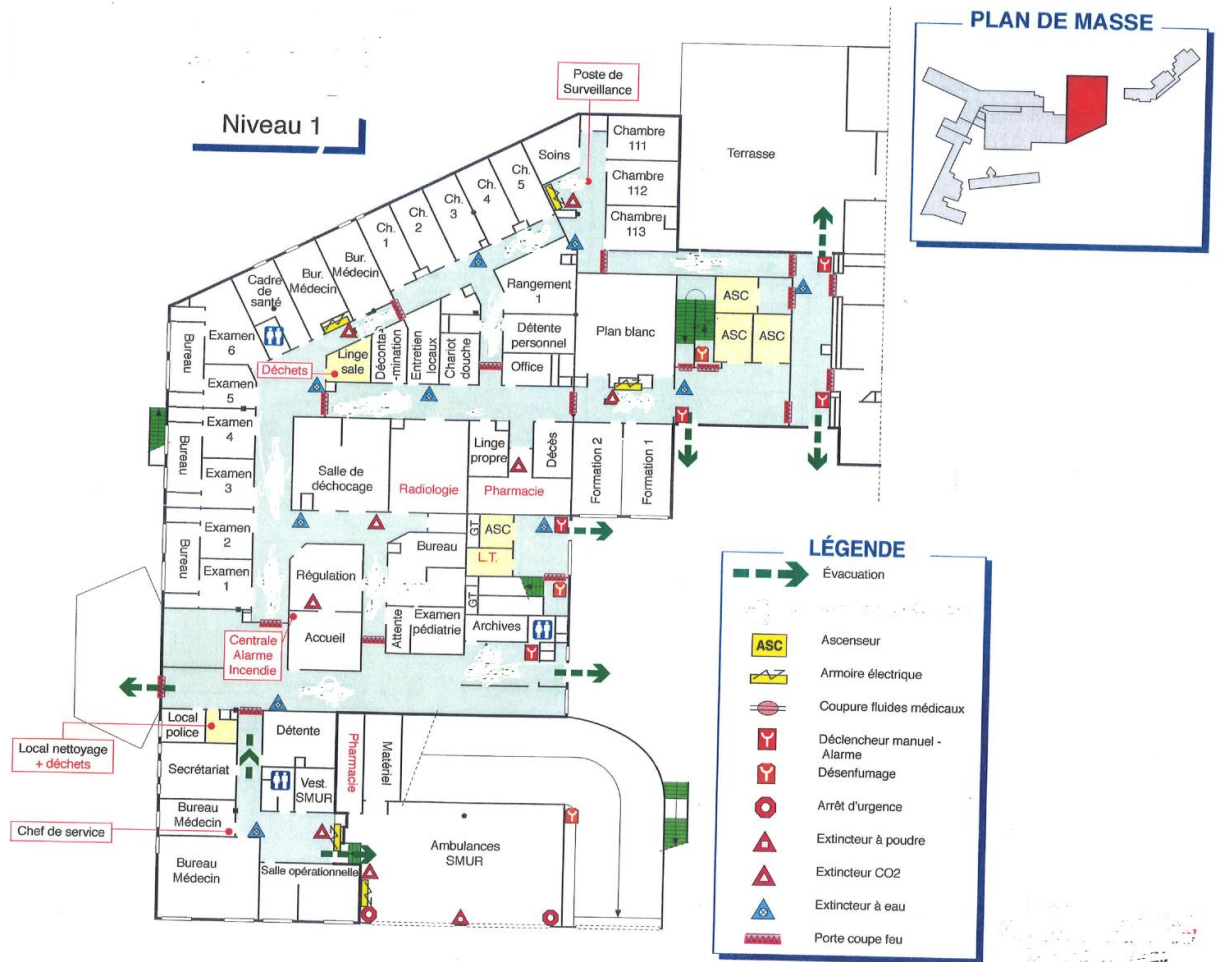
1. ARRESTIER Marie, *Profil de l'unité d'hospitalisation de courte durée de l'hôpital de Tulle*. Thèse de doctorat en médecine, Limoges, Université de Limoges, 2012, 138p.
2. BERRAHO Mohamed, *Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc* - Cairn.info, [en ligne]. Disponible sur http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=POS_433_0197 (page consultée le 10 décembre 2013).
3. BLEICHNER Gérard, *Architecture d'un service d'urgences*. Société Francophone de médecine d'Urgences, 2004.
4. BOUNIORT Lisa, *Venues spontanées aux urgences du centre hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecins généralistes : déterminants, pertinence et orientation*. Thèse de doctorat en médecine, Poitiers, Université de Poitiers, 2012, 127p.
5. CADAT Déborah, TROLONG-BAILLY Cécile. *L'intérêt d'une lettre d'admission aux urgences*. Thèse de doctorat en médecine, Grenoble : Université Joseph FOURIER, 2006, 63p.
6. CARRASCO V, BAUBEAU D. n°212. *Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale*. DREES Etudes et Résultats 2003.
7. CHADES Frédéric, *Samu : Histoire, Réalités, Perspectives*, Thèse de doctorat en médecine, Limoges : Université de Limoges, 1996, 123 p.
8. CHAUVIERE Guillaume, *Etude descriptive et prospective des informations contenues dans les courriers des médecins adressant leur patient aux urgences*, thèse de doctorat en médecine, Limoges : Université de Limoges, 2013, 95 p.
9. *Circulaire du 13 août 1965* relative à l'instruction sur l'organisation des structures d'urgences et de réanimation des hôpitaux, Direction Générale de la santé, Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.
10. *Circulaire du 29 janvier 1975* relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences, Direction Générale de la santé, Bulletin officiel du ministère chargé de la santé.
11. *Circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979* relative à l'aide médicale urgente. Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée, ministère de la Santé et de la famille, Direction Générale de la santé, Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 79/17, texte 16555. (8 p.)

12. *Circulaire n°195* du ministère de la santé relative à la prise en charge des urgences n° 195/DNOS/01/2003 du 16 avril 2003. (non parue au journal officiel)
13. CLOTTE Arnaud, *Prise en charge des patients hospitalisés pour un motif psychiatrique aux urgences du centre hospitalier de Tulle*, Thèse de doctorat en médecine, Limoges : Université de Limoges, 2007, 113 p.
14. Cour des comptes. *Les urgences médicales : constats et évolution récente*. 2006:313-47.
15. *Critères d'évaluation des services d'Urgences*. Société Francophone de Médecine d'Urgence et Société de Réanimation de Langue Française, 1997.
16. *Décret n° 80-284 du 17 avril 1980* relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier. Journal officiel de la République Française du 23 avril 1980 page 1017.
17. *Décret n°95-648 du 9 mai 1995* relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française du 10 Mai 1995: p. 7588-9.
18. *Décrets n°2006-576 et 577 du 22 mai 2006* relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel de la République Française du 23 mai 2006 : texte 12 sur 74.
19. DERAME G, EL KOURI D, HAMIDOU M, CARRE E, POTEL G. *Les passages non justifiés au Service d'Accueil des Urgences-Proposition d'une offre de soins différenciée*. La Presse Médicale. 2004 ; 33 : 780-783.
20. *DGOS/R2/2013/ 261 du 27/06/2013* relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences. Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction générale de l'offre de soins ; validée par le CNP le 21 juin 2013 ; visa CNP 2013-156.
21. DHOS, *Circulaire DH.4B/D.G.S.3 E/91-34 du 14 Mai 1991* relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : Guide d'organisation. Direction des Hôpitaux.
22. DOUPLAT Marion, *Pertinence de l'envoi des patients aux urgences par SOS médecins Grenoble*, thèse de doctorat en médecine, Grenoble : Université de Grenoble, 2008, 112 p.
23. Enquête RPU de juin 2002 (165000 passages en une semaine sur 350 services d'urgences), ministère de la santé, groupe PMSI. Disponible sur le site internet : www.atih.sante.fr. Page web consultée le 7 juillet 2014.
24. FAUGERAS Gilles, Epsilim, données de 2013, consulté par mail et téléphone en mai 2014.
25. GRALL JY. *Evaluation du plan urgences 2004 - 2008*. 2007.

26. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, chiffres 2013, recensement 2011 ; disponible sur le site internet : www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=19. Page web consultée le 7 juin 2014.
27. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. Disponible sur le site internet : www.orumip.fr/docs/ccmu.pdf. Page web consultée en juin 2013.
28. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République Française du 3 Janvier 1971, p67.
29. MENTHONNEX P. et E, *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours*, urgences 2010, 2010, SFMU- SAMU DE FRANCE, chapitre 52, p578-597.
30. PENEFF Jean. *Les malades des urgences*. Paris : éditions Métailié, 2000, 194p.
31. POIRSON-SICRE Sandrine. *La médecine d'urgence préhospitalière à travers l'histoire*. Paris : Histoire, médecine et société, Glyphe et Biotem éditions, 2000, 214p.
32. POTEL G. *L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions*, Société Française de Médecine d'Urgence, mai 2005, 34p.
33. TACK Romain, *Concordance entre les diagnostics posés à la salle d'accueil des Urgences Vitales et les diagnostics hospitaliers d'aval*. Thèse de doctorat en médecine, Nancy : Université de Lorraine, 2012, 124p.

Annexe 1

Plan du SAU du Centre Hospitalier de Tulle



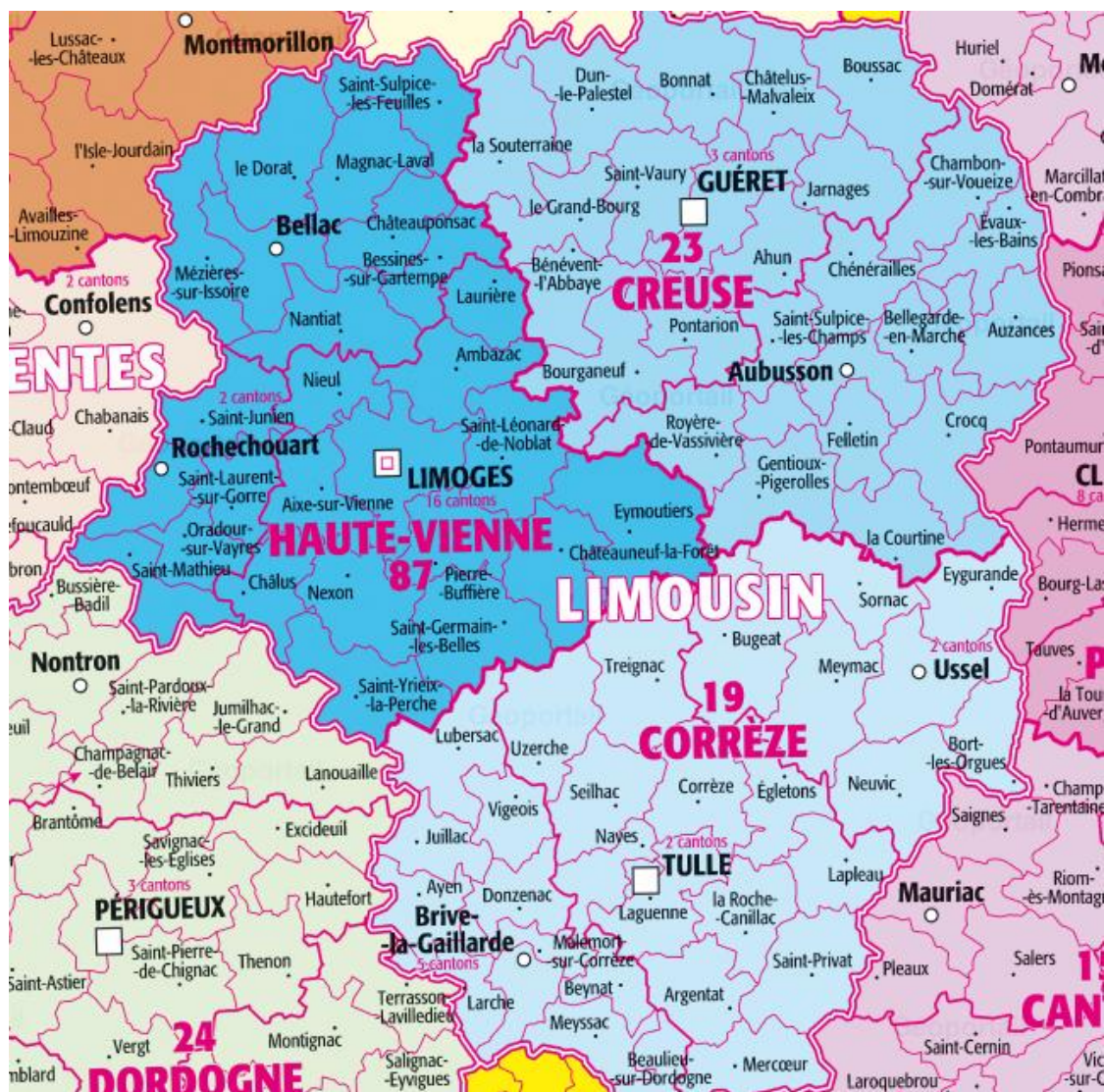
Annexe 2

Plan de l'UHCD du Centre Hospitalier de Tulle



Annexe 3

Carte du Limousin



Annexe 4

Grilles de recueil des données de l'étude

1 = présent/oui ;

0 = absent/non ;

DEVENIR	Parti Sans attendre	
	UHCD	
	Autre Etabl	
	Hospitalisé	
	Domicile	

DIAGNOSTIC DE SORTIE

Ophthalmo	Cardio	Pneumo	Psy	Endocrino	Placement /AEG	Infectio	Gynéco	Hémato	Uro	Stomato	Dermato	Cs retour

DUREE DE PRISE EN CHARGE			
<2H	2-4H	4-6H	<6H

GEMSA					
1	2	3	4	5	6

Traumato	Toxico	Neuro	Gastro	Rhumato	Orl	

AVIS SPECIALISTES

Uro	Ortho	Psy	Gastro	Chir dig	Réa	Gériatre	Endocrino	Ophthalmo	ORL	Gynéco	Centre antirabique	Caisson HB

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radio	Bio	GDS	TDM	IRM	Echo	ECG	BU

Cardio	Pneumo

<p>DIAGNOSTIC POSE</p>	<p>TRAITEMENT REALISE DANS LE SERVICE</p>										
<p>CONCORDANCE</p>	IV	Per Os	SC ou IM	Aérosol	O ²	Suppo	Suture	Panse ment	Immobi lisation	SNG	EMLA

MEDECIN COURRIER	
---------------------	--

MOTIFS D'ADMISSION										
Pneumo	Psy	Endocrino	Placement /AEG	Infectio	Gynéco	Hémato	Uro	Stomato	Dermato	Cs retour

ORIGINE			
Domicile	Voie Publique	Autre Etabl	Lieu Travail

Traumato	Toxico	Neuro	Gastro	Rhumato	Orl	Ophthalmo	Cardio

CIMU	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

CCMU	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

Tranches horaire	J1 : 0h-8h	
	8h- 12h	
	12h- 20h	
	20h- 0h	
	J2 : 0h- 8h	
	8h- 12h	
	12h- 20h	
	20h- 0h	

PERIODE		
		TOTAL

PATIENT	NOM	2 premières lettres
----------------	------------	---------------------

SEXE	Masculin	
	Féminin	

Tranches d'âge	18-50ans	
	50-75ans	
	> 75 ans	
	> 90 ans	

Table des matières

Sommaire	10
Introduction	13
Abréviations	14
PARTIE 1: GENERALITES	16
<u>I) SAU : Service d'Accueil des Urgences</u>	17
I.1. Définition d'un SAU	17
I.2. Historique des SAU	19
I.3. Recommandations selon la SFMU	21
I.3.1. Organisation d'un SAU	21
I.3.2. Architecture d'un SAU	23
I.4. Définitions d'une urgence selon le patient	24
I.5. Classification de l'urgence	24
<u>II) SAU de Tulle</u>	25
II.1. Présentation générale du CH de Tulle	25
II.1.1. Environnement géographique et démographique	25
II.1.2. Historique	26
II.1.3. Personnel	27
II.1.4. Capacité et équipement	27
II.1.5. Activité	29
II.1.6. Organisation en pôles	30
II.1.7. Organisation en sites	30
II.2. le SAU de Tulle	30
II.2.1. Généralités	30
II.2.2. Les locaux	31
II.2.3. Le personnel des urgences	32
II.2.4. L'organisation du service	33
II.2.5. Procédure d'orientation des patients hospitalisés à partir du SAU de Tulle	34
II.2.6. Coordination et réseaux de soins	36

PARTIE 2: ETUDE AU SAU DE TULLE SUR L'ANNEE 2013: Motifs d'admission, diagnostics de sortie

37

<u>I) Matériel et méthodes</u>	38
I.1. Population étudiée	38
I.2. Recueil de données	38
I.3. Analyse	40
<u>II) Résultats</u>	40
II.1. Population étudiée	40
II.1.1. Nombre total de patients	40
II.1.2. Répartition selon le sexe	40
II.1.3. Répartition selon l'âge	41
II.2. Données recueillies à l'admission	41
II.2.1. Répartition selon l'heure et le jour d'admission	41
II.2.2. Répartition selon l'origine du patient	42
II.2.3. Adressé par un médecin	43
II.2.3.1. Résultats globaux	43
II.2.3.2. Profil de la population adressée par un médecin	43
II.2.4. Motifs d'admission	45
II.2.4.1. Résultats globaux	45
II.2.4.2. Motifs d'admission selon les tranches d'âges	47
II.2.4.3. Motifs d'admission et lettre du médecin traitant	48
II.2.5. CIMU	48
II.3. La prise en charge médicale aux urgences	49
II.3.1. Les thérapeutiques	49
II.3.2. Les examens complémentaires	50
II.3.3. Les avis spécialisés	51
II.3.4. CCMU	52
II.3.5. Les diagnostics posés	53
II.4. La sortie du patient	54
II.4.1. Le devenir	54
II.4.1.1. Résultats globaux	54
II.4.1.2. Description de la population retournant à domicile	55
II.4.1.3. Description de la population hospitalisée	56
II.4.2. GEMSA	57
II.4.3. La durée de prise en charge	58
II.5. Comparaison entre le motif d'admission et le diagnostic posé au SAU	60
II.5.1. Etude des cas de "non concordance"	60
II.5.2. Résultats globaux	65
II.5.2.1. Selon l'heure d'arrivée	65
II.5.2.2. Selon les tranches d'âge	66
II.5.2.3. Selon la CCMU	66

II.5.2.4. Adressé par leur médecin	66
II.5.2.5. Durée de prise en charge	67
II.5.2.6. Devenir	67
II.5.3. Pathologies rencontrées dans nos cas de "non concordance"	67
II.5.3.1. Descriptif des cas du week-end hivernal	68
II.5.3.2. Descriptif des cas du week-end estival	68
II.5.3.3. Descriptif des cas de la semaine hivernale	69
II.5.3.4. Descriptif des cas de la semaine estivale	70
PARTIE 3: DISCUSSION	72
<u>I) Discussion</u>	73
I.1. Points forts de l'étude	73
I.2. Limites de l'étude	73
I.3. Discussion de nos résultats au SAU de Tulle	73
I.3.1. Résultats globaux	73
I.3.2. Discussion sur la « non concordance » entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie aux urgences	74
<u>II) Comparaison avec d'autres SAU</u>	76
II.1. En Corrèze : SAU de Brive La Gaillarde et SAU d'Ussel	76
II.2. En Limousin	76
II.2.1. En Creuse	76
II.2.2. En Haute Vienne	77
II.3. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Limoges	78
II.4. National	78
II.5. Un exemple à l'étranger	79
<u>III) Améliorations, perspectives</u>	79
CONCLUSION	82
Bibliographie	83
Annexes	86
Table des matières	99
Table des illustrations	102
Table des tableaux	103
Table des annexes	104
Serment d'Hippocrate	105
Résumé	107

Table des illustrations

Illustration des box de « déchocage ».....	31
Graphique 1 : Répartition selon les tranches d'âges lors des 4 périodes	41
Graphique 2 : Origine du patient.....	42
Graphique 3 : Pourcentage de patients consultant aux urgences avec un courrier ou après appel de leur médecin.....	43
Graphique 4 : Comparaison des tranches d'âge de la population générale versus celle adressée par un médecin	44
Graphique 5 : Tranches horaire d'arrivée de la population consultant aux urgences adressée par un médecin.....	44
Graphique 6 : Comparaison des tranches horaire de consultations de la population générale versus celle adressée par un médecin	45
Graphique 7 : Motifs d'admission.....	46
Graphique 8 : Motifs d'admission et tranches d'âge.....	47
Graphique 9 : Pathologies rencontrées comme motifs d'admission des patients adressés par leur médecin	48
Graphique 10 : Classification Infirmière des malades aux Urgences.....	49
Graphique 11 : Modes de traitement entrepris dans un service d'urgence.....	49
Graphique 12 : Pourcentage d'avis spécialisés pris lors de cette étude en fonction de la période d'étude, toutes spécialités confondues.....	51
Graphique 13 : Classification Clinique des Malades aux Urgences.....	53
Graphique 14 : Diagnostics de sortie posés aux urgences.....	53
Graphique 15 : Devenir des patients après consultation aux urgences de Tulle.....	54
Graphique 16 : Tranches d'âge et retour à domicile.....	55
Graphique 17 : Motifs de consultation au SAU et patients retournés à domicile.....	56
Graphique 18 : Tranches d'âges des patients hospitalisés.....	56
Graphique 19 : Motifs de consultation au SAU des patients hospitalisés.....	57
Graphique 20 : Résultats selon la classification GEMSA.....	58

Graphique 21 : Durée de prise en charge selon les quatre périodes étudiées.....	59
Graphique 22 : Nombre de non concordances selon l'heure de consultation.....	66

Table des tableaux

Evolution démographique de la ville de Tulle	26
Disponibilité des lits par service entre 2000 et 2012	28
Tableau 1 : Comparaison sexe masculin/féminin.....	40
Tableau 2 : Répartition du nombre d'admissions selon la tranche horaire et le jour de consultations.....	41
Tableau 3 : Age de la population consultante aux urgences adressée par un médecin.....	43
Tableau 4 : Motif d'admission coté « traumatologie » au cours des 4 périodes étudiées...	46
Tableau 5 : Motif d'admission « placement/AEG » comptabilisé au cours des 4 périodes...	46
Tableau 6 : Comparaison nombre d'admission des patients de plus de 90 ans et motifs d'admission « AEG/placement ».....	47
Tableau 7 : Nombre d'examens complémentaires selon la période étudiée.....	50
Tableau 8 : Examens complémentaires réalisés pour les patients adressés au SAU par un médecin.....	50
Tableaux 9, 9 bis et 9 ter : Nombre d'avis spécialisés pris lors de cette étude.....	52
Tableau 10 : Devenir des patients après consultation aux urgences de Tulle.....	54
Tableau 11 : Temps passé dans le SAU de Tulle.....	58
Tableau 12 : Durée de prise en charge des patients adressés par leur médecin.....	59
Tableaux 13, 13 bis, 13 ter : Devenir et examens bénéficiés par les patients ayant attendu plus de 6 heures au SAU de Tulle.....	60
Tableau 14 : Nombre de non concordances entre le motif d'admission et le diagnostic posé aux urgences selon périodes étudiées.....	65
Tableau 15 : Nombre de non concordances en fonction de la tranche d'âge des patients consultants au SAU de Tulle.....	66
Tableau 16 : Nombre et pourcentage de non concordances répartis selon leur durée de prise en charge.....	67

Tableau 17 : Devenir des patients étiquetés « motif d'admission/diagnostic de sortie non concordants ».....	67
--	----

Table des annexes :

Annexe 1 : Plan du SAU du Centre Hospitalier de Tulle.....	86
Annexe 2 : Plan de l'UHCD du Centre Hospitalier de Tulle.....	87
Annexe 3 : Carte du Limousin.....	88
Annexe 4 : Grilles de recueil des données de l'étude... ..	89

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

ETUDE DESCRIPTIVE ET RETROSPECTIVE DES MOTIFS D'ADMISSION ET DIAGNOSTICS DE SORTIE DANS UN SERVICE D'URGENCE : PROFIL DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE TULLE

Introduction : Les services d'urgences, ouverts toute l'année, 24h/24h, accueillent un flux permanent et croissant de patients. Il nous a paru intéressant d'étudier ce qui amène les patients à consulter aux urgences, ce qui est réalisé dans le service et le diagnostic posé au SAU.

Objectif : Evaluer le motif d'admission, le diagnostic de sortie du SAU et l'existence éventuelle d'une concordance entre ces données.

Méthodes : Tous les patients âgés de plus de 18 ans ont été inclus ; il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive monocentrique rétrospective sur dossiers informatisés sur l'année 2013 (été/hiver ; semaine/week-end).

Résultats : 281 dossiers ont été analysés. La traumatologie représente 35% de l'activité du SAU ; on retrouve ensuite les causes cardiologiques (11, 92%) et gastro-entérologiques (11,25%). Il existe dans notre étude 88,17% de concordance entre les motifs d'admission évoqués et les diagnostics posés à la fin de la consultation au SAU. Les motifs d'admission « cardiologie » et « gastro-entérologie » sont les plus retrouvés dans les cas de « non-concordance ». Celle-ci dépend de l'accessibilité aux examens complémentaires et des avis des médecins spécialistes, plus faciles en semaine, aux heures ouvrables.

Conclusion : Les examens complémentaires expliquent la « non-concordance » qui peut s'avérer entre le motif d'admission et le diagnostic de sortie. Un plateau technique disponible permet à la plupart des patients de quitter le SAU avec un diagnostic posé.

Mots clés : service d'urgences, motif d'admission, diagnostic de sortie, non concordance

DESCRIPTIVE AND RETROSPECTIVE STUDY OF REASON FOR ADMISSION AND DIAGNOSTIC OF EXIT IN AN EMERGENCY DEPARTMENT : EMERGENCY DEPARTMENT PROFILE OF THE HOSPITAL OF TULLE

Introduction: The emergency department, open all year, 24h/24h, receive a continuous and increasing rise. We want to study what inducing the patients to consult an emergency department, what happen in this case and the final diagnosis of exit.

Objective: Assess the reason for admission, final diagnosis of emergency department and an eventual existence of concordance between this data.

Méthods: Every patient over 18 years of age were included; it is an epidemiologic retrospective monocentric study using the electronic medical records during 2013 (summer/winter; week /week end).

Résultats: 281 records were analysed. Traumatology represents 35% of the emergency's activity. After, we find the cardiological causes (11,92%) and the gastroenterologic cases (11,25%). There is in our study, 88,17% of concordance between the evoked reason for admission and the diagnosis put in the end of the consultation in the SAU. The reason for admission "cardiology" and "gastroenterology" are the most found in the cases of "not concordance". This one depends on the accessibility to the additional tests and the notices of the specialists, easier in the week, at the working hours.

Conclusion: The additional tests explain the "non concordance" which can turn out between the reason for admission and the diagnosis of exit. An available technical expertise allows most of the patients to leave the SAU with a final diagnosis.

Keywords: emergency department, reason for admission, diagnostic of exit, "non concordance"