



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***CAUSES DE RECOURS SPONTANÉ À UN SERVICE D'URGENCES,
ENQUÊTE AUPRÈS DE PATIENTS D'UNE MAISON DE SANTÉ***

**Présentée et soutenue publiquement le 19 Février 2014 à 16h00 au
Pôle Formation**

Par Matthieu DEWAELE

Jury

Président : Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs : Professeur Valéry HEDOUIN

Professeur Eric WIEL

Directeur de Thèse : Docteur Laurent VERNIEST

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE :

CHAPITRE I : INTRODUCTION p. 9

CHAPITRE II : CONTEXTEp. 11

1. L'augmentation du recours aux services des urgences
2. Les urgences
 - 2.1 Historique des urgences
 - 2.2 Les usagers des urgences
3. Maison et Pôle de santé
 - 3.1 Maison de santé
 - 3.2 Pôle de santé
 - 3.3 Etat des lieux
 - 3.4 La maison de santé de Steenvoorde, présentation et évolution.
4. Permanence et régulation des soins
5. Démographie
 - 5.1 Démographie cantonale
 - 5.2 Démographie médicale

CHAPITRE III : OBJECTIFS p. 20

CHAPITRE IV : MATERIEL ET METHODE p. 21

1. Type d'étude
2. Critères d'inclusion
3. Caractéristiques de l'étude
4. Analyse des données

CHAPITRE V : RESULTATS p. 23

1. Effectif
2. Données
 - 2.1 Médecin traitant des répondants
 - 2.2 Classe d'âge
 - 2.3 Sexe
 - 2.4 Répartition géographique des répondants
 - 2.5 Couverture sociale

- 2.6 Profession exercée
- 2.7 Jour de la semaine
- 2.8 Heure d'arrivée
- 2.9 Heure de sortie
- 2.10 Durée (attente et prise en charge)
- 2.11 Jour ou nuit
- 2.12 Motif de consultation
- 2.13 Examen complémentaire
- 2.14 Geste réalisé
- 2.15 Avis spécialisé
- 2.16 Concordance/discordance entre le motif de consultation du patient et le diagnostic retenu par le médecin
- 2.17 Raisons à l'absence d'avis pris auprès du médecin traitant et donc du recours spontanée au SAU
- 2.18 Niveau de satisfaction de la prise en charge
- 2.19 Attitude du patient en cas de situation similaire
- 2.20 Remarques éventuelles des répondants

CHAPITRE VI : DISCUSSION p. 39

- 1. Questionnaire et mode de recueil
- 2. Population, « patient type »
- 3. Autour des problématiques et hypothèses posées
- 4. Synthèse de la discussion

CHAPITRE VII : CONCLUSION p. 49

BIBLIOGRAPHIE p. 50

ANNEXE p. 53

- 1. Annexe 1 : classification CCMU
- 2. Annexe 2 : le questionnaire
- 3. Annexe 3 : présentation de l'enquête au patient
- 4. Annexe 4 : déclaration à la CNIL

CHAPITRE I : INTRODUCTION.

Il existe une préoccupation récurrente dans tous les services d'accueil des urgences (SAU) de France, il s'agit de l'accroissement des recours à leurs services. Cette augmentation traduit le fait qu'une majorité de patients consulte pour des pathologies relevant de la médecine générale. En effet, il est constaté dans ces SAU, un changement du comportement des usagers au cours du temps, avec une forte augmentation des demandes pour des soins non urgents et pour des patients venus sur leur propre initiative, non adressés par des professionnels de santé.

Parallèlement à ce problème de santé publique, il se crée de plus en plus de maisons de santé, qui ont parmi leurs principaux objectifs d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins dans les territoires où la démographie médicale des professionnels diminue.

Ainsi se pose alors la question de comprendre pourquoi, la patientèle d'une maison de santé telle que celle de Steenvoorde, est parfois amenée à consulter en première intention dans un SAU pour un motif quelconque mais qui relève le plus souvent des soins primaires.

Cette question se pose dans un contexte où la médecine générale et le premier recours connaissent depuis plusieurs années de nombreux bouleversements. En effet et depuis 2009, grâce à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), le soin de premier recours est placé au cœur du système de santé. Le médecin généraliste redevient un acteur essentiel de l'orientation du patient dans le système de soins et le garant de la coordination des soins. C'est également dans ce sens qu'a été proposé le parcours de soins, depuis la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie (1), qui impose le choix et la déclaration de son médecin traitant.

Ainsi, dans cette volonté d'améliorer au mieux le système de santé et notamment pour ce qui concerne le système de soins de premier recours, une des solutions possibles est la création de maison de santé. Ces structures jouissent d'un dynamisme à l'origine de perpétuels changements pour tenter d'améliorer des points essentiels pour les patients tels que l'accès aux soins, la permanence de soins, l'offre de soins, la coordination des soins. Et pour pouvoir mettre en œuvre ces changements, il est nécessaire de s'enquérir de l'opinion des patients, d'étudier leurs comportements, d'être à l'écoute de leurs attentes.

C'est pourquoi, à l'aide de cette enquête, nous tenterons de comprendre les motivations principales de ces patients recourant au SAU de manière spontanée pour déterminer des solutions possibles au sein de la maison de santé de Steenvoorde afin de répondre au mieux à cette demande de soins non programmés de nature « urgente ».

CHAPITRE II : CONTEXTE

1. L'augmentation du recours aux services des urgences

En France, depuis sa création au milieu des années 60, les services d'accueil des urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leur activité.

De 1990 à 1998, on observe une augmentation de plus de 43% de la fréquentation des urgences. (2)

Une étude de la DREES (3) a montré une augmentation régulière (avec une certaine stabilisation en 2004) du nombre de passages aux urgences de :

- + 4 % par an entre 1996 et 2003
- + 2,8 % en 2003
- + 0,4 % en 2004
- + 3 % en 2005.

En 2000, les services d'accueil des urgences ont enregistré 13 millions de passages (dont 90 % pour le secteur publique) contre 7,2 millions de passages en 1990.

De même, dans son rapport de 2007 (4), la Cour des Comptes note que le nombre de passage aux urgences a doublé en 15 ans (1990 à 2005), pour atteindre 14 millions en 2004, tout en soulignant que 75 % des patients reçus aux urgences ne sont pas hospitalisés.

Il est intéressant également de noter que malgré le nombre croissant de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisation est en quasi-stagnation. Cette dissociation entre l'augmentation très rapide du nombre d'admissions aux urgences et la quasi-stagnation du nombre d'hospitalisations traduit bien de la part des patients une demande de soins non programmés pour des pathologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate.

En conséquence, les urgences hospitalières sont régulièrement engorgées et les services confrontés à un niveau de charge structurellement tendu.

2. Les urgences

2.1 Historique des urgences

La mission des établissements du service public est définie par la loi 70-138 du 31 décembre 1970 (5), la loi 91-748 du 31 juillet 1991 (6), et le décret n° 95-647 du 9

mai 1995 (7) (Art-R 6123- 1 à 8). Cette mission est d'accueillir 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgences, y compris psychiatrique, et de la prendre en charge.

Une forte demande de soins non programmés s'est développée depuis la fin des années 1980, s'adressant notamment aux services d'urgences hospitaliers, demande qui a suscité une série de mesures pour tenter d'y répondre. (3) En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997. (8) Trois types de structures avaient alors été définis :

- les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU),
- les pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU),
- les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU).

En référence aux décrets n° 95-647 (7) et 95-648 du 9 mai (9) (Art-R 6123-1 à 8), le décret 2006-576 du 22 mai 2006 (10) modifie le code de santé publique et le cadre réglementaire de prise en charge des urgences : on ne parle plus de SAU ou d'UPATOU mais de Structures d'Urgences (SU).

Depuis 2006, les nouveaux décrets déclinent l'autorisation de soins de médecine d'urgences selon 3 modalités (3) :

- La régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale d'Urgences (SAMU) ;
- La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de réanimation (SMUR) ;
- La prise en charge des patients accueillis dans la Structure d'Urgences (SU).

La notion de « structure des urgences » se substitue en effet, à celle de « service d'urgences » et on ne distingue plus que deux types d'autorisations : structure des urgences et structure des urgences pédiatriques. Le décret précise les moyens dont doit disposer toute structure des urgences, en termes de locaux et de catégories de personnel. Tous les médecins exerçant dans ces structures auront désormais l'obligation d'avoir la spécialité de médecine d'urgence ou la reconnaissance d'une expérience de trois ans au moins dans ce type de service.

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou

fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (11).

2.2 Les usagers des urgences

Une enquête nationale réalisée par la DREES (12) en Janvier 2002 intitulée « les usagers des urgences » livre des informations relatives aux différentes populations fréquentant les urgences, à leurs modes d'accès, aux motifs pour lesquelles elles consultent et aux soins qu'elles y ont reçus.

Cette enquête a permis de confirmer une tendance qu'est le fait que la plupart des patients consulte dans un service d'accueil des urgences de manière spontanée, c'est-à-dire de leur propre chef, sans y être adressé par leur médecin traitant ou tout autre professionnel de santé.

En effet, 70 % des usagers des services d'urgences s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone. Ce mode d'entrée directe concerne au moins 80 % des patients dans les tranches d'âge inférieur à 50 ans puis diminue fortement avec l'âge : au-delà de 80 ans, plus de deux tiers des patients ont bénéficié d'une orientation médicale préalable.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux personnes rentrées à leur domicile à l'issue de leurs passages aux urgences, 87 % disent avoir un médecin « habituel ». Malgré tout, à peine plus d'un quart des patients qui ont un médecin traitant ont essayé de le joindre (13). Le plus souvent ils expliquent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20 %). Ils sont ainsi 62 % à avoir pris leur décision de venir aux urgences seuls ou avec leur entourage.

Dans les consultations spontanées pour un problème médical, 16 % des patients déclarent avoir attendu plus de deux jours pour recourir aux urgences. Il s'agit souvent (43 %) d'un problème de santé déjà rencontré auparavant. Avant de venir (14) :

- 36 % des patients disent ne rien avoir fait
- 29 % des patients disent s'être automédiqués
- 14 % des patients disent avoir consulté un médecin généraliste
- 10 % des patients disent avoir appelé le 15 ou le 18.

Cette notion de « consultation spontanée » va de pair également avec la notion de « consultation non urgente ». Suivant les études, le terme de consultation non urgente n'a pas la même définition. En effet il n'existe pas de gold standard pour définir l'urgence. Le taux de consultation non urgente varie donc d'une étude à l'autre suivant les variations de sa définition.

Si l'on se base sur une classification comme la CCMU (annexe 1), utilisée par la plupart des services d'urgences en France, on peut considérer que les deux premiers degrés (CCMU 1 et CCMU 2) relèvent d'une prise en charge pré-hospitalière. Or, 83 à 97 % des admissions relèvent d'une simple consultation et ne nécessitent pas l'utilisation du plateau technique (CCMU 1 = 48,8 %, CCMU 2 = 48,5 %). (15)

Si l'on rajoute à ce critère de stabilité (CCMU 1 ou 2), le fait de ne pas être adressé par un médecin, de ne pas arriver par la police ou les pompiers et ne pas être admis en hospitalisation après passage aux urgences, la population sélectionnée représente 30 % des admissions (16). 77,5 % de ces passages inappropriés relèvent de la petite traumatologie pour laquelle une prise en charge en ville est souvent inexistante. La pathologie non traumatique représente finalement 5,6 % des consultations spontanées non urgentes aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

D'autres études ont choisi de faire étudier les dossiers à posteriori par des urgentistes afin de classer chaque cas en bonne ou mauvaise adéquation. 37 % des admissions médicales et 53,8 % des admissions chirurgicales sont alors jugées comme inadéquates. (17). Il est à noter que ces 37 % représentent en fait une moyenne entre les admissions médicales directes (consultations spontanées), jugées inadéquates dans 54 % des cas, contre 17 % en cas de recours préalable à une structure pré-hospitalière. Autrement dit, une admission médicale directe sur deux relève d'une prise en charge pré-hospitalière.

Si l'on revient à l'enquête « les usagers des urgences » de la DREES (9) réalisée en Janvier 2002 auprès d'un échantillon de patients de 150 services, on retiendra que le quart des usagers a moins de 15 ans et 43 % moins de 25 ans, que les nourrissons sont, proportionnellement à leur nombre dans la population, presque deux fois et demie plus nombreux à les fréquenter. Les personnes de plus de 70 ans ne représentent, quant à elles, que 14 % de l'ensemble des usagers. La fréquentation des urgences, équivalente le week-end et la semaine, est plus faible la nuit. Les traumatismes et problèmes somatiques représentent les principales causes de recours, avec de fortes disparités selon l'âge des patients : 85 % des nourrissons arrivent aux urgences pour des problèmes somatiques alors que les traumatismes concernent près des deux tiers des jeunes de 6 à 25 ans. Les trois quarts des patients ont reçu au moins un examen diagnostique ou des soins. 19 % sont ensuite hospitalisés, les personnes de plus de 70 ans l'étant dans plus de la moitié des cas.

3- Maison et Pôle de Santé

3.1 Maison de santé

La définition d'une maison de santé (18) est donnée par l'article L.6323-3 du code de santé publique modifié par l'article 39 de la loi HPST du 21 juillet 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 Août 2011 : « la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

En résumé donc, une maison de santé se définit par des professionnels de santé, ayant un exercice de soins de premiers recours et un projet de santé. A noter ici que la tendance actuelle n'est plus de parler de « premier recours » mais de « soins primaires ».

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la composition de la structure doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.

Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

3.2 Pôle de Santé

La définition des pôles de santé se trouve dans l'article 40 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet pour donner l'article L. 6323-4 du Code de Santé Publique : il est constitué entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médico-sociale .

Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

3.3 Etat des lieux

Il existe environ 200 maisons et pôles de santé déclarés en France et de nombreux projets. Ce mode d'exercice regroupé étant de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins. Elles permettent ou plutôt facilitent un exercice protocolé, les réunions de concertation mono ou pluriprofessionnelles, la continuité des soins, l'éducation thérapeutique des patients, la maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement d'une charte éthique.

L'augmentation du nombre de ces regroupements doit participer à une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente, car ils fixent géographiquement une unité d'offre de soins. Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres, évitant ainsi le "burn-out" trop souvent d'actualité. Ils facilitent l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe. Ce mode d'exercice à condition qu'il soit coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation.

3.4 La maison de santé de Steenvoorde, présentation et évolution. (19)

Avant de pouvoir bénéficier du statut de « Maison de Santé », la maison médicale de Steenvoorde a vu son histoire ponctuée de nombreuses évolutions. En effet la maison médicale de Steenvoorde existe déjà depuis plusieurs années (1976 exactement). En 2006, la mission régionale de santé identifie le canton de Steenvoorde comme « zone déficitaire », très sous dotée en médecins généralistes. Elle regroupe alors 5 médecins généralistes, 4 infirmières et 4 masseurs-kinésithérapeutes. Fin 2007, après une année de réflexions, les médecins généralistes s'engagent dans le projet et signent l'avenant n° 20 à la convention médicale. Ils sont soutenus dans leurs démarches de réflexion par l'URMEL (Union

régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral , désormais sous la dénomination d'URPS, Union Régionale des Professionnels de Santé).

En juin 2008, l'URCAM (Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral) alerte les professionnels de santé des possibilités d'une expérimentation et propose de les soutenir dans l'évolution vers une Maison de santé.

Fin 2008 est créée l'association « santé en Flandre » afin de répondre à l'invitation de l'URCAM de poser une candidature au projet national d'expérimentation des NMR (Nouveau Mode de Rémunération).

La région Nord-Pas-de-Calais n'ayant pas été retenue pour cette expérimentation en 2008, les professionnels de santé de la maison médicale bénéficient du soutien de l'URCAM pour le développement de l'exercice coordonné au titre du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Cela permet l'embauche d'un coordinateur, la rémunération des temps de réunion. Une deuxième enveloppe permet la rénovation et l'aménagement des locaux : secrétariat, salle polyvalente pour réunions, séances d'ETP (Education Thérapeutique du Patient), bureau pour le coordinateur.

En 2010, les professionnels de santé se sont dotés d'un logiciel informatique (ICT) permettant le partage des données. Des temps de réunion ont permis la rédaction et la mise en œuvre de protocoles, et l'écriture d'une charte. Cette charte est structurée en trois parties : valeur des professionnels, objectifs (permanence des soins, organisation de l'accès aux soins, promotion de la santé/ Santé publique/ Prévention, recherche/formation, NMR, hygiène/sécurité) et moyens.

4- Permanence et régulations des soins.

Le principe général de la continuité des soins est d'assurer à l'ensemble des concitoyens un accès aux soins sur l'ensemble des 24 heures, soit par l'aide médicale urgente (AMU), soit par la permanence des soins (PDS), la régulation médicale orientant vers l'un ou l'autre de ces axes. (20)

La permanence des soins ambulatoires a été définie en 2003, au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002, dans le rapport sur la « Permanence des soins », publié par le Sénateur Descours.

La permanence des soins ambulatoires revêt le caractère d'une mission de service public (21) assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat (22), durant les heures de fermeture des cabinets médicaux soit de 20 h à 8 h en semaine et du samedi 12 h au lundi 8 h. Cette permanence des soins organisée jusqu'alors au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du comité départemental

d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS), l'est dorénavant sous la responsabilité de l'agence régionale de santé (ARS).

Depuis le décret du 15 septembre 2003 (art R 732) « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU ou par des centres d'appel interconnectés avec le SAMU.»

La loi HPST de 2010 précise (21) « La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

La régulation médicale téléphonique a un rôle déterminant : elle permet de définir l'orientation la mieux adaptée à l'état du patient. Cette orientation est un des éléments essentiels au bon fonctionnement du dispositif des urgences et de la permanence des soins. La responsabilité de la décision incombe à un médecin régulateur formé et expérimenté. La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur à distance d'un patient. Elle permet au patient de bénéficier du juste soin grâce à l'adaptation de la réponse au niveau de soins requis pour le patient. La régulation médicale réalisée au sein des Samu Centres 15 interagit avec de multiples partenaires au sein d'un véritable réseau sanitaire. Elle occupe en France une place croissante, incontournable permettant notamment l'amélioration de la prise en charge de problèmes de santé publique tels que les accidents vasculaires cérébraux et les syndromes coronariens aigus par le biais des filières de soins. La régulation médicale améliore la prise en charge du patient, elle optimise l'emploi des ressources hospitalières et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins (23).

Enfin, cette réorganisation de la permanence de soins a conduit à imaginer les Maisons Médicales de Garde, que l'on retrouve en général dans les grandes agglomérations et à proximité des hôpitaux. Il s'agit d'une solution adéquate pour répondre à la demande de soins non programmés. Elles ont été créées en coopération avec les dispositifs préexistants afin d'améliorer les conditions d'exercices des médecins libéraux qui assurent des gardes dans le cadre de la permanence de soins. Les objectifs sont d'assurer des conditions d'exercice sécurisées et de qualité pour les médecins durant les gardes (consultations effectuées au sein d'un cabinet spécifique, aménagé et dont l'accès est sécurisé), afin d'inciter les médecins qui n'assuraient plus de garde à en assurer de nouveau.

Concernant le Canton de Steenvoorde, une telle structure n'est pas disponible, la permanence des soins est alors assurée et gérée par un numéro unique interconnectée avec le 15.

5- Démographie.

5.1 Démographie cantonale.

Le canton de Steenvoorde comptabilise, au dernier recensement de 2007, 13 612 habitants. Celui-ci regroupe 9 communes, dont la commune de Steenvoorde, la plus peuplée, qui rassemble 3 987 habitants. Les autres communes du canton sont : Terdeghem (522 habitants), Oudezeele (624 habitants), Houtkerque (843 habitants), Saint-Sylvestre-Cappel (1 085 habitants), Winnezeele (1 128 habitants), Eecke (1 158 habitants), Godewaersvelde (1 964 habitants), Boeschepe (2 201 habitants).

5.2 Démographie médicale.

Concernant la démographie médicale, les médecins de la région Nord-Pas-de-Calais représentent 5,5 % de l'effectif national. Au 1er janvier 2009, 14 261 médecins sont inscrits au Tableau de l'Ordre de la région Nord-Pas-de-Calais ; soit 0,4 % de moins qu'au 1er janvier 2008. Avec une densité de 300 médecins pour 100 000 habitants, la région Nord-Pas-de-Calais se trouve en deçà de la moyenne nationale qui est de 338 pour 100 000 habitants. (24)

Au 1er janvier 2009, 7 704 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre. Ils représentent 54 % des effectifs. 77 % des médecins généralistes exercent leur profession en activité régulière. Les deux tiers d'entre eux dispensent des soins de premier recours. Ils répondent à des besoins de proximité, ils se répartissent sur l'ensemble du territoire avec un net déficit concernant les territoires ruraux. (25)

La répartition des médecins généralistes sur le territoire régional est un élément essentiel pour l'accès aux soins de la population. Ainsi, dans 86 % des cantons, au moins la moitié des consultations et visites des habitants auprès de médecins généralistes libéraux sont réalisées par des professionnels qui y exercent. (26)

La Mission Régionale de la santé a défini 6 cantons sous dotés en médecins généralistes libéraux, en fonction de leur densité, leur âge et leur activité moyenne. Le canton de Steenvoorde en fait partie tout comme la Sambre-Avesnois dans le nord ou certaines zones rurales dans le Pas-de-Calais.

CHAPITRE III : OBJECTIFS

Cette étude a pour principal objectif de recueillir les raisons ayant amené un patient de la maison de santé de Steenvoorde à aller consulter dans un service d'accueil des urgences, et ce de manière spontanée, c'est-à-dire sans avoir demandé au préalable l'avis de son médecin traitant ou tout autre médecin de premier recours.

De même, d'autres critères ont été étudiés tels que :

- le profil du patient (âge, sexe, ville d'origine, profession, couverture sociale),
- le motif de consultation (traumatisme, somatique, psychiatrique ou psychologique, social, agression, CNH/ réquisition, autres),
- le jour de consultation (semaine, week-end), l'heure d'arrivée et de sortie, la durée de prise en charge,
- la réalisation ou non d'examen complémentaire (biologie, imagerie, ECG, BU/ECBU),
- la réalisation ou non de geste (suture ou immobilisation plâtrée),
- la demande ou non d'avis spécialisé (immédiat ou différé),
- le niveau de satisfaction du patient,
- le recueil d'éventuelles remarques de la part des patients et notamment sur la possibilité d'avoir recours en seconde intention à leur médecin traitant ou non dans ce genre de situation.

A partir de ces données, une réflexion est à mener pour essayer de comprendre cette démarche qui est de recourir de plus en plus facilement à un service d'accueil des urgences, pour permettre de trouver des solutions au problème d'engorgement de ces services mais surtout de répondre à une demande de la part de ces patients qui désirent avant tout une réponse rapide et adaptée à un problème de santé, et pour qui une structure telle qu'une de maison de santé se doit de répondre au mieux, grâce entre autre à une mutualisation de moyens.

CHAPITRE IV : MATERIEL ET METHODE.

1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale par questionnaire, réalisée auprès de patients de la maison de santé de Steenvoorde, ayant été consulté auprès d'un SAU, en général celui d'Hazebrouck, correspondant au service d'urgences le plus proche du canton de Steenvoorde.

2. Critères d'inclusion

Le repérage du patient à interroger se faisait grâce au courrier de compte-rendu de passage dans un SAU, reçu par le médecin traitant au sein de la maison de santé de Steenvoorde. Pour cela, il a donc été demandé aux différents médecins de la maison de santé, au nombre de cinq (Dr Deroo, Dr Maes, Dr Pierrens, Dr Vandaele et Dr Verniest), de recueillir et de me faire parvenir ces comptes-rendus. Ainsi, grâce au logiciel informatique de la maison de santé, je disposais des coordonnées téléphoniques du patient. Le questionnaire était donc soumis par téléphone au patient, pour cela et après accord de celui-ci, et après avoir vérifié qu'il avait bien consulté de manière spontanée, c'est-à-dire sans y avoir été envoyé par son médecin traitant ou tout autre médecin de premiers recours, sans y avoir été emmené par le SAMU ou les pompiers, ni sur avis d'une régulation médicale. Enfin, les patients de l'étude concernent ceux n'étant pas hospitalisés après leur passage aux urgences.

3. Caractéristiques de l'étude

La population étudiée est la patientèle de la maison de santé de Steenvoorde. Le canton de Steenvoorde a été décrit comme « zone déficitaire » en médecins généralistes par la Mission Régionale de Santé en 2006. De manière générale, la population du canton de Steenvoorde fait le choix de consulter en majorité, en cas d' « urgences », à l'hôpital d'Hazebrouck ou d'Armentières.

Les différents médecins de la maison de santé de Steenvoorde ont tous été volontaires pour participer à cette enquête. Pour cela, une urne était mise à leur disposition dans la salle de repos de la maison de santé afin d'y déposer les comptes-rendus de passage dans un SAU de leurs patients, reçus pour la grande majorité de l'hôpital d'Hazebrouck, qui a la particularité encore d'envoyer systématiquement ce document par courrier au médecin traitant.

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire (Annexe 2), composé de deux parties. La première partie reprenait des informations concernant le patient et la prise en charge (sexe, âge, couverture sociale, ville d'origine, profession exercée, hôpital

fréquenté, jour de consultation, heure d'entrée et de sortie, durée de prise en charge, motif de consultation, énumération des examens complémentaires ou des gestes réalisés, la demande ou non d'avis spécialisé). Ces informations étaient directement disponibles à partir du compte-rendu de passage au SAU sauf la profession exercée. La deuxième partie du questionnaire correspondait aux six questions qui étaient soumises au patient, après présentation de l'enquête et obtention de leur accord.

Chaque patient a donc été contacté par appel téléphonique, leur accord était bien entendu demandé avant de débiter l'enquête, après leur avoir précisé que les résultats étaient anonymisés. Pour les patients mineurs, l'enquête a été réalisée auprès des représentants légaux selon leur accord. La présentation de l'étude au patient se faisait de façon standardisée selon un modèle rédigé à l'avance (Annexe 3).

Cette étude s'est déroulée sur une année, du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2011. Les patients étaient en général contactés dans le mois qui suivait leur consultation dans un SAU.

La déclaration des démarches s'est faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la forme d'une déclaration simplifiée, en date du 07 Janvier 2011 (Annexe 4), à la suite de laquelle nous avons reçu un agrément. La confidentialité des données a été respectée : les questionnaires ont été anonymisés.

4. Analyse des données

L'ensemble des informations ont été saisies à l'aide du logiciel MODALISA, qui permet une analyse statistique des données.

Les données descriptives ont été décrites par l'incidence, les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type, les variables qualitatives par comparaisons réalisées par test Khi2 et profil d'écart à la moyenne global et local. Le seuil de significativité pour l'ensemble des questions était de $p=0,05$.

CHAPITRE V : RESULTATS

1. Effectif

Après vérification des critères d'inclusions, il a été soumis 125 questionnaires auprès des patients de la maison de santé de Steenvoorde, durant cette enquête qui s'est déroulée au cours de l'année 2011.

2. Données

2.1 Médecin traitant des répondants

Par mesure de simplification, nous dénommerons les médecins de la maison de santé par des lettres A, B, C, D, E.

La majorité des comptes-rendus de passage aux urgences a été fournie par le Dr A puisque 64 de ses patients ont été soumis au questionnaire, représentant 51,2 % de l'effectif. Les patients du Dr B au nombre de 21 représentait 16,8 % de l'effectif, ceux du Dr C au nombre de 19 représentait 15,2 %, ceux du Dr D au nombre de 13 représentait 10,4 % et enfin ceux du Dr E au nombre de 6 représentait 4,8 % de l'effectif.

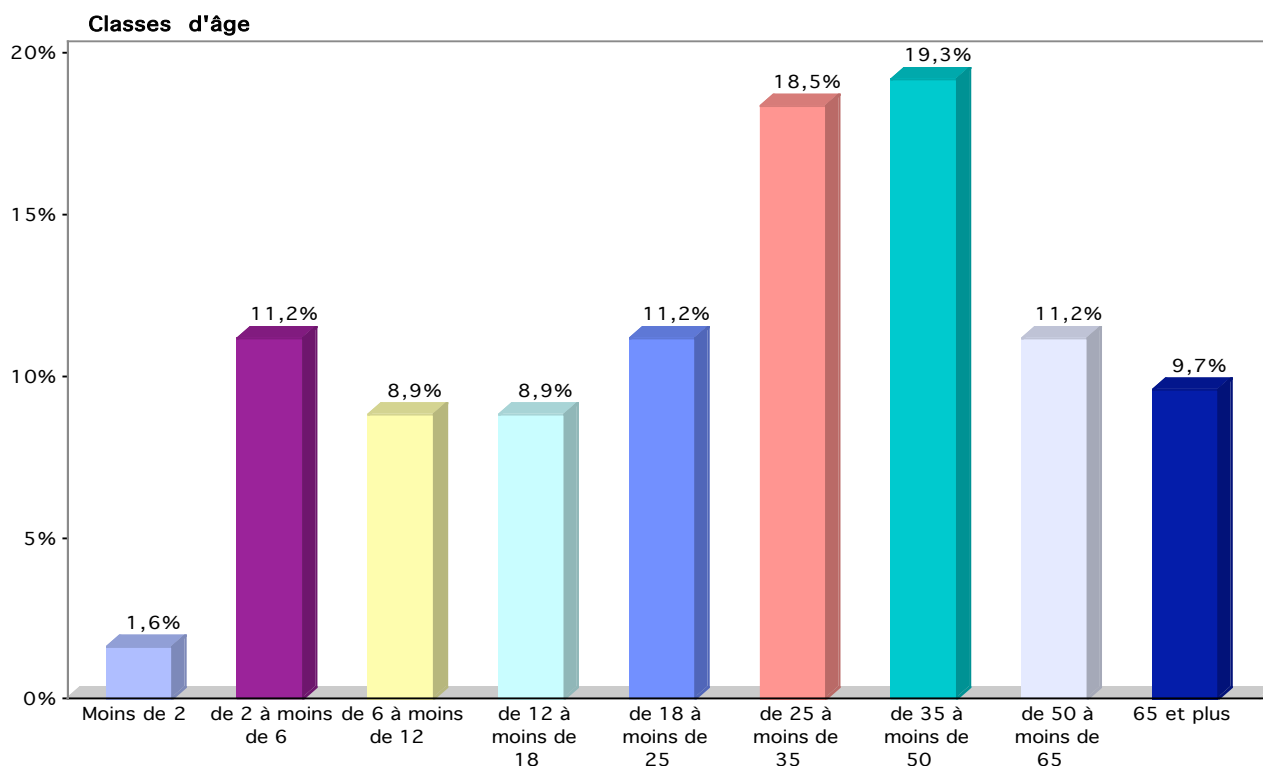
2.2 Classe d'âge

La classe d'âge la plus représentée est celle des « 35-50 ans », suivie de très près par la classe « 25-35 ans ». S'ensuit une répartition homogène des autres classes hormis celle des nourrissons « 0-2ans » au nombre de 2 qui ne représente donc que 1,6 % de l'effectif.

Tableau 1 : répartition des répondants selon leur âge

	Effectifs	Fréquence
Moins de 2	2	1,6 %
de 2 à moins de 6	14	11,2 %
de 6 à moins de 12	11	8,8 %
de 12 à moins de 18	11	8,8 %
de 18 à moins de 25	14	11,2 %
de 25 à moins de 35	23	18,4 %
de 35 à moins de 50	24	19,2 %
de 50 à moins de 65	14	11,2 %
65 et plus	12	9,6 %
Total	125	

Graphique 1 : répartition des répondants selon leur âge



2.3 Sexe

La majorité des répondants sont des hommes puisqu'ils représentent 62,4 % de l'effectif contre 37,6 % pour les femmes.

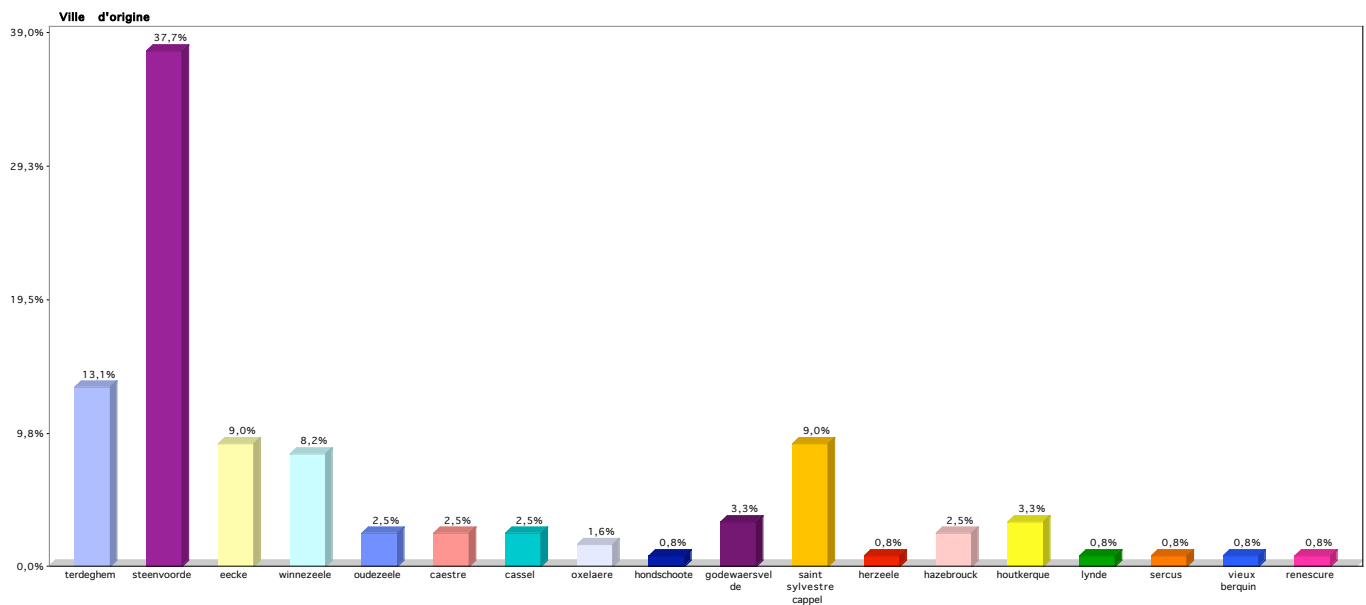
Tableau 2 : sexe des répondants

	Effectifs	Fréquence
masculin	78	62,4 %
féminin	47	37,6 %
Total	125	

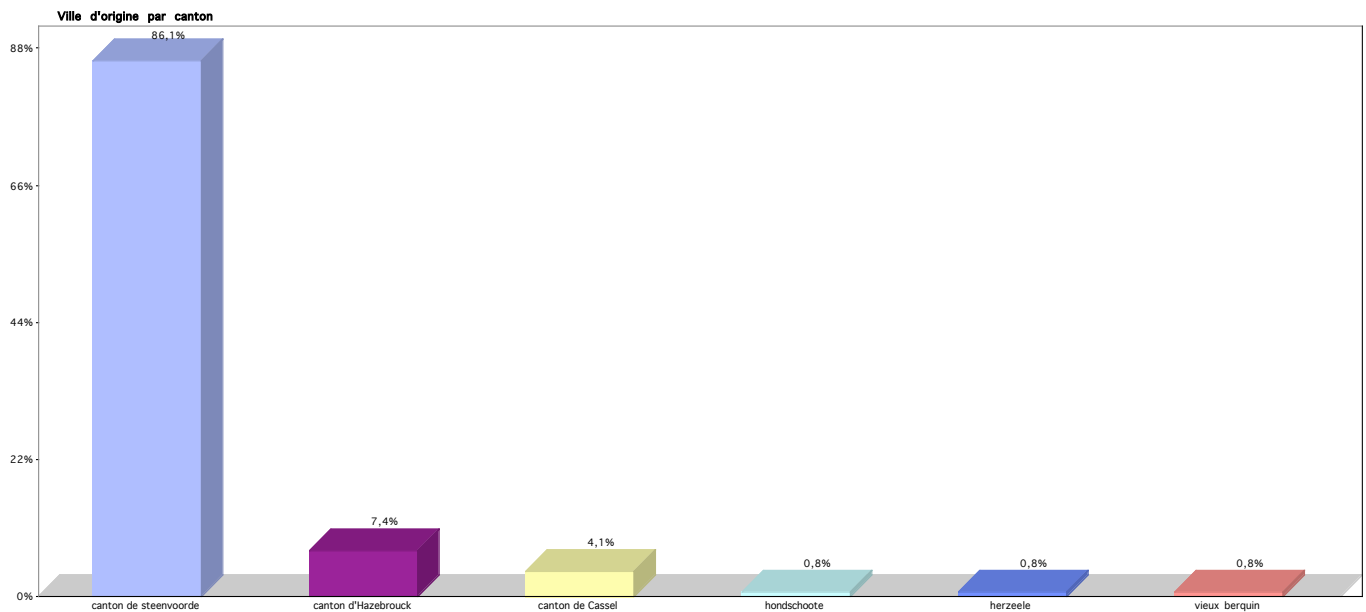
2.4 Répartition géographique des répondants

Les habitants de Steenvoorde sont logiquement les plus représentés parmi les répondants de l'enquête puisqu'ils représentent 37,7 % de l'effectif et si nous regroupons les répondants non pas par ville mais par canton, celui de Steenvoorde (regroupant les villes de Steenvoorde, Terdeghem, Eecke, Winnezele Oudezele, Godewaersvelde, Saint-sylvestre-cappel, Houtkerque) représente 86,1 % des répondants.

Graphique 2 : répartition géographique des répondants par ville



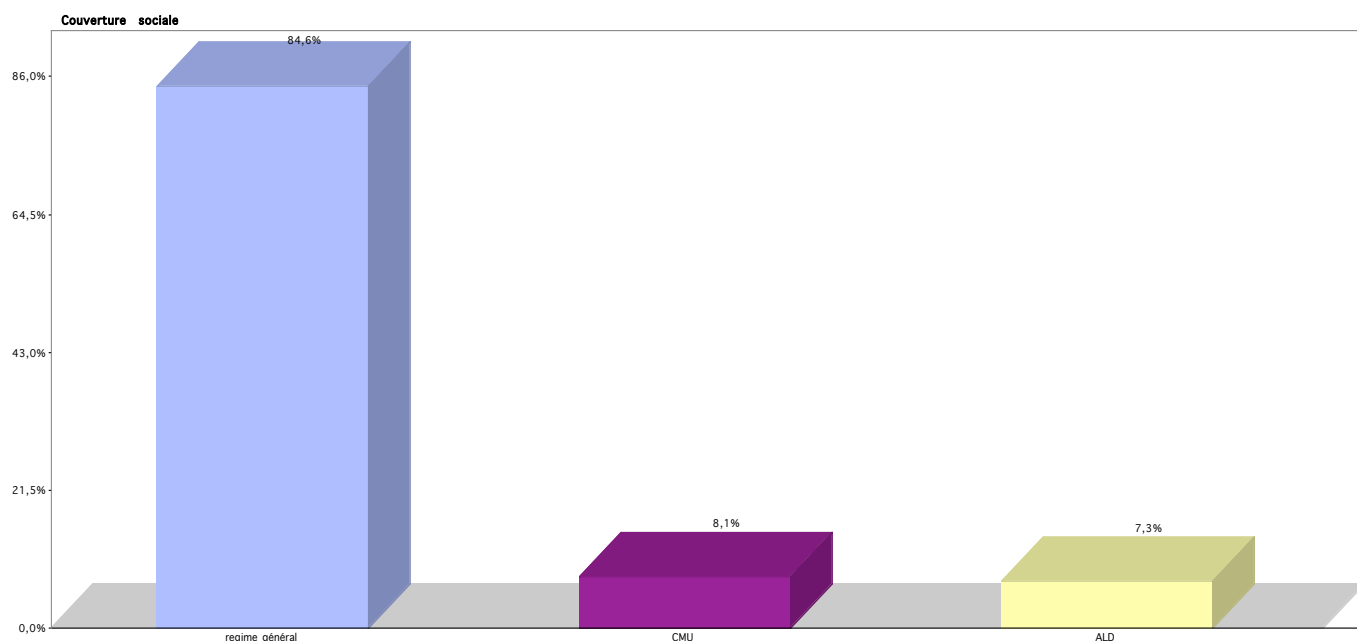
Graphique 3 : répartition géographique des répondants par canton



2.5 Couverture sociale

Concernant la couverture sociale des répondants, la plupart (84,6 %) dépendait du régime général, puis 8,1 % des répondants bénéficiaient de la CMU (couverture mutuelle universelle) et enfin 7,3 % était en ALD (affection longue durée).

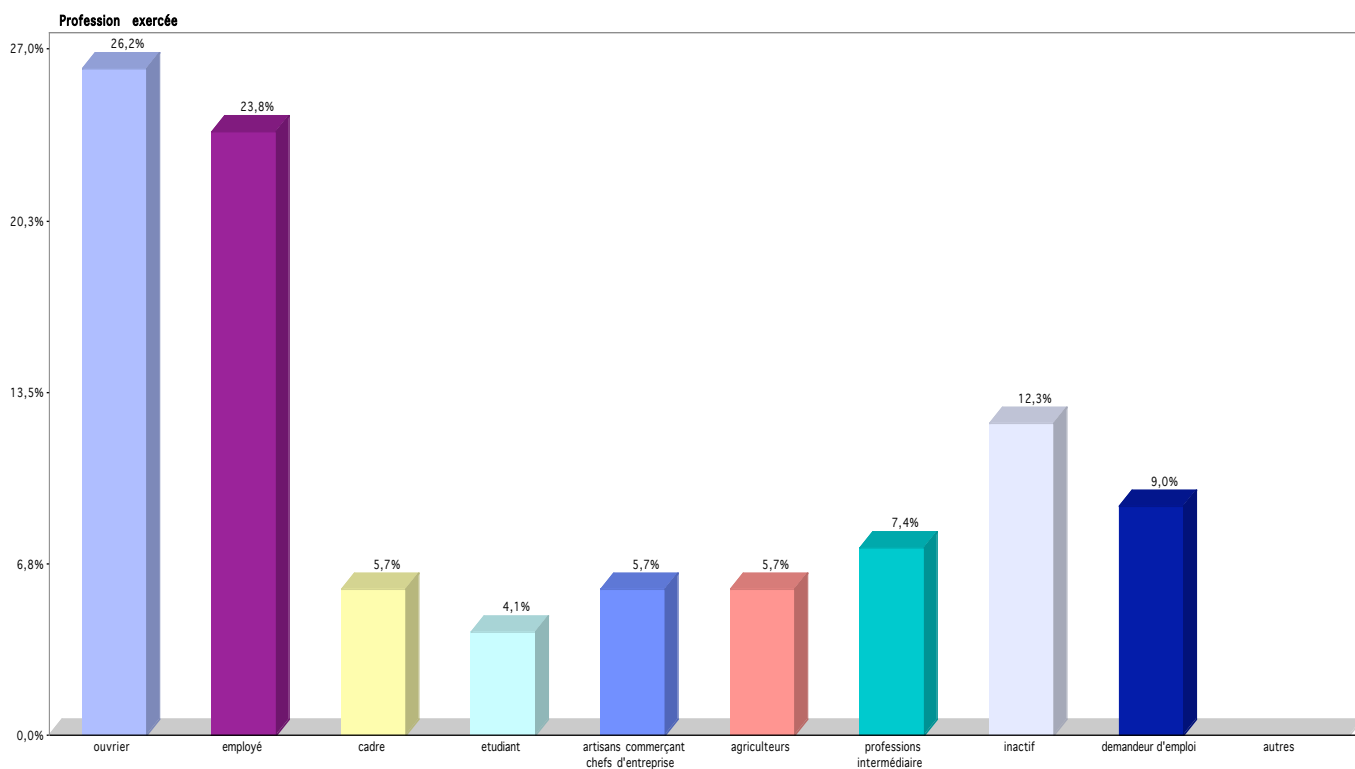
Graphique 4 : couverture sociale des répondants



2.6 Profession exercée

Parmi les répondants, la classe ouvrière est la plus représentée puisqu'elle constitue 26,2 % de l'effectif total, suivi des employés pour 23,8 %. Puis les inactifs, correspondant dans la majorité des cas à des retraités, représentent 12,3 % de l'effectif suivi des demandeurs d'emploi pour 9 %. Enfin, on retrouve les professions intermédiaires (7,4 %), puis à égalité (5,7 %) les cadres, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise ainsi que les agriculteurs et en dernier les étudiants pour 4,1 % de l'effectif.

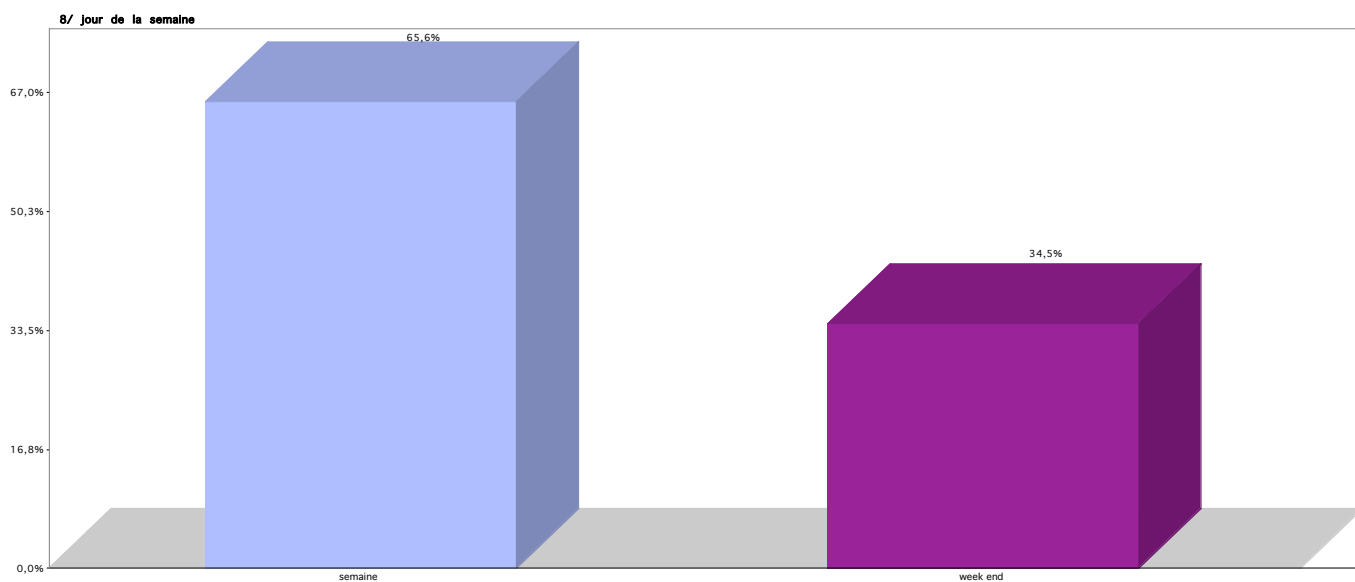
Graphique 5 : profession exercée des répondants



2.7 Jour de la semaine

65,6 % des répondants ont consulté un jour de semaine contre 34,5 % durant un week-end.

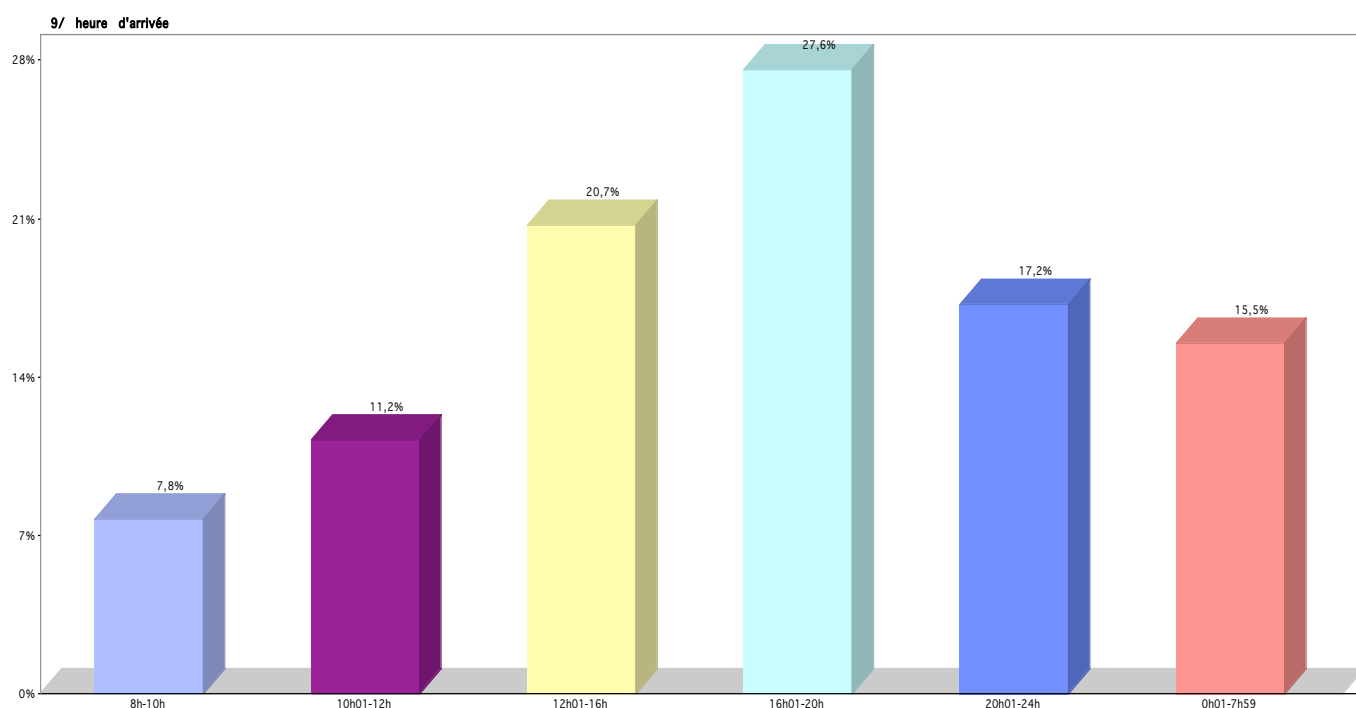
Graphique 6 : jour de la semaine



2.8 Heure d'arrivée

Le créneau horaire « 16 h - 20 h » correspond à l'heure d'arrivée dans 27,6 % des cas, suivi du créneau « 12 h – 16 h » (20,7 %). Le début de nuit « 20 h – 24 h » représente quant à lui 17,2 %, suivi de la nuit « 0 h – 8 h » dans 15,5 %. Les urgences semblent être dans notre enquête moins fréquentées durant la matinée : 11,2 % de l'effectif entre 10 h et 12 h, 7,8 % entre 8 h et 10 h.

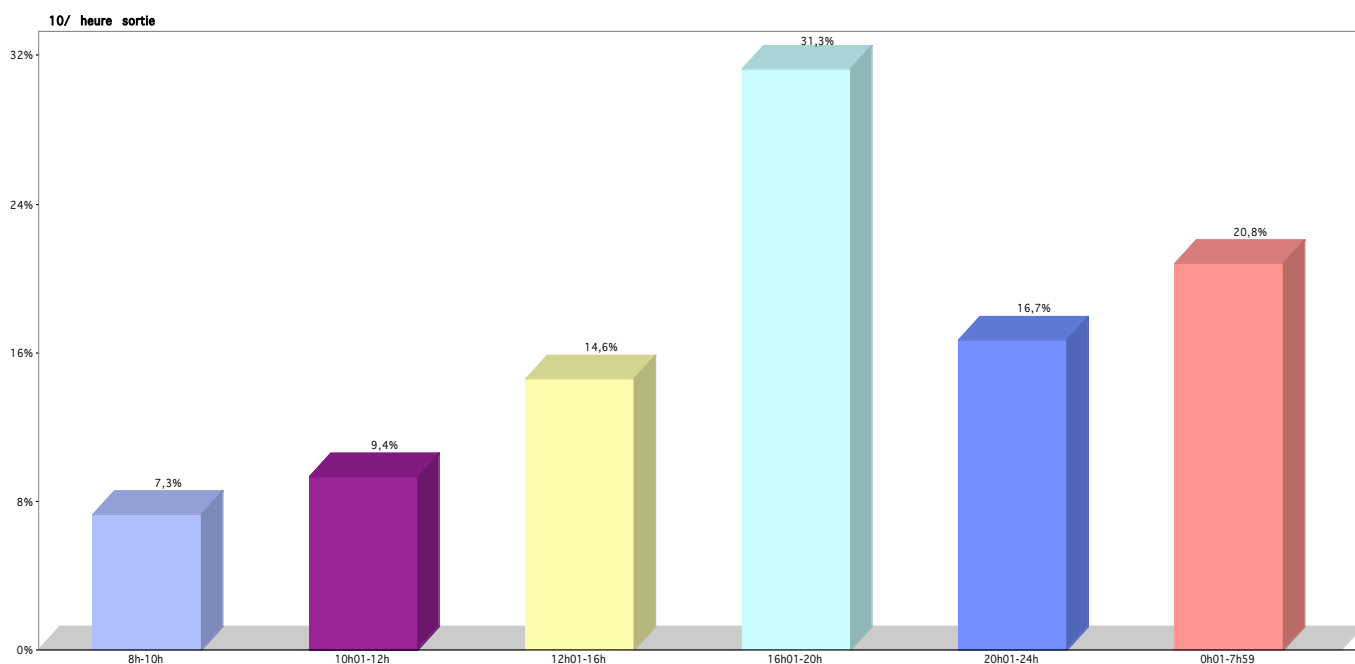
Graphique 7 : heure d'arrivée



2.9 Heure de sortie

De manière sensiblement identique, le créneau horaire correspondant à l'heure de sortie le plus représenté est celui de « 16 h – 20 h » dans 31,3 % des cas suivi de la nuit « 0 h - 8 h » à 20,8 %.

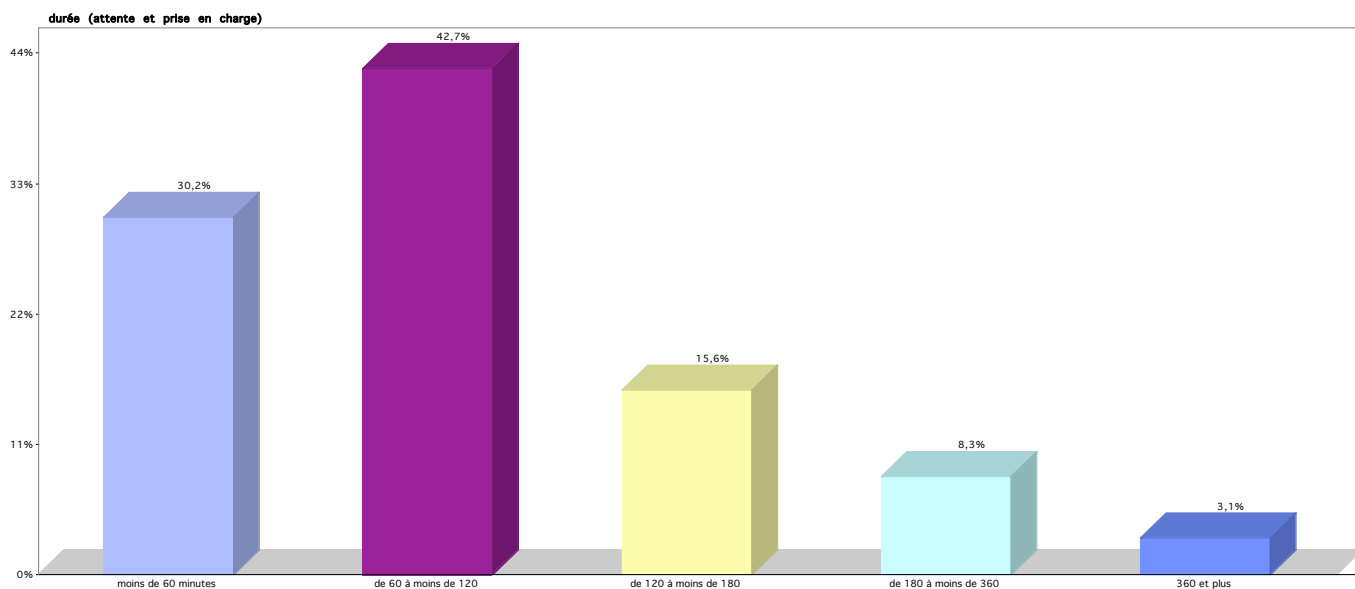
Graphique 8 : heure de sortie



2.10 Durée (attente et prise en charge)

En moyenne, les répondants ont passé entre 60 et 120 minutes dans le service des urgences (correspondant donc au délai d'attente et de prise en charge) dans 42,7 % des cas, moins de 60 minutes dans 30,2 % des cas, entre 120 et 180 minutes dans 15,6 % des cas, entre 180 et 360 minutes dans 8,3 % des cas et plus de 360 minutes dans 3,1 des cas.

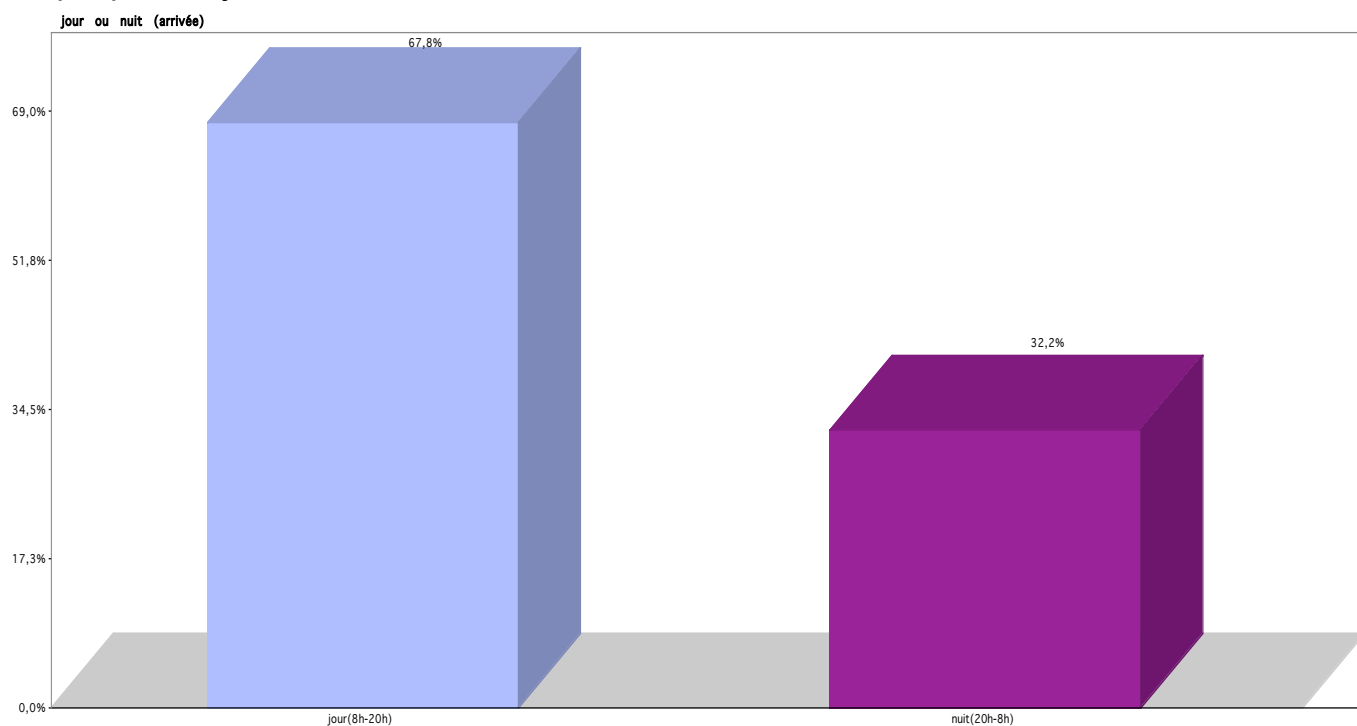
Graphique 9 : durée (attente et prise en charge)



2.11 Jour ou nuit

En majorité (67,8 %), les répondants ont consulté le jour contre 32,2 % la nuit.

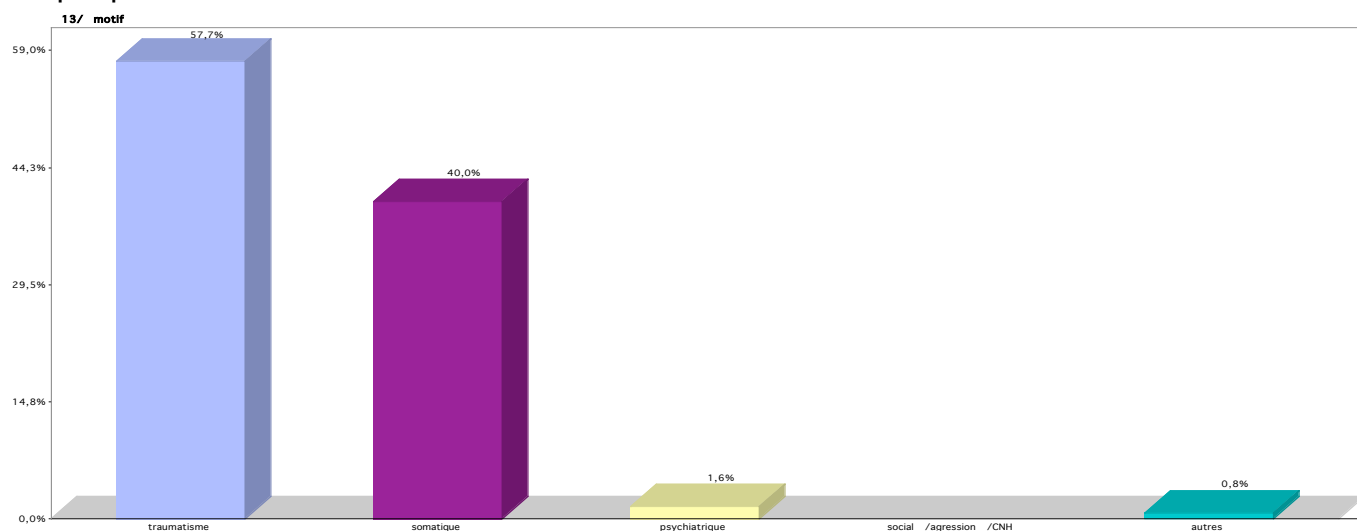
Graphique 10 : jour ou nuit



2.12 Motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent pour 57,7 % des répondants concernait un traumatisme, suivi à 40 % pour un problème somatique, suivi de loin pour 1,6 % des cas en raison d'un problème relevant de la psychiatrie.

Graphique 10 : motif de consultation

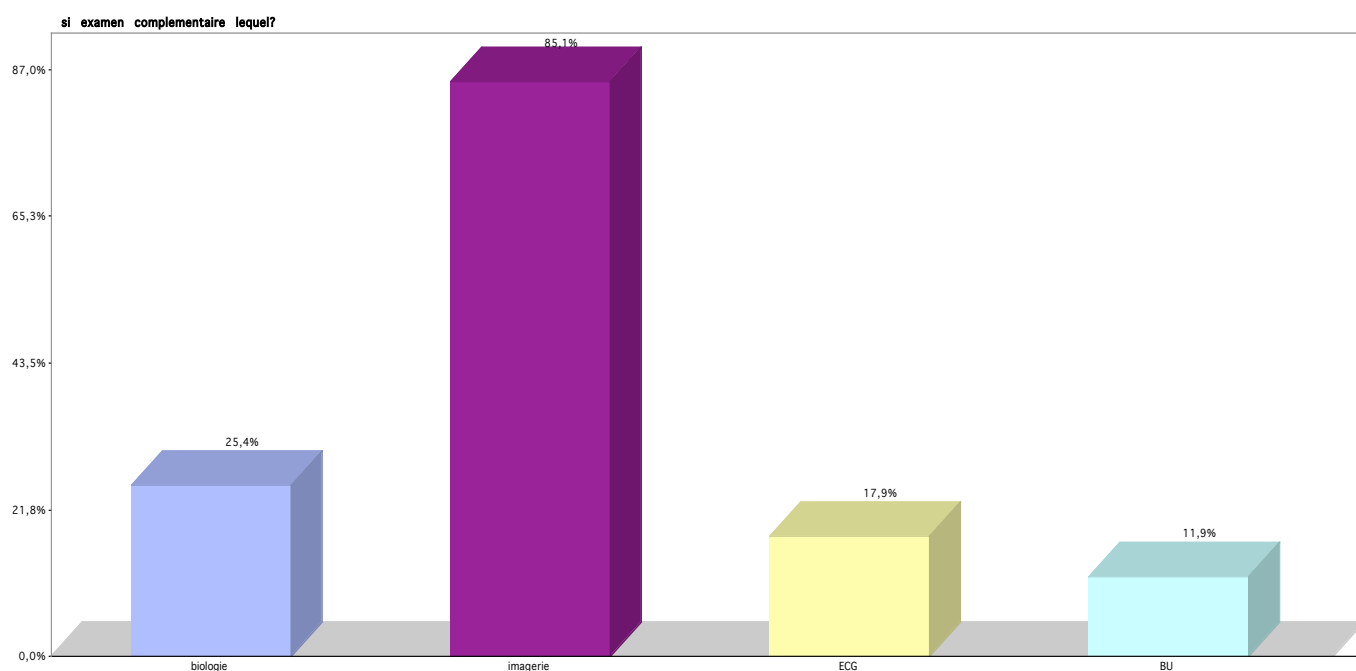
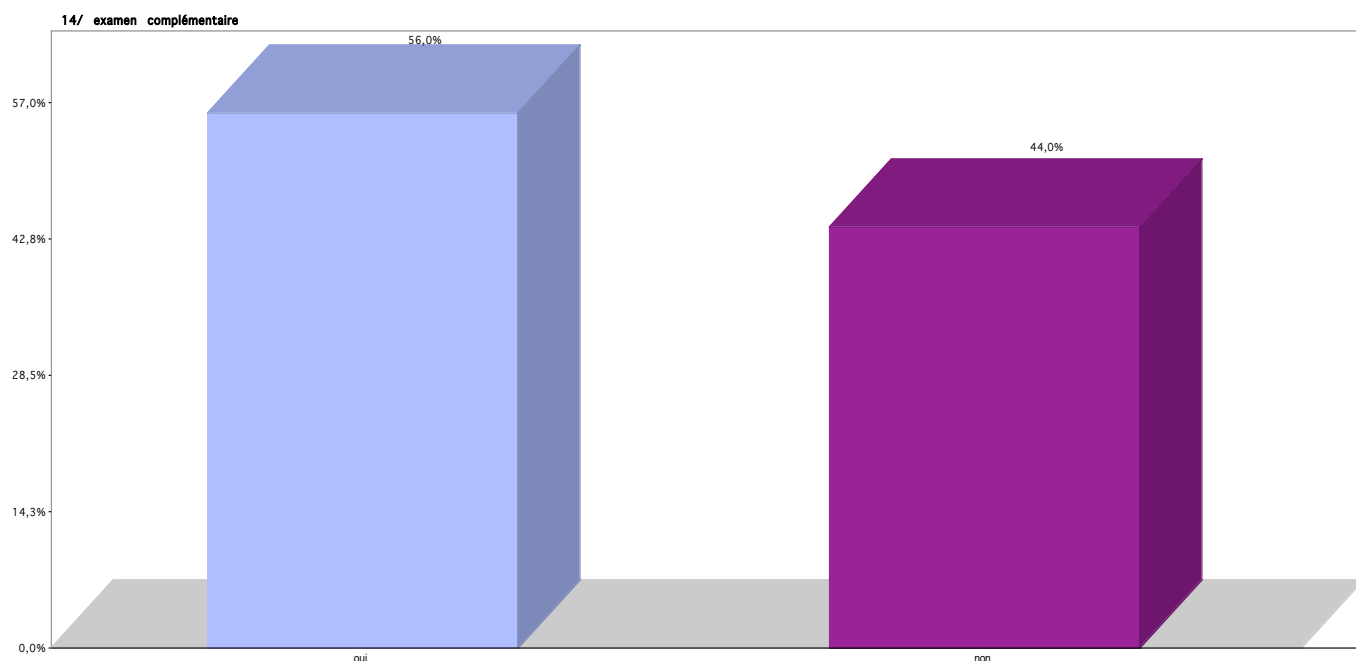


2.13 Examen complémentaire

Lors du passage au SAU, dans 56 % des cas, un examen complémentaire (biologie, imagerie, ECG, BU+/-ECBU) est réalisé.

Parmi ceux-ci, l'imagerie est le plus souvent retrouvée dans 85,1 % des cas, suivi de la biologie à 25,4 %, de l'ECG à 17,9 % et enfin BU+/-ECBU à 11,9 %.

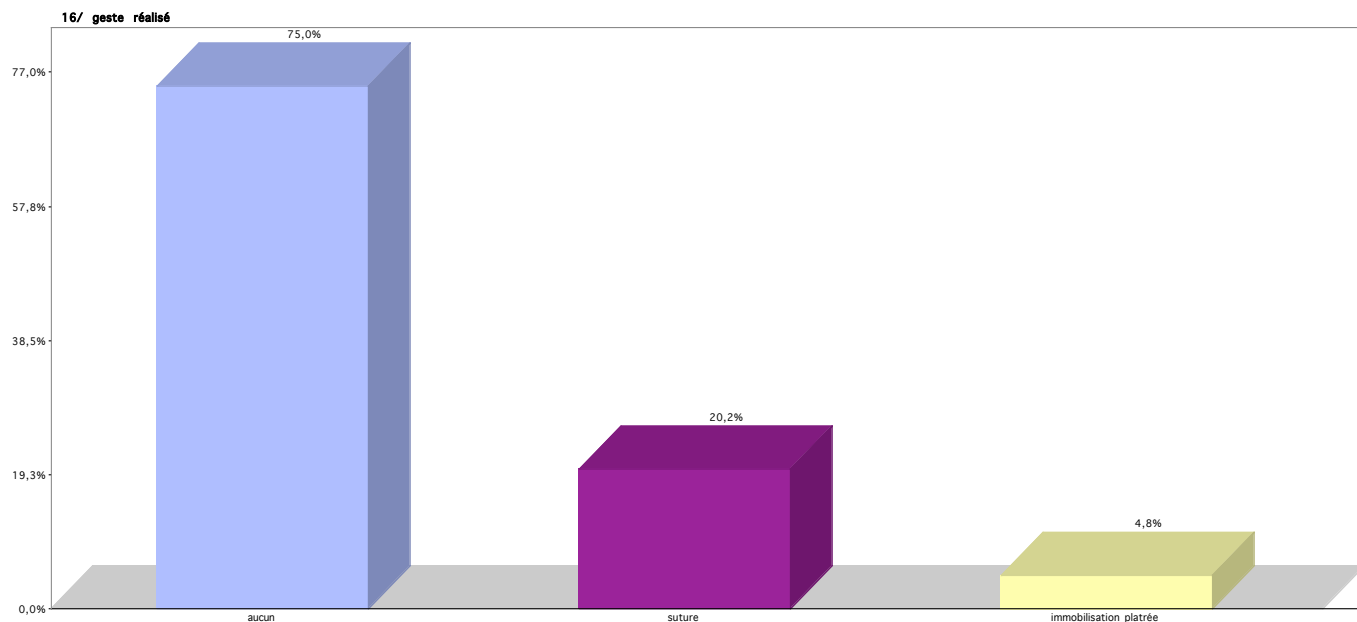
Graphique 11 et 12 : incidence des examens complémentaires



2.14 Geste réalisé

Dans la majorité des cas, les répondants n'ont pas bénéficié de gestes particuliers. En effet seuls 20,2 % ont subi une suture ou une immobilisation plâtrée dans 4,8% des cas.

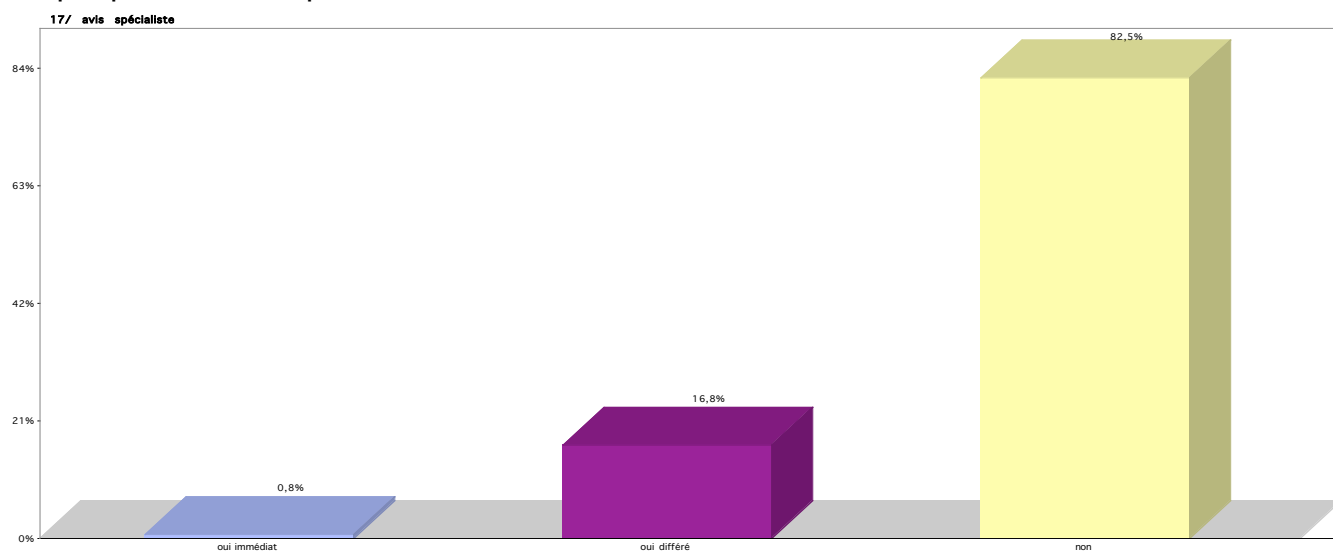
Graphique 13 : incidence des gestes réalisés



2.15 Avis spécialisé

82,5 % des répondants n'ont pas eu besoin d'avoir recours à un avis spécialisé durant leur passage au SAU. Parmi les répondants, seuls 0,8 % ont bénéficié d'un avis spécialisé immédiat et 16,8 % de manière différée.

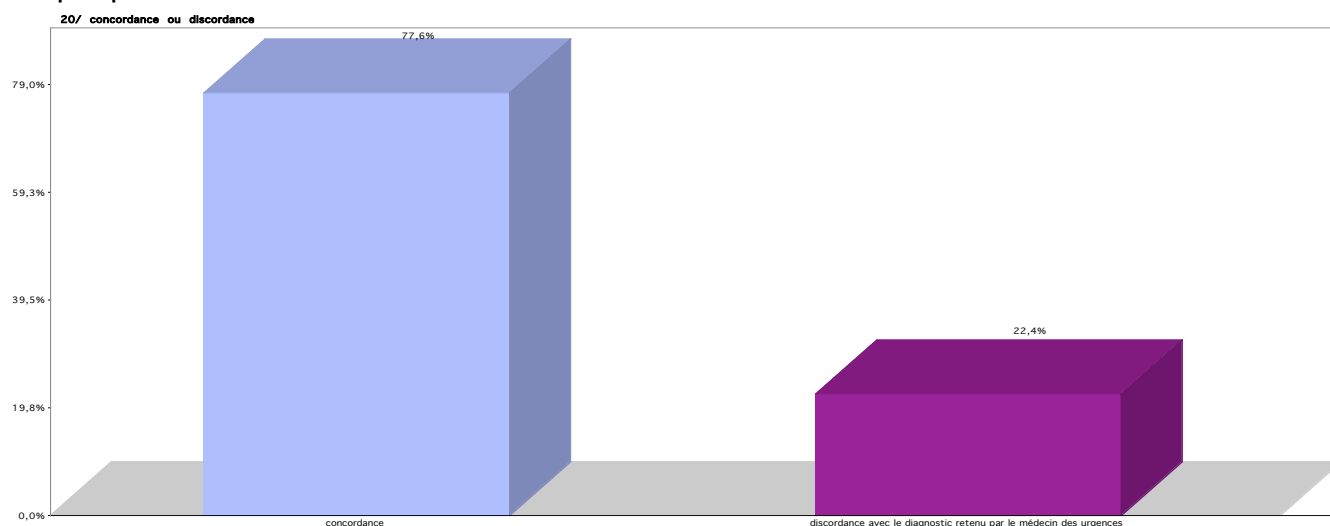
Graphique 14 : avis spécialisé



2.16 Concordance/Discordance entre le motif de consultation du patient et le diagnostic retenu par le médecin

Dans la majorité des cas (77,6 %), il est retenu une concordance entre le motif de consultation ou le problème de santé suspecté par le patient et le diagnostic retenu par le médecin des urgences. L'exemple de discordance le plus souvent retrouvé était la suspicion de fracture alors que finalement la radiographie ne révélait aucune lésion osseuse.

Graphique 15 : concordance/discordance



2.17 Raisons à l'absence d'avis pris auprès du médecin traitant et donc du recours spontanée au SAU

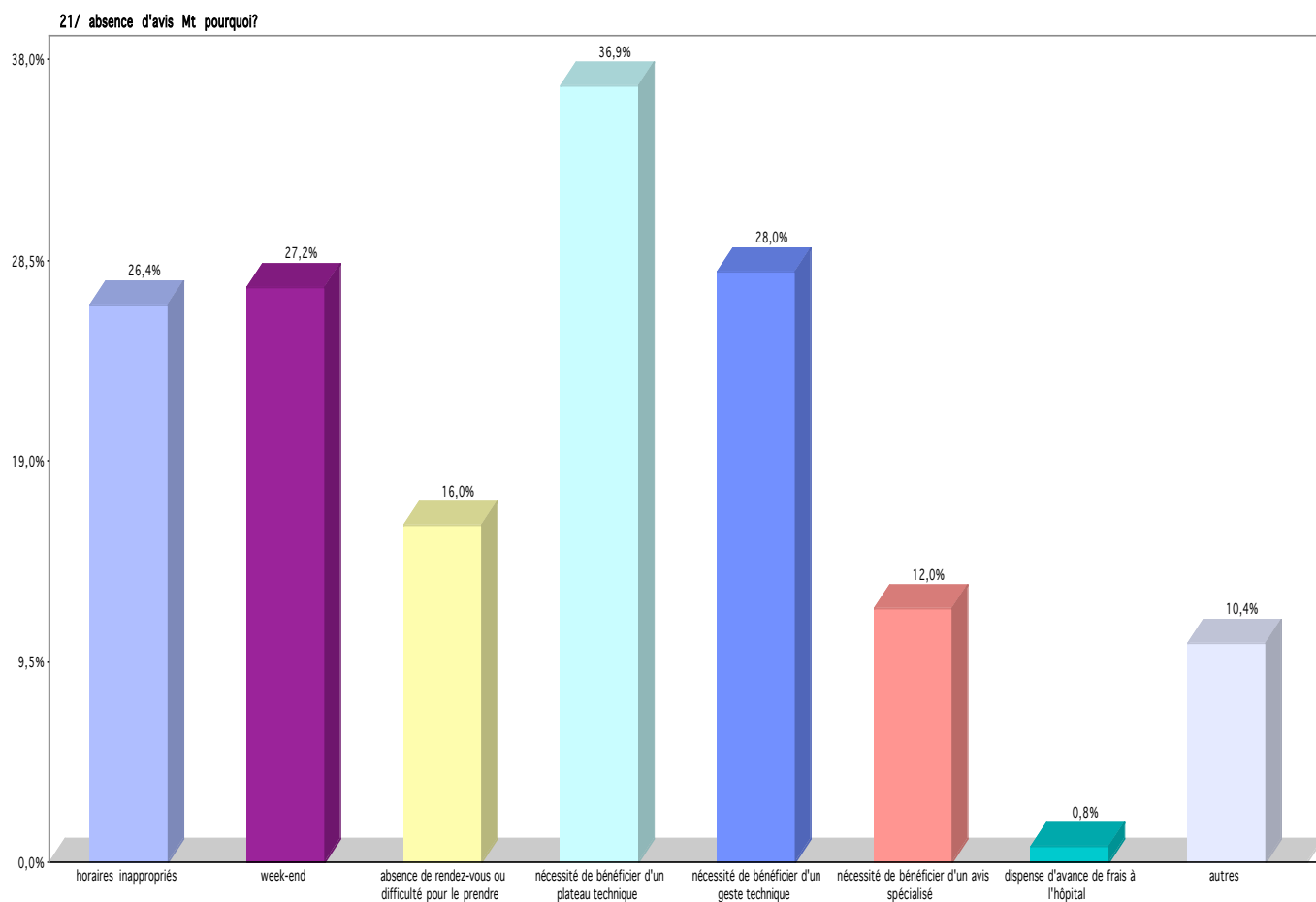
Pour 36,9 % des répondants, le recours au SAU de manière spontanée, sans avoir eu recours au médecin traitant ou à tout autre médecin de premier recours, se justifie par la nécessité de bénéficier d'un plateau technique. La deuxième raison évoquée dans 28 % des cas est la nécessité de bénéficier d'un geste technique. Puis, dans 26,4 et 27,2 % des cas, on retient la raison d'horaires inappropriés ou le week-end. Enfin, dans 16 % des cas, le répondant accuse l'absence de rendez-vous ou la difficulté pour le prendre (avec le médecin traitant), puis dans 12 % des cas la nécessité de bénéficier d'un avis spécialisé, ou la dispense d'avance de frais à l'hôpital dans 0,8% des cas. (graphique 16)

Si l'on regroupe la nécessité de bénéficier d'un plateau technique et celle de bénéficier d'un geste technique, ces deux raisons accumulent 56,9 % des réponses pour justifier le recours de manière spontanée à un SAU. De la même manière, si on regroupe la raison évoquée d'« horaires inappropriés » et le « week-end », qui

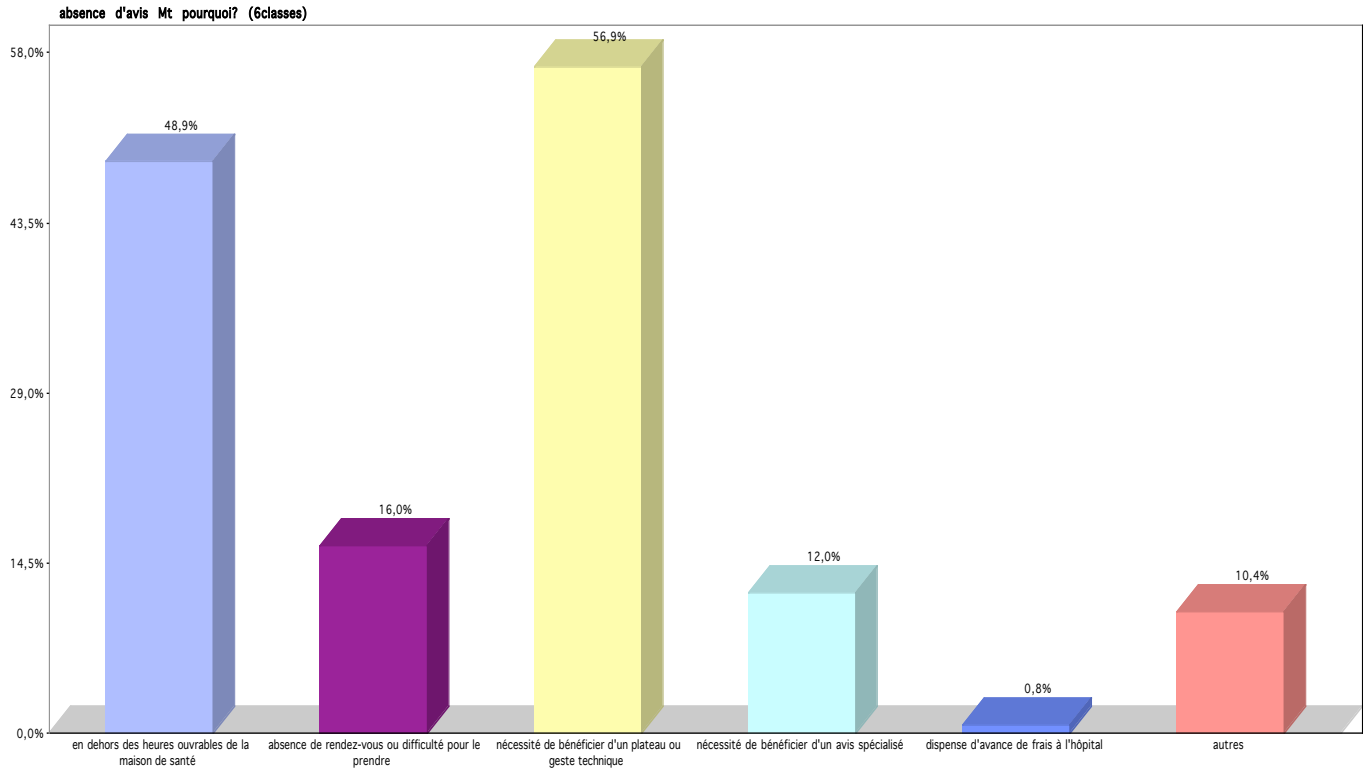
correspond à la fermeture de la maison de santé, on obtient 48,9 % des réponses. (graphique 17)

Enfin, dans 10,4 % des cas, les répondants évoquent un « autre motif » que ceux proposés et ils justifient alors leur démarche dans 38,5 % des cas par le désir d'obtenir un avis médical simple ou en raison d'une urgence ressentie. Enfin, les autres raisons évoquées sont de soulager la douleur, une rapidité espérée, un accident du travail ou le fait d'y être envoyé par l'employeur. (graphique 18)

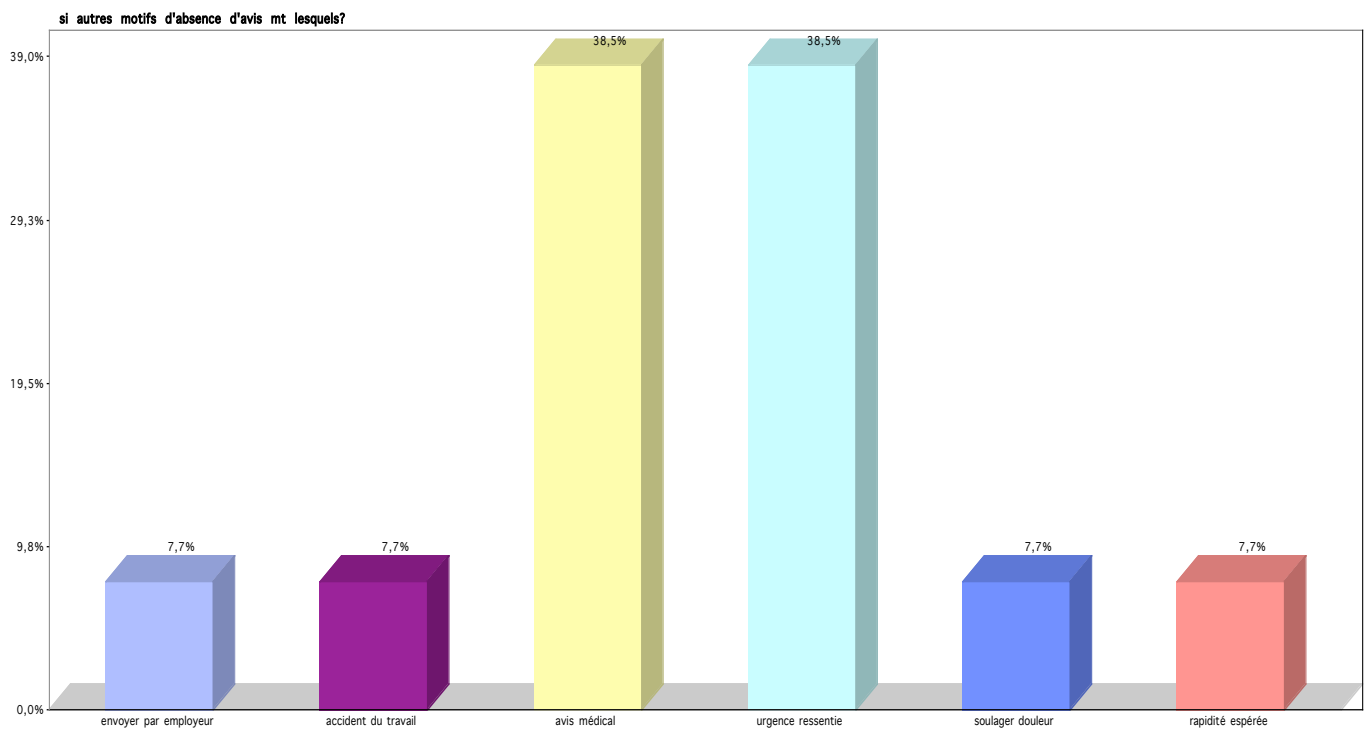
Graphique 16 : motif de recours spontané au SAU



Graphique 17 : motifs de recours spontané au SAU (regroupement de propositions)



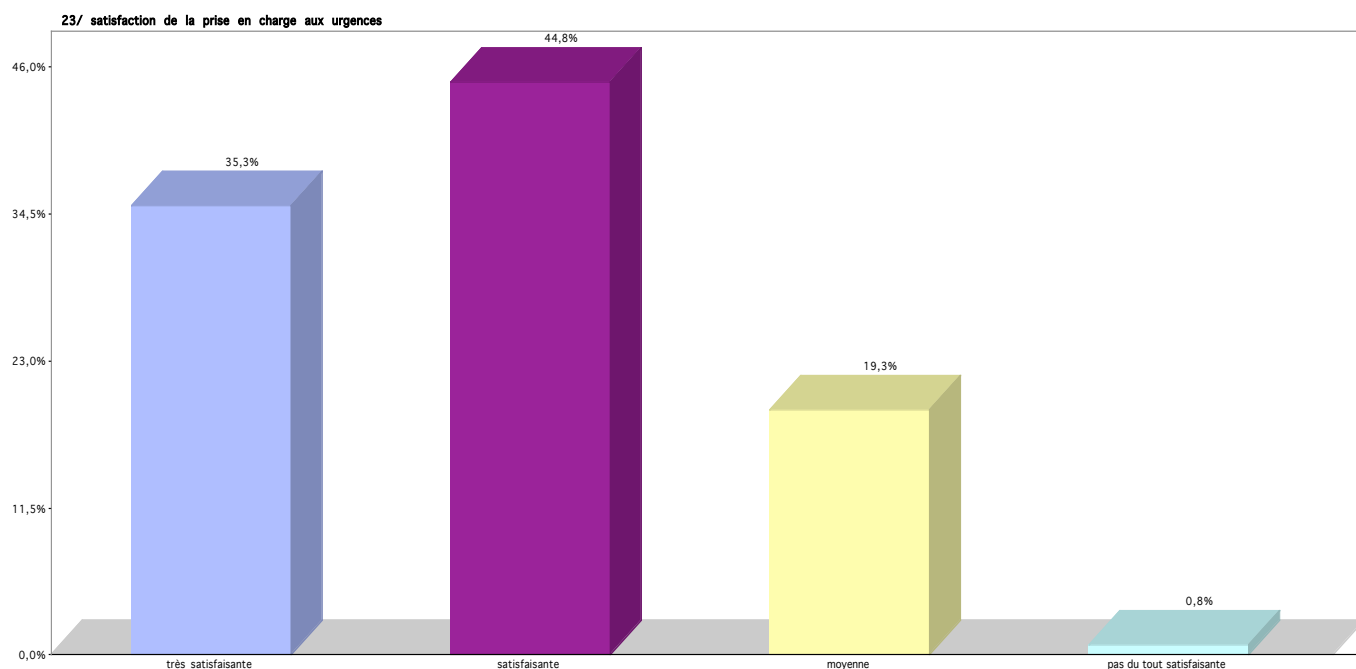
Graphique 18 : motif « autres » détaillé (réponse libre)



2.18 Niveau de satisfaction de la prise en charge

44,8 % des répondants se disent satisfaits de la prise en charge, 35,3 % très satisfaits, 19,3 % moyennement satisfaits et 0,8 % pas du tout.

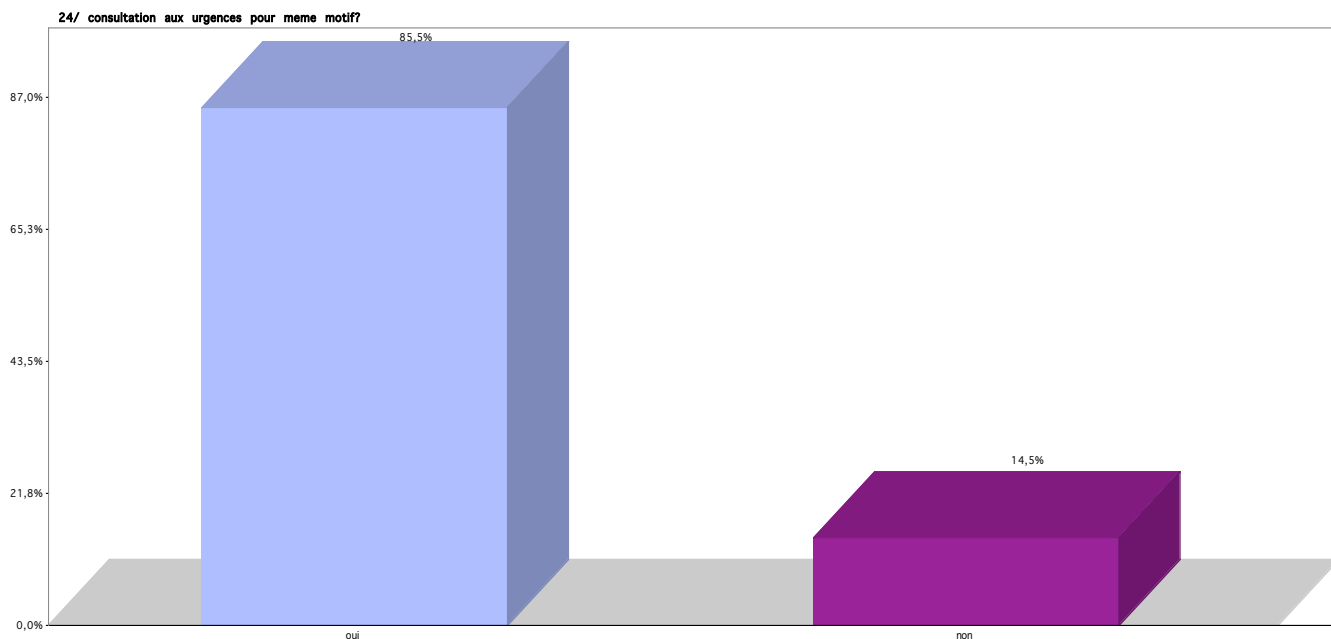
Graphique 19 : niveau de satisfaction de la prise en charge



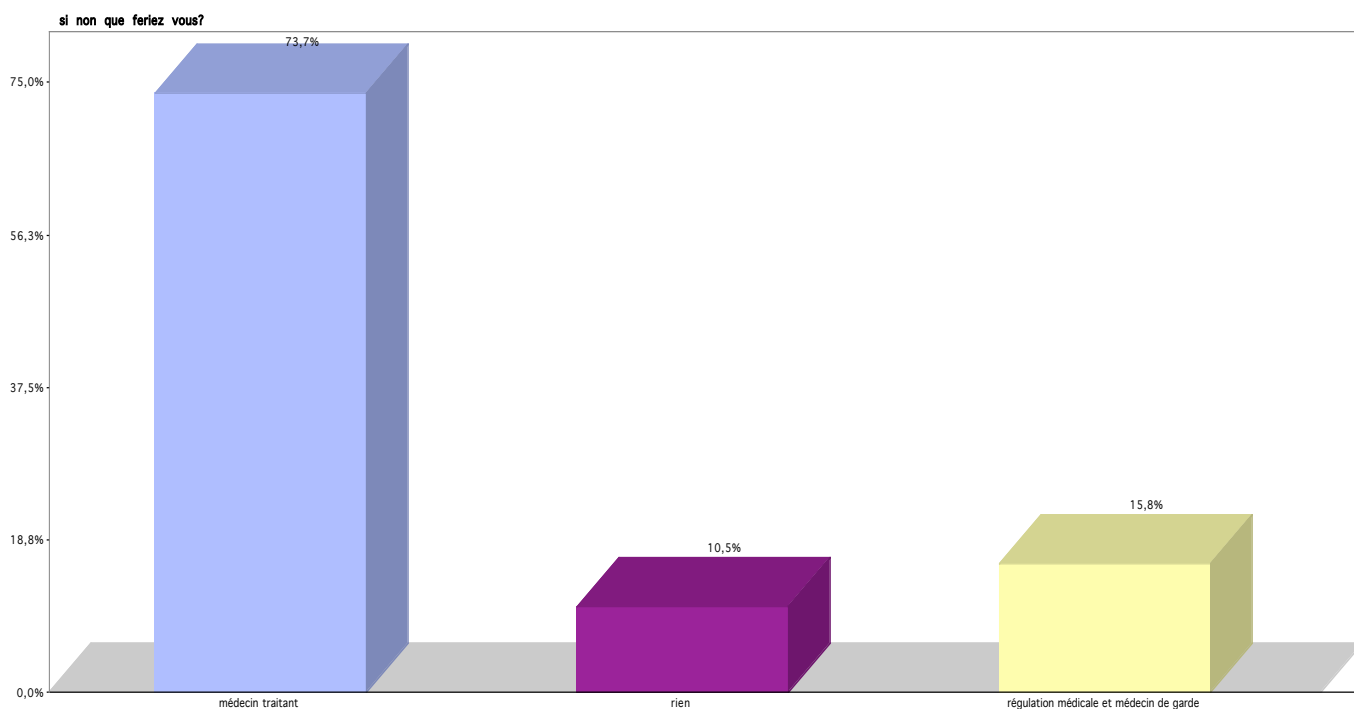
2.19 Attitude du patient en cas de situation similaire

A l'avenir, en cas de situation similaire (même soucis de santé au même moment), 85,5 % des répondants affirment qu'ils auraient le même réflexe de consulter immédiatement dans un SAU contre 14,5 % qui pensent avoir une autre démarche (graphique 20). Et dans cette affirmative d'opter pour une autre démarche, 73,7 % des répondants affirment qu'ils consulteraient leur médecin traitant, 15,8 % qu'ils auraient recours à la régulation médicale ou au médecin de garde et 10,5 % affirment qu'ils s'abstiendraient d'avis médical (graphique 21).

Graphique 20 : Attitude du patient en cas de situation similaire (oui=même démarche, non=autre démarche)

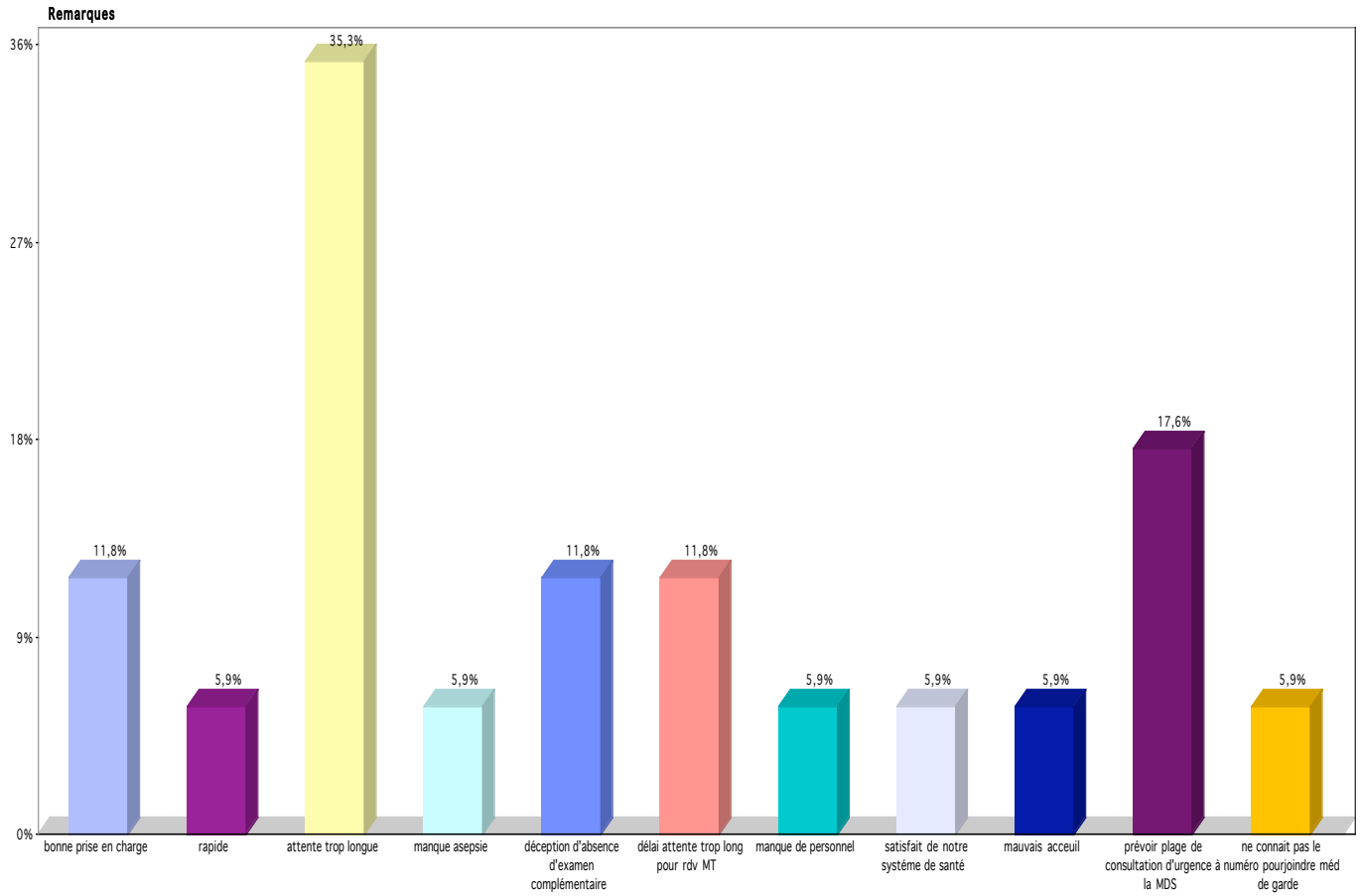


Graphique 21 : autre démarche (réponse libre)



2.20 Remarques éventuelles des répondants

Graphique 22 : remarques des répondants (réponse libre)



CHAPITRE VI : DISCUSSION

1. Questionnaire et mode de recueil

Cette enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire composé essentiellement de questions fermées. Les quelques questions ouvertes ont été utilisées pour obtenir des remarques éventuelles de la part des répondants.

L'intérêt essentiel des questions fermées est le gain de temps au moment du recueil des données, notamment au cours d'une enquête menée par téléphone, où le répondant est parfois pris au dépourvu, et où la proposition de réponses pré-établies lui permet d'abrégé l'enquête. L'autre avantage des questions fermées est la facilité de recodage lors de l'analyse des données. Celles-ci apportent également une information fiable et le taux de réponse est bien plus élevé que pour une question ouverte. Enfin, la proposition de réponse permet également une meilleure compréhension de la question.

Par contre, ces questions fermées ont pour inconvénient de guider le répondant vers une réponse et donc l'influence et limite ses possibilités d'expression.

En ce qui concerne les questions ouvertes, le principal inconvénient rencontré a été le faible taux de réponse, une certaine redondance avec les réponses apportées aux questions précédentes, la difficulté de recodage nécessaire à l'analyse. Ce genre de question apparaît néanmoins intéressant dans une enquête, car elles peuvent apporter des informations subtiles, le répondant n'étant pas guidé dans ses réponses.

Le mode de recueil par appel téléphonique directement au domicile du répondant ou sur son téléphone portable a pour principal intérêt d'obtenir un taux de participation à l'enquête exceptionnellement élevée. Celui-ci n'a pas été chiffré mais il était rare d'essuyer un refus de la part des patients à répondre à l'enquête. Bien évidemment il était laissé le choix à la personne de participer ou non à l'enquête ou de reporter l'appel à un autre moment de la journée, mais ce qui semble avoir favorisé ce taux de participation est le lien direct de l'enquêteur avec la maison de santé puisque l'appel était émis de la structure et l'enquêteur (moi-même) se présentait comme étant un professionnel (médecin) en lien avec leur propre médecin traitant.

Ce mode de recueil jouit d'un autre avantage, celui de la participation de l'enquêteur afin d'apporter une aide personnalisée au répondant en cas de non compréhension de la question, ce qui nécessite par contre une certaine habilité de la part de l'enquêteur afin de rester impartial et neutre pour ne pas influencer le répondant. L'inconvénient de ce mode de recueil aurait peut être été la gêne occasionnée au répondant à interrompre ses activités durant l'enquête, l'appel étant impromptu, mais pour minimiser cette gêne l'appel était donné le plus souvent en fin de journée en dehors des heures de travail.

La réalisation de cette enquête nécessitait le retour au sein de la maison de santé d'un compte rendu de passage dans un service d'urgences afin de repérer le patient à qui soumettre le questionnaire. Les deux hôpitaux de proximité du canton de Steenvoorde bénéficiant d'un SAU sont celui d'Hazebrouck et d'Armentières. Or seul le SAU de l'hôpital d'Hazebrouck envoie systématiquement par courrier au médecin traitant ce compte rendu de passage car à l'hôpital d'Armentières celui-ci est remis en main propre au patient. On peut alors regretter qu'une majorité de l'enquête ait été effectuée auprès de patients ayant été consultés dans un même hôpital, celui d'Hazebrouck. De la même façon, cette enquête nécessitait la participation de tous les médecins de la maison de santé mais l'on remarque une grande disparité de celle-ci puisqu'au final plus de la moitié (51,2 %) des répondants ont le même médecin traitant (Dr Verniest), ceci s'expliquant par le fait que ce professionnel est l'investigateur de l'enquête. A la décharge des autres médecins traitants, ce qui a pu justifier leur manque de participation est la longueur de l'enquête dans le temps puisque le recueil s'est fait sur une année sans qu'il y ait véritablement de relance.

Au total, 125 questionnaires ont pu être soumis sur une année. Il n'est pas possible de comparer cet effectif par rapport au nombre total de patients ayant en réalité consultés dans un SAU sur la même période car celui-ci n'est pas disponible et ne peut être facilement quantifié. Ainsi il est difficile de déterminer si cet échantillon est quantitativement représentatif de cette population ayant consulté un SAU de manière spontanée.

2. Population, « patient type ».

L'enquête a permis de relever des éléments socio-démographiques concernant ces patients et la synthèse de ceux-ci permet finalement de composer le portrait du « patient type ». Celui-ci est donc plutôt un patient d'âge moyen (35-50 ans), de sexe masculin, ouvrier ou employé, bénéficiant du régime général.

La détermination de ce patient type peut permettre finalement de repérer parmi la patientèle, telle ou telle personne pouvant être susceptible de fréquenter plus particulièrement un SAU de façon spontanée et souvent non appropriée. Cette personne pourra alors bénéficier d'une information pour lui indiquer la meilleure démarche à avoir pour bénéficier d'un avis médical lors d'une situation nécessitant un soin ou un avis médical de manière non programmée et ressentie comme urgente. Autrement dit, ce « patient type », une fois repéré, pourra bénéficier d'une éducation, celle-ci étant délivrée par un professionnel de santé, qui au sein d'une maison de santé peut être autant le médecin traitant, qu'une infirmière ou un kinésithérapeute, ou même pourquoi pas l'hôtesse d'accueil.

Concernant la répartition géographique de la population étudiée, il apparaît en toute logique une surreprésentation de la population du canton de Steenvoorde (86,1% des répondants), puisque l'étude porte sur la patientèle de la maison de santé de Steenvoorde. On peut alors penser que cette étude serait caractéristique d'une population plutôt de type « semi rurale ».

3. Autour des problématiques et hypothèses posées.

Tout d'abord, intéressons nous au jour de la semaine le plus fréquenté. L'étude s'est axée à connaître si le patient avait consulté un jour de semaine (du lundi au vendredi) ou le week-end. Respectivement, nous retrouvons le résultat suivant : 65,6 % contre 34,4 %. Rapporté au nombre de jours, le SAU est donc plus fréquenté le week-end que durant la semaine. Ce premier résultat apparaît logique en considérant que la maison de santé est fermée le samedi après midi et le dimanche, ce qui nous amène à penser que certains patients se sont probablement reportés à consulter un SAU en ayant trouvé porte close à la maison de santé. De même, on peut se poser la question ici si ces patients, qui consultent majoritairement le week-end, connaissent ou non le système de permanence de soins. Une étude dans le cadre d'un travail de thèse en 2009 auprès de la population du canton de Steenvoorde relatait que 71,7 % des répondants ne connaissent pas le numéro de téléphone de la régulation médicale (27). Rappelons que pour le canton de Steenvoorde, comme ailleurs dans le département, il existe un numéro commun, qui centralise les appels vers un centre de régulation : l'appel est reçu par un permanencier auxiliaire de régulation médicale.

Il est intéressant ici de revenir sur la loi HPST votée en 2009 qui rappelle et régit que l'organisation de la permanence de soins en médecine ambulatoire repose sur l'instauration d'une régulation médicale préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation médicale des appels peut être assurée soit par des centres de régulation médicale hospitaliers (SAMU-Centre 15), soit par des centres de régulation médicale libéraux interconnectés avec le SAMU-Centre 15. L'accès aux soins médicaux, en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux, sans diminution de la qualité des soins et de façon équitable sur l'ensemble du territoire est un réel enjeu de santé publique (28). La régulation médicale des appels est donc le pivot de la permanence des soins ambulatoires et de l'aide médicale urgente. L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et de la diminution de la démographie médicale de premiers recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale. C'est dans ce sens que la HAS a élaboré récemment en Mars 2011 des recommandations sur les modalités de prise en charge d'un appel de demandes de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

Concernant l'heure d'arrivée dans le SAU, nous pouvons remarquer dans cette étude un pic dans le recours aux urgences entre 16 et 20 h (27,6 % des consultations). En se référant à l'étude nationale menée par la DRESS sur les usagers des urgences (12), il existe une discordance entre ces deux études puisque selon la DRESS, le rythme des arrivées varie au fil de la journée avec un pic maximal entre 10 et 11 h puis à 14 h mais au cours de l'après midi, le flux se réduit progressivement avec un palier entre 16 et 18 h suivi d'une remontée autour de minuit. Ceci laisse à penser qu'il existe peut être un manque de disponibilités des professionnels de santé au sein de la maison de la santé de Steenvoorde en fin de journée. Ceci apparaît plausible dans le sens où pour des raisons de commodités, les médecins de la maison de santé ne reçoivent que sur rendez-vous. Ainsi, lors d'une demande de soins non programmés et ce plus particulièrement en fin d'après midi, nous pouvons facilement admettre qu'il soit plus difficile d'obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant ce qui oblige le patient à se reporter vers un SAU pour obtenir un avis et une prise en charge médicale. Ce probable manque de disponibilité du médecin traitant ou d'un autre médecin de la maison de santé en fin de journée, mis en relief dans ce travail, doit nous amener vers une réflexion pour modifier ou adapter l'accueil et la prise en charge du patient en demande de soins non programmés. Tel est déjà le cas, puisque dans le projet d'agrandissement de la structure qui est actuellement à l'étude, il est prévu d'aménager une salle d'urgences. Ceci ne réglera pas la question de la disponibilité du médecin en fin d'après midi, mais facilitera la prise en charge du patient grâce un accueil optimisé dans une salle dédiée, permettant probablement un gain de temps et l'intervention d'autres professionnels comme par exemple l'infirmière.

Si nous regardons à quel moment de la journée le patient a recours au SAU, soit le jour ou la nuit (respectivement 67,8 % et 32,2 %), nous avons bien confirmation que celui-ci consulte majoritairement durant les heures d'ouverture de la maison de santé. Ceci apparaît réellement paradoxal, et doit amener à une réflexion sur l'accueil du patient, le jour, pour des soins non programmés : est-ce qu'il existe un manque au sein de la maison de santé pour répondre à cette demande ou est-ce lié au patient lui-même, qui aurait tendance à se rendre directement au SAU sans tenter de joindre son médecin traitant ou tout autre médecin ?

Cette tendance à fréquenter les services d'urgence durant les heures d'ouverture de la maison de santé est à mesurer car dans notre étude, ces services sont plus fréquentés les samedi et dimanche. Ceci laisse à penser que les services d'urgences constituent un recours pour les patients lorsque ceux-ci ne peuvent joindre leur médecin traitant durant le week-end ou ne connaissent les modalités pour joindre le médecin de garde. Paradoxalement dans notre étude, le jour de la semaine où les patients ont eu le moins recours au SAU est le lundi, qui en revanche est en général le jour de la semaine le plus chargé au sein de la maison de santé.

Dans cette étude, il aurait également été possible de s'intéresser au mois de l'année où le recours au SAU était le plus important. Les données révèlent que le mois de Janvier est particulièrement fréquenté (21,1 % du total des recours durant l'année)

mais cette donnée est biaisée par le fait que l'étude ait commencé en début d'année et que les médecins de la maison de santé furent fortement sollicités à ce moment à participer à l'étude en fournissant leurs comptes rendus de passage au SAU de leurs patients.

Concernant le délai de prise en charge dans le SAU, il est à souligner la relative rapidité de celle-ci puisque la durée d'attente dans ce service (calculée entre l'heure d'arrivée et de sortie) est de moins d'une heure pour environ 30 % des patients et entre une et deux heures pour environ 43 % d'entre eux. Autrement dit, plus des deux tiers des patients sont pris en charge en moins de deux heures. Cette rapidité de prise en charge retrouvée au sein de l'étude est également dûe au fait que celle-ci inclut uniquement des patients non hospitalisés, ce qui suggère que leur état de santé n'était pas préoccupant et peut expliquer cette relative rapidité de prise en charge.

De même, cette rapidité de prise en charge est à corréliser au motif principal de consultation qu'est le traumatisme. Il est plus rapide de prendre en charge un problème traumatique que somatique. Or, notre étude révèle que dans près de 58 % des cas, le patient consulte pour un traumatisme contre 40 %, pour un problème somatique. On note ici la part importante que génère un problème d'ordre traumatique dans les motifs de consultation non programmée ou de nature urgente. C'est probablement à partir de cette constatation que peut s'expliquer ce comportement du patient de privilégier parfois sa demande de prise en charge au sein d'un SAU qu'auprès de son médecin traitant. En effet, il est logique de penser qu'en cas de traumatisme, le patient juge qu'il soit nécessaire de bénéficier d'un plateau technique, notamment et en priorité d'examen complémentaires telle qu'une radiographie. La « meilleure » façon ou tout du moins la plus rapide d'obtenir cet examen complémentaire considéré comme indispensable aux yeux du patient est semble-t-il de consulter directement dans une structure équipée pour le faire. Ainsi, si cette hypothèse tient une part de vérité, le patient se dirigerait donc plus volontiers vers le SAU pour répondre à son problème de santé.

Ce comportement se vérifie dans notre étude, et c'est ici tout l'enjeu de ce travail. En effet, si nous reprenons la question posée au patient qui s'intéressait à connaître pourquoi il n'avait pas au préalable demandé l'avis à son médecin traitant ou à tout autre médecin de garde, la réponse la plus citée est « la nécessité de bénéficier d'un plateau technique » suivie de « la nécessité de bénéficier d'un geste technique ». Ce qui ressort de ce résultat, c'est que le patient, qui consulte donc, comme nous l'avons vu, majoritairement pour un problème traumatique, considère de lui-même que son problème de santé nécessite la réalisation d'un examen complémentaire et donc l'accès à un plateau technique. Ce sentiment du patient à justifier de cette prise en charge l'amènerait donc dans certains cas à consulter prioritairement un SAU plutôt que de se rendre à la maison de santé. La maison de santé de Steenvoorde n'est effectivement plus équipée d'un plateau technique (elle l'était jusque 1990 mais abandonné pour un souci de mise aux normes) pouvant répondre à ce besoin telle

que la réalisation de radiographie par exemple. Comme nous venons de le revoir, la réponse « nécessité de bénéficier d'un geste technique », explicité dans le questionnaire par la nécessité par exemple d'une immobilisation plâtrée ou d'une suture, a été largement sollicité également. En considérant que parmi les traumatismes amenant le patient à demander un avis médical au SAU, il y eut une proportion non négligeable de plaie (20 % des patients interrogés ont bénéficié d'une suture), il est à suspecter que le patient considère que la maison de santé n'est pas en mesure de répondre à ce genre de soins. Encore une fois ici, la possibilité prochaine de bénéficier d'une salle d'urgences au sein de la maison de santé de Steenvoorde permettrait de répondre plus facilement à certaine demande de soins non programmés et à éviter au patient de « s'égarer » vers un SAU.

Toujours à la même question qui était de justifier cette tendance de ne pas privilégier l'avis de son médecin traitant, le patient a répondu en second lieu que c'était en raison d'horaires inappropriés ou parce que c'était le week-end. Autrement dit, et dans une proportion non négligeable car évoquée dans près de 49 % des cas, la venue du patient dans un SAU de manière spontanée est justifiée par le fait de se retrouver en dehors des heures ouvrables de la maison de santé. Ce qui revient à évoquer de nouveau l'idée que les services d'urgences sont considérés également comme un deuxième recours pour obtenir un avis médical en l'absence de possibilité de consulter son médecin traitant au sein de la maison de santé ou est le résultat du manque d'information ou de connaissance du patient pour joindre le médecin de garde. Pour finir, une raison évoquée, qui n'est heureusement pas la principale mais dont la proportion n'est pas négligeable (16 % des réponses) est l'absence de rendez-vous auprès du médecin traitant ou la difficulté pour le prendre : ceci rejoint le « problème » qu'au sein de la maison de santé, les consultations ne se font que sur rendez-vous. Il ne faut tout de même pas dénigrer ce mode de travail car finalement l'absence de rendez-vous évoque aussi le fait que le médecin traitant est parfois également débordé de travail et ne peut répondre à toutes les demandes de soins en même temps. Tout particulièrement malheureusement dans notre région où la démographie médicale ne permet pas une réponse optimale à toutes les demandes de soins de cette nature. Egalement, la notion de difficulté de prendre rendez-vous a pu être évoquée par le patient qui ne connaît pas le système de permanence de soins : ici c'est probablement un manque d'information du patient qu'il serait souhaitable de corriger.

Toujours à la question de justifier l'absence d'avis auprès du médecin traitant, à la réponse libre (autre réponse que celles proposées par le questionnaire), une majorité des patients répondent la nécessité seule d'obtenir un avis médical. Ceux-ci semblent considérer un SAU comme un endroit adapté pour rencontrer un médecin sans la notion d'urgence, tout comme n'importe quel centre de soins primaires. Ce comportement inadapté peut être à l'origine de l'engorgement des différents services d'urgences. Dans une même proportion, le patient a évoqué la notion « d'urgence

ressentie » pour justifier sa venue dans un SAU. Ce sentiment d'urgence ressentie ne justifie souvent pas le recours à un SAU car en effet il faut la distinguer de « l'urgence vraie » : il existe une vision très différente entre le patient et le médecin sur la notion d'urgence. L'urgence vraie évoque l'urgence médicale, celle définie par le médecin tandis que l'urgence ressentie représente le degré d'urgence selon le patient. Ceci amène les services d'urgences à devoir faire le tri : il devient impératif d'effectuer un tri des patients lors de leur admission aux urgences. Ainsi, selon des critères médicaux précis permettant ce tri, les urgentistes vont pouvoir traiter prioritairement les patients qui demandent des soins réellement urgents.

Lors de l'analyse des données, il a été possible et intéressant de comparer les réponses obtenues à la question justifiant le non recours au médecin traitant ou de garde en fonction du jour de consultation au SAU, soit la semaine soit le week-end. Ceci permet de confirmer et de préciser ces deux tendances que nous avons pu mettre en relief : d'autre part, durant la semaine, la réponse la plus reprise (à 46,3 %) était la nécessité de bénéficier d'un plateau ou d'un geste technique. Autrement dit, durant la semaine, où il est normalement plus commode de consulter à la maison de santé, les patients consultent un SAU dans l'intention première de pouvoir bénéficier d'un examen complémentaire telle une radiographie par exemple. D'autre part, durant le week-end, la réponse obtenue en majorité et pour 56 % des patients, était le fait de se trouver en dehors des heures ouvrables de la maison de santé. Ainsi le week-end, les services des urgences semblent considérés comme un lieu de premiers recours pour obtenir une réponse à un problème de santé.

Ensuite, nous nous sommes intéressés dans cette étude à connaître si des examens complémentaires avaient ou non été réalisés : nous avons ainsi relevé que plus de la moitié des patients, 56 % exactement, ont bénéficié de la réalisation d'un ou plusieurs examens complémentaires. L'examen le plus souvent réalisé est de loin l'imagerie : rappelons que parmi les patients ayant bénéficié d'un examen complémentaire, 85 % d'entre eux ont eu une imagerie. Ce résultat est à mettre en corrélation avec le motif principal du recours au SAU qu'est le traumatisme et la volonté évoquée par le patient en arrivant de « bénéficier d'un plateau technique ». Ces examens sont-ils toujours justifiés ? Le médecin urgentiste n'est il pas tenté trop facilement à demander des examens complémentaires du fait de la présence d'un plateau technique au sein de l'hôpital ? Celui-ci n'est il pas influencé par le patient lui-même qui semble consulter un SAU du fait de la présence de ce plateau technique ? Ces hypothèses sont difficilement vérifiables mais nous pouvons fortement les suspecter. Nous ne pouvons ici juger le travail des médecins urgentistes, qui se trouvent malheureusement confronter à un surcroît de travail, de responsabilité, ce qui dans ce sens peut justifier et expliquer la réalisation de ces examens complémentaires. Enfin, toujours dans cette réflexion de savoir si ces

examens sont réellement ou non justifiés, il apparaît selon l'expérience des médecins de la maison de santé que ces examens ne révèlent que très rarement des anomalies et que le patient ne viendra d'ailleurs quasiment jamais réclamer le compte rendu de l'examen réalisé.

Concernant le niveau de satisfaction des patients, nous avons pu remarquer que globalement ceux-ci furent satisfaits de la prise en charge dont ils ont bénéficié. Rappelons ici, que près de 45 % ont déclaré être « satisfait » et 35 % « très satisfait ». Pour ainsi dire, 8 patients sur 10 ayant consulté dans un SAU considère avoir obtenu une réponse à leur demande de soins. Ce qui va de pair avec la question suivante, qui s'intéressait à connaître s'ils avaient l'intention d'avoir la même démarche de consulter un SAU si le même problème de santé venait à se représenter : 85 % des répondants ont affirmé effectivement qu'ils consulteraient à nouveau le service des urgences pour le même motif. Nous pouvons aisément en conclure que ces patients, qui ont consulté de manière spontanée dans un service d'urgences, considèrent que leur démarche est appropriée, que celle-ci répond à leurs attentes. Pour les patients qui ont consulté directement les urgences sans avoir pris la peine de demander un avis auprès de leur médecin traitant ou d'un médecin de garde, et qui semblent satisfaits de cette possibilité d'avoir recours à un SAU, il apparaît compliqué d'essayer de leur faire changer cette habitude. Nous connaissons en effet ce problème qui est de consulter un SAU pour un souci de santé relevant des soins primaires sans caractère urgent, mais si le patient n'a pas conscience que sa démarche est inadaptée, et qu'en plus il en est satisfait, il apparaît réellement illusoire de pouvoir éduquer celui-ci à ne pas aller encombrer si facilement les couloirs des urgences.

Parmi la minorité des patients qui ont répondu ne pas avoir l'intention de consulter à nouveau dans un SAU si le même problème de santé venait à se représenter, une grande partie (près de 74 %) a déclaré spontanément (réponse libre) qu'ils auraient recours à leur médecin traitant. En deuxième lieu, ils ont répondu faire appel à la régulation médicale ou au médecin de garde. Cette question a le mérite de mettre en avant que certains patients ont spontanément critiqué leur démarche de consulter en première intention dans un SAU.

4. Synthèse de la discussion.

Au terme de cette discussion, il est intéressant de relever l'intérêt premier de cette étude qu'est la mise en évidence de la raison principale du recours spontané à un service d'urgences : le besoin de bénéficier d'un plateau technique et/ou d'un geste technique.

Egalement, il a été possible de mettre évidence que le recours au service des urgences est plus important en dehors des heures d'ouverture de la maison de santé, et ce durant le week-end, mais également en fin d'après midi, lorsque à priori il apparaît plus difficile d'obtenir un rendez-vous auprès du médecin traitant, dans des délais paraissant raisonnables du point de vue du patient.

Cette étude avait également pour intérêt de relever et de quantifier le motif principal du recours au service des urgences : il apparaît qu'il s'agit en majorité d'un problème de santé d'ordre traumatique qui amène le patient à venir consulter le service des urgences. Nous nous sommes aperçus que cela va de pair avec cette demande du patient qu'est de bénéficier d'un plateau technique et/ou d'un geste technique. Ceci dit, nous avons pu relever que plus de la moitié (56 % pour rappel) des patients ont bénéficié de la réalisation d'un ou plusieurs examens complémentaires. Cette constatation nous a amené à nous interroger sur la légitimité de ce recours important aux examens complémentaires.

D'une manière simplifiée, nous pourrions corréler un soin non programmé à un traumatisme, ce traumatisme amenant à la réalisation d'un examen complémentaire, et ce pour la plupart des patients se faisant dans un service des urgences :



Dans ce travail, il a été également intéressant de mettre en relief cette notion qui n'est pas nouvelle et qui est bien connue, et qui est la raison principale de l'engorgement des services des urgences : l'absence d'« urgence vraie » dans ces recours spontanés mais plutôt la nécessité seule finalement d'une demande de soins. Autrement dit, le service des urgences est considéré à tort comme un lieu de premiers recours. Et ceci semble s'expliquer en partie par un manque d'information du patient sur la possibilité du recours au système de régulation. Mais finalement, ce qui explique ce comportement inadapté n'est pas lié simplement à ce manque d'information de la population mais surtout au fait que le patient considère que sa démarche est la bonne, que son recours spontané est justifié, la preuve étant qu'il en est généralement satisfait et déclare qu'il aurait recours aux urgences à nouveau si la situation devait se représenter. D'où la difficulté certaine que nous aurons à tenter de changer ce comportement ou plutôt à offrir d'autre solution : l'une d'entre elle

pourrait être celle évoquée dans ce travail comme la création prochaine d'une « salle d'urgences et d'accueil des soins non programmés » au sein de la maison de santé.

La création de cette salle d'urgences et d'accueil des soins non programmés ne permettra pas de résoudre à elle seule le problème d'engorgement des urgences. Elle constituera un outil permettant de répondre à une demande qui semble être considérée comme majeure aux yeux de la population, celle d'obtenir une réponse rapide et adaptée à un problème de santé, dans un contexte où l'accès aux soins est de plus en plus compliqué en raison d'une démographie médicale peu propice à répondre à ce genre d'« imprévu ». Les maisons de santé sont des structures qui jouissent d'un certain dynamisme, le rassemblement de professionnels et la mutualisation de moyens qu'elle assure, permet la naissance de tel projet. Ce genre de structure peut offrir des locaux propices à la réalisation de tel projet, mais encore faut-il des moyens humains. Et c'est ici également tout l'intérêt des maisons de santé qui semble être une solution au problème de la démographie médicale décroissante notamment en milieu rural : attirer les professionnels de santé à s'installer. La maison de santé de Steenvoorde en est l'exemple car depuis l'année dernière, elle accueille un nouveau médecin exerçant en collaboration. De même, les maisons de santé sont propices à l'accueil d'étudiants tels que les externes et internes, ceux-ci pouvant jouer un rôle dans la prise en charge des soins non programmés. Ce partage des tâches pour la prise en charge de ces soins vaut aussi pour tous les autres professionnels de la maison de la santé (infirmier, kinésithérapeute).

CHAPITRE VII : CONCLUSION

La prise en charge globale de nos patients nécessite une certaine discipline, la médecine est une science soumise à des évolutions, nous devons nous remettre en cause sans cesse pour proposer à nos patients la meilleure réponse possible à leurs soucis de santé. Ainsi, ce travail incite à la réflexion pour mieux comprendre l'offre et les demandes de soins.

A l'époque actuelle où la démographie médicale des professionnels diminue, et où la population apparaît de plus en plus exigeante et pressée, il apparaît des comportements nouveaux et inappropriés telle cette tendance à consulter dans un service d'urgences pour un motif relevant le plus souvent des soins primaires. Pour contrer ce genre de comportement, il faut pouvoir proposer au patient une ou plusieurs solutions alternatives. Il en existe déjà : pour certains, il leur suffira uniquement de prendre la peine de se rapprocher d'un interlocuteur privilégié qu'est leur médecin traitant, garant de notre système de santé et dont l'un des rôles est l'orientation du patient dans le système de soins. Si celui-ci est indisponible, il faut alors faire appel au système de régulation de soins primaires, qui est un outil fiable et très bien organisé, mais à priori sous utilisé. Jusqu'ici, ces solutions apparaissent logiques mais malheureusement peu appliquées, et le seul moyen de les faire considérer comme tel, c'est d'éduquer le patient, l'informer de la bonne démarche à suivre en cas de recours à un soin non programmé, et lui donner les bons repères.

Le concept de maison de santé n'est pas qu'un simple regroupement de professionnels de santé, qui pourrait déjà en soit être un début de solution au problème de la démographie médicale qui diminue, mais il s'agit d'une structure qui doit pouvoir proposer un meilleur accès aux soins. La maison de santé de Steenvoorde en est l'exemple même en proposant prochainement une salle dédiée à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Proposer une offre et un accès aux soins facilités est tout l'enjeu d'une maison de santé, c'est pourquoi des projets de création de telle structure sont à l'étude et doivent voir le jour pour garantir à l'avenir le maintien et l'amélioration de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Parcours de soins coordonnés. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé. Ministère de la santé et des sports. 15/09/2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf
2. Baubeau D, Deville A, Joubert M. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES, n°72 ; juillet 2000.
3. Carrasco V. L'activité des services d'urgences en 2004. Etudes et Résultats, DREES, n°524 ; Septembre 2006.
4. Rapport de la Cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente ; 2007.
5. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 6 Janvier 1971.
6. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 2 Aout 1991.
7. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Journal Officiel de la République Française du 10 mai 1995.
8. Dispositif d'Urgences médicales. Préfecture de Vendée. Bureau de la communication interministérielle. Dossier de presse 2009.
9. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisé à mettre en œuvre l'activité de soins. Accueil et traitement des urgences modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la république Française du 10 mai 1995.
10. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française du 23 mai 2006.

11. Circulaire DHOS/O 1 n°2003-195, Prise en charge des Urgences. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées ; 16 Avril 2003.
12. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats ; 2006. N°524.
13. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats ; 2003. N°215.
14. Prugnard A, Menares J, Passy F, et al. Motifs de recours aux urgences : résultats préliminaires d'une enquête. Réan Urg, 1999, 8, p.141.
15. Bulletin de l'académie nationale de médecine, 2000, 184, n°2, 379-402, séance du 15 février 2000.
16. Lestavel P, Duffossez F, Samitti N, et al. Passages inappropriés aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ?. Réan Urg, 1999, 8, p.142.
17. Mouzard A, Boscher C, David V. Urgences pédiatriques: analyse des motifs d'admissions et de leur adéquation à la structure hospitalière. Réan Urg, 1999, 8, p.143.
18. FFMPs. Qu'est ce qu'une maison de santé et un pôle de santé. <http://www.ffmps.fr/index.php/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>, consulté le 13/12/2011.
19. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé, collection Partage d'expériences, Edition Le Coudrier ; 2010.
20. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale ; Mars 2011. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201106/regulation_medicale_argumentaire.pdf consulté le 14/12/2011.
21. Article L6314-1 du Code de la Santé Publique créé par l'article 49 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009)
22. Article R6315-4 du Code de la Santé Publique créé par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatifs aux dispositions réglementaires.

23. Paverne Y, Jenvrin J, Debierre V, Martinage A. Régulation médicale des situations à risque. Urgences 2011, chapitre 89.
24. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale dans la région NPDC, situation au 1^{er} Janvier 2009. Ordre national des médecins. http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/NPC_0.pdf?download=1 consulté le 16/12/2011.
25. INSEE. Santé et Action Sociale, l'implantation des médecins dans le territoire régional ; 2007. http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/statistiques/etude_reg/sante.pdf , consulté le 16/12/2011.
26. DRASS NPDC, URCAM, ARH. Atlas régional de la Santé 2008 ; Mars 2008.
27. Mulliez-Caquant C. Thèse de médecine. Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé. Septembre 2011.
28. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale ; Mars 2011.

ANNEXE 1 : Classification CCMU.

- CCMU 1 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences
- CCMU 2 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences
- CCMU 3 : état lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital
- CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation
- CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation

ANNEXE 2 : le questionnaire

INFORMATION PATIENT :

- Patient n° :
- Age :
- Sexe : M ou F
- Ville :
- Couverture sociale : - régime général
 - CMU
 - ALD
 - Sans couverture de base
 - Sans couverture complémentaire
- Profession exercée (ou celle des parents si enfant.) :
 - Ouvrier
 - Employé
 - Cadre
 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 - Agriculteurs
 - Professions intermédiaires
 - Inactif (retraité, invalidité)
 - Demandeur d'emploi
 - Autres

RECOURS AU SERVICE DES URGENCES :

- Hôpital :
- Jour de la semaine : semaine ou Week-end
- Heure d'arrivée :h..... ; Heure de sortie :h..... => Durée :
Jour (8h-20h) ou Nuit (20h-8h)
- Motif : - Traumatisme (AVP, accident domestique, accident sport/scolaire)
 - Somatique
 - Psychiatrique / psychologique
 - Social
 - Agression
 - CNH / réquisition
 - Autre(s)
- Examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) : - Non
 - Si oui, le(s)quel(s) ?
 - a) Biologie
 - b) Imagerie
 - c) ECG
 - d) BU
- Geste(s) réalisé(s) : - aucun
 - suture
 - immobilisation plâtrée
- Avis spécialisé demandé : - Non
 - Oui immédiat
 - Oui différé

Madame, Monsieur,

1. Vous avez consulté au service d'accueil des urgences le .../.../... , pour cela avez-vous bénéficié d'une régulation, c'est-à-dire, y avez-vous été envoyés sur les conseils de votre médecin traitant ou en passant par le 15 ?

- Si oui, exclusion de l'enquête.
- Si non, poursuivre l'enquête :

2. Quelle était la raison de votre venue dans le service des urgences, que pensiez vous avoir ?

..... →

- Concordance*
- Discordance avec le diagnostic retenu par le médecin des urgences*

3. Vous avez donc consulté au service d'accueil des urgences sans avoir eu recours en premier lieu à un avis auprès de votre médecin traitant, pour quelle(s) raison(s) ?

- Horaires inappropriés (soirée, nuit...)
- Week-end
- Absence de rendez-vous ou difficulté pour le prendre
- Nécessité de bénéficier d'un plateau technique (examens complémentaires tels qu'un bilan radiologique ou sanguin...)
- Nécessité de bénéficier d'un geste technique (suture, immobilisation plâtrée...)
- Nécessité de bénéficier d'un avis spécialisée (cardiologue, chirurgien...)
- Dispense d'avance de frais à l'hôpital
- Autres.
Précisez :

4. Comment considérez-vous votre prise en charge dans le service des urgences ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante.

5. Finalement, si vous deviez consulter à nouveau pour le même motif, feriez-vous la même démarche d'aller consulter dans un service d'urgences ?

- Oui**
- Si non, que feriez-vous ?**

.....
.....

6. Avez-vous des remarques ?

.....
.....

ANNEXE 3 : présentation de l'enquête au patient.

« Madame, mademoiselle, monsieur,

Bonjour, je m'appelle Matthieu Dewaele,

Je me permets de vous appeler via votre médecin traitant (Dr.....), je suis interne de médecine générale à la maison de santé de Steenvoorde, et dans le cadre de ma thèse de fin de cycle, je réalise une enquête sur le parcours de soins des patients en situation d'urgence.

Vous avez eu recours au service des urgences (ville :.....), le/...../....., et donc si vous êtes d'accord, je vais vous soumettre quelques questions relatives à votre passage dans ce service. Vous êtes bien entendu libre de répondre ou non à ces questions, sachant que les questionnaires sont anonymisés et que donc votre nom n'apparaîtra pas. Cette enquête a pour objectif d'améliorer l'offre de soins au sein de la maison de santé afin de répondre au mieux aux problèmes de santé de la population sur le canton de Steenvoorde et mieux comprendre les relations ville-hôpital.

Je vous remercie de votre collaboration.

Les résultats de cette enquête seront disponibles à la maison de santé et vous pourrez ainsi vous les procurer si vous le souhaitez. »

ANNEXE 4 : déclaration CNIL.

CNIL
8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : SANTE EN FLANDRE	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET : 518536172 00019
Adresse : 20 AVENUE DE LE BERGERIE	Code APE : 9499Z Activités des autres organisations associatives
Code postal : 59114 Ville : STEENVOORDE	Téléphone : 0328481612
Adresse électronique : ACCUEIL.BERGERIE@GMAIL.COM	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence
NS-50 Cabinet médical et para-médical

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non Oui

4 Personne à contacter

Veillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : DERENSY Sylvain	
Service :	
Adresse :	
Code postal : - Ville :	Téléphone : 0328481612
Adresse électronique : SDERENSY.SEF@GMAIL.COM	Fax :
Raison sociale : SANTE EN FLANDRE	N° SIRET : 518536172 00019
Sigle (facultatif) :	Code NAF : 9499Z Activités des autres organisations associatives
Adresse : 20 AVENUE DE LE BERGERIE	
Code postal : 59114 Ville : STEENVOORDE	Téléphone : 0328481612
Adresse électronique : ACCUEIL.BERGERIE@GMAIL.COM	Fax :

N° CERFA 13810*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

5 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : VERNIEST Laurent

Date le : 07-01-2011

Fonction : Médecin, Praticien

Signature :

Adresse électronique : LVERNIEST@NORDNET.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

AUTEUR : DEWAELE Matthieu

Date de Soutenance : 19 Février 2014

Titre de la Thèse : Causes de recours spontané à un service d'urgences, enquête auprès de patients d'une maison de santé

Thèse - Médecine - Lille - 2013

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : urgences, soins non programmés, médecine générale, maison de santé, régulation, équipe de soins primaires.

Contexte : Le recours aux services des urgences ne cesse d'augmenter d'année en année. Le comportement des patients participe à cette inflation : en effet, on constate dans ces services une forte augmentation des demandes pour des soins non urgents, et pour des patients venus sur leur propre initiative, non adressés par des professionnels de santé. Pour répondre à cette demande de soins non programmés, il est nécessaire de pouvoir proposer aux patients une offre de soins adaptée. Pour cela, il est nécessaire de s'enquérir de l'opinion des patients, d'étudier et de comprendre leur comportement, et notamment de connaître les causes de ce recours spontané aux services des urgences.

Méthode : Enquête transversale par questionnaire, réalisée auprès de patients de la maison de santé de Steenvoorde ayant été consultés de manière spontanée auprès d'un service d'urgences, en général celui de l'hôpital d'Hazebrouck, incluant 125 répondants.

Résultats : La raison principale évoquée par le patient consultant spontanément dans un service d'urgences est la nécessité de bénéficier d'un plateau technique et/ou d'un geste technique. Le cause du recours concerne le plus souvent un problème d'ordre traumatique. Le consultant est le plus souvent un homme, actif, d'âge moyen (35-50 ans). Le recours au service des urgences est plus important en dehors des heures d'ouverture de la maison de santé, et ce durant le week-end mais également en fin d'après midi. Il est constaté que plus de la moitié des patients ont bénéficié d'un examen d'imagerie. La majorité des patients se dit satisfaite de la prise en charge. Celle-ci est relativement rapide puisque inférieure à 2 h pour les 2/3 des patients.

Conclusion : Dans le contexte actuel où il existe une diminution préoccupante de la démographie médicale, notamment en zone rurale, la prise en charge de ces soins non programmés apparaît d'autant plus complexe. Une des solutions est le développement de structures telles que les maisons de santé, qui de part leur concept permettent d'offrir un meilleur accès aux soins. La maison de santé de Steenvoorde en est un exemple avec la création prochaine d'une « salle d'urgences et d'accueil des soins non programmés ». Un autre point essentiel à la prise en charge des soins non programmés serait d'optimiser le recours au système de régulation des soins primaires, apparaissant à ce jour sous-utilisé.

Président du Jury : Pr Raymond GLANTENET

Asseseurs : Pr Valéry HEDOUIN, Pr Eric WIEL, Dr Laurent VERNIEST