

**Conclusion :** Les résultats montrent, à l'instar d'autres publications, le recours fréquent par une frange de patients en situation précaire qui utilisent le service d'urgence comme une structure de soins primaires. Le taux de recours fréquents pourrait être un indicateur du niveau de précarité.

#### B4-3

### **Le recours aux urgences hospitalières par auto-référence : des comportements nouveaux chez les usagers ? Une étude de cohorte prospective en Haute-Normandie, 2003-2004**

LADNER J. (1), IDRISSE I. (2), BAILLY L. (1), BROUSSE B. (3), LEBRUN E. (4), MORITZ F. (5), EL KOUBI S. (1), MULLER J.M. (2, 5), CZERNICHOW P. (1), ET LE GROUPE « COHORTE URGENCES » (1) Département d'Épidémiologie et de Santé Publique, CHU — Hôpitaux de Rouen, France ; (2) UPATOU, Hôpital Saint-Julien, CHU — Hôpitaux de Rouen ; (3) SAU, Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf — Louviers — Val-de-Reuil, Elbeuf ; (4) UPATOU, Centre Hospitalier de Bernay, Bernay ; (5) SAU, Hôpital Charles-Nicolle, CHU — Hôpitaux de Rouen.

**Objectifs :** Déterminer les facteurs de recours par auto-référence (AR) aux services d'urgences.

**Méthodes :** En septembre 2003, une étude de cohorte est mise en place dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie. La cohorte comptera au total 300 patients AR et 300 patients adressés par un médecin libéral (référé [R]), âgés de plus de 18 ans et qui répondent au classe 1 et 2 de la classification clinique des malades des urgences. Pour chaque patient, l'âge, le niveau d'étude, l'existence d'un médecin traitant et la consommation de soins dans les six mois précédents l'inclusion ont été recueillis.

**Résultats :** Au 1<sup>er</sup> décembre 2003, 305 patients ont été inclus (195 patients AR et 110 R). L'âge moyen était de 38,6 ans (écart-type [ET] = 15,5) chez les patients AR et de 51,4 ans (ET = 19,9) chez les patients R ( $P < 10^{-4}$ ). Respectivement dans les groupes AR et R, 37,6 % et 17,3 % avaient au moins un niveau bac ( $P < 10^{-4}$ ) et 5,1 % et 0,9 % n'avaient pas de médecin traitant ( $P = 0,06$ ). Dans les six mois précédents, les patients AR ont eu 51 consultations/100 personnes-mois auprès de leur médecin traitant et 83 chez les patients R (RR = 0,61, IC 95 % = 0,53-0,70 ;  $P < 10^{-4}$ ) et 7 consultations/100 personnes-mois aux urgences dans le groupe AR et 5 dans le groupe R (RR = 1,40, IC 95 % = 0,77-2,42 ;  $P = 0,25$ ). Après ajustement sur le sexe, l'existence d'un médecin traitant, le nombre de consultations auprès d'un médecin généraliste, spécialiste et aux urgences dans les six mois précédents, l'auto-référence restait significativement associée à l'âge ( $OR_a = 2,9$ , IC 95 % = 1,6-5,4 ;  $P = 0,005$ ) et au niveau d'étude ( $OR_a = 2,1$ , IC 95 % = 1,1-3,9 ;  $P = 0,03$ ).

**Conclusion :** Indépendamment des antécédents et des pathologies sous-jacentes, les patients auto-référés sont jeunes, ont un niveau d'étude élevé et ont une consommation de soins relativement forte, ce qui peut témoigner d'un changement de comportement de cette population, qui a tendance à considérer les services d'urgences comme une alternative équivalente à la médecine de ville.

#### B4-4

### **Ratio Standardisé d'Incidence : un indice de risque global pour la surveillance des infections liées aux cathéters veineux centraux en réanimation adulte (réseau REACAT) dans l'inter-région Nord**

MAUGAT S. (1), JOLY C. (1), GRANDBASTIEN B. (1, 2), L'HERITEAU F. (1), MERRER J. (3), ALFANDARI S. (4), ASTAGNEAU P. (1, 5), BEAUCAIRE G. (1, 2), POUR LE RÉSEAU DE SURVEILLANCE REACAT (1) CCLIN Nord ; (2) CHRU de Lille ; (3) CHI de Poissy — Saint-Germain ; (4) CH de Tourcoing ; (5) Service de Santé publique, GH Pitié-Salpêtrière.

**Objectif :** Un objectif de la surveillance des infections nosocomiales est la construction d'indice de risques permettant la comparaison entre services. Au sein du réseau de surveillance des infections liées aux cathéters veineux centraux (ILC) en réanimation (REACAT), nous avons construit un ratio standardisé d'incidence (RSI), indice de risque comparatif ajusté sur plusieurs facteurs de risque des ILC.

**Méthodes :** Tous les cathéters veineux centraux (CVC) maintenus plus de 48 heures étaient surveillés en prospectif, quatre mois par an. Les ILC étaient définies sur des critères cliniques et microbiologiques consensuels. Un modèle de régression logistique, développé sur les données regroupées des trois dernières périodes de surveillance a été retenu comme modèle prédictif de l'ILC. Pour chaque service et chaque année, un nombre d'ILC attendu a été calculé et a permis d'estimer le RSI.

**Résultats :** Entre 2000 et 2003, 108 services ont participé à au moins une des périodes de surveillance, incluant 6 414 CVC. Deux cent trente neuf ILC ont été identifiées, soit une densité d'incidence (DI) de 3,6 ILC/1 000 jours d'exposition aux CVC. Les facteurs associés à l'ILC étaient la durée de maintien ( $OR$  ajusté = 1,1, IC 95 % [1,0-1,1]), le rang de pose (1,7 [1,2-2,2]), le site d'insertion (1,6 [1,2-2,1]), la perfusion d'antibiotique (0,5 [0,3-0,7]), l'existence d'au moins une défaillance viscérale (2,2 [1,5-3,2]) et d'une infection à un autre site à l'ablation du CVC (1,9 [1,4-2,6]). L'analyse des tendances a concerné les 29 services ayant participé constamment à REACAT depuis 2000. La DI annuelle montrait une diminution relative de 46,5 % pour les ILC ( $P = 0,003$ ). Le RSI annuel diminuait de façon non significative, de 1,51 [1,16-1,87] à 0,98 [0,67-1,29].

*Conclusion* : La surveillance REACAT a permis la construction d'un RSI, indice de risque global et robuste. Il permet d'identifier des services « atypiques » face au risque d'ILC et de suivre l'évolution dans le temps de ce risque.

#### B4-5

### Évolution des scores de satisfaction des patients hospitalisés. Mesure permanente

NGUYEN THI P.L. (1), BRIANÇON S. (1, 2), EMPEREUR F. (1), KLEIN S. (1), VIRION J.M. (1), ET LE GROUPE DE PROGRAMME DSPH (1)

(1) Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques, CEC-INSERM, CHU, Nancy ; (2) École de Santé Publique (EA 3444), Université Henri-Poincaré — Nancy I.

*Objectifs* : Posséder un indicateur fiable et précis de la satisfaction des patients hospitalisés en court séjour en déterminant les différentes composantes des séries de scores de satisfaction.

*Méthodes* : Chaque semaine, jusqu'à trois patients par service sont tirés au sort parmi les patients sortis des 36 services de court séjour du CHU de Nancy. Ces patients ont reçu un questionnaire de satisfaction de soins (PJHQ adapté en français) par courrier deux semaines après leur sortie. Les indices de la satisfaction sont des scores allant de 0 (totale insatisfait) à 100 (très satisfait) pour 17 dimensions. Les évolutions mensuelles des scores de satisfaction ont été décomposées en tendance, composantes saisonnières et en une composante aléatoire (sur une période d'analyse de 51 mois) en utilisant les programmes X11 et ARIMA/SAS.

*Résultats* : Le taux de réponse était de 37,2 %. L'âge moyen des patients était de 55,1 ans ; 57 % étaient des hommes. La durée moyenne de séjour était de 7,1 jours. L'étendue des scores moyens de satisfaction variait au cours du temps de 5,7 points (dimension concernant la satisfaction globale) à 19 points (dimension concernant le repas). La variabilité saisonnière a été mise en évidence par le programme X11 sur certaines dimensions, par contre elle différait selon le type de dimension : scores plus élevés observés dans la dimension concernant l'admission pour les mois de juin, et dans la dimension concernant les soins reçus pour les mois de février.

*Conclusion* : La satisfaction des patients peut être mesurée de façon permanente, ce qui assure la stabilité de l'échantillon de mesure et permet de prendre en compte les changements qui peuvent modifier les appréciations des patients au cours du temps. Dans ce cas, l'indice de satisfaction peut être utilisé comme un indicateur d'alerte dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins.

#### B4-6

### Inégalités sociales et accès aux soins : différenciation des besoins de soins préventifs des consultants de l'hôpital public

PASCAL J. (1), LIBEAU B. (2), BALLEREAU F. (3), LOMBRAIL P. (1)

(1) Laboratoire de Santé Publique et d'Épidémiologie, PIMESP, Hôpital St Jacques, CHU, Nantes ; (2) Hygiène Hospitalière, CHG, Saint-Nazaire ; (3) Pharmacie, Hôtel Dieu, CHU, Nantes, France.

*Objectifs* : Identifier et quantifier l'importance des besoins de soins des consultants de l'hôpital public, attribuables (ou non) à la situation de vulnérabilité sociale.

*Méthodes* : Étude épidémiologique comparant un groupe de consultants exposés à la situation de vulnérabilité sociale à un groupe de consultants non exposés, appariés sur l'âge ( $\pm 5$  ans) et le sexe, pris en charge dans différents services de consultation du CHU de Nantes et du CH de Saint-Nazaire. L'échantillon des consultants en situation de vulnérabilité sociale a été constitué par tirage au sort parmi ceux identifiés comme tel par un outil de repérage validé. Les données ont été recueillies par des ARC à l'aide d'un questionnaire standardisé auprès de 1 456 consultants (90,4 % inclus) concernant : la situation socioéconomique, l'insertion sociale, des comportements à risques (consommation alcool, tabac, alimentaire) et l'état psychologique (dépression identifiée par le test MINI) ; les modalités d'accès aux soins ; les actes de prévention réalisés ou proposés avant la venue à la consultation et le niveau d'information reçu.

*Résultats* : L'âge moyen des consultants était de  $38 \pm 14$  ans et 51 % était des hommes. Les consultants vulnérables étaient plus souvent de nationalité étrangère, de plus bas niveau d'étude, ouvriers et employés, en activité à temps partiel et en CDD, et présentaient un moins bon niveau d'insertion sociale et familiale que les consultants non vulnérables ( $P < 10^{-3}$ ). Les comportements à risque étaient significativement plus fréquents chez les vulnérables ( $P < 10^{-3}$ ). Si plus de 90 % des consultants déclaraient consulter en première intention un médecin en cas de problèmes de santé, les vulnérables avaient plus souvent recours à un médecin de l'hôpital. Si les consultants vulnérables déclaraient avoir un moins bon suivi médical régulier, ils ont beaucoup plus consulté en ambulatoire ou été hospitalisés au cours des 12 derniers mois précédant le recueil (la différence persiste après ajustement sur les problèmes de santé chroniques déclarés). Pour la majorité des actes de prévention recommandés les sujets vulnérables présentaient un déficit de soins (vaccination tétanos/polio, maladies cardio-vasculaires, suivi gynécologique), sauf pour quelques actes concernant des sous-groupes spécifiques (vaccination anti-grippale chez les personnes âgées), voire meilleure (sérologie du virus de l'immunodéficience humaine : 54,7 % versus 48,3 %,  $P = 0,02$ ). Quand ils n'avaient pas été réalisés, les actes de prévention avaient été peu proposés dans les deux groupes et significativement moins souvent chez les consultants vulnérables que les autres (sauf si au moins deux facteurs de risque étaient déclarés).