



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MOTIVATIONS, MOTIFS DE CONSULTATIONS ET PARCOURS DE
SOINS DES PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES DU CENTRE
HOSPITALIER DE CAMBRAI

Présentée et soutenue publiquement le 10 février 2015 à 14h00
Au Pôle Recherche, Faculté Henri WAREMBOURG
Par Marie LERAT-GOLASOWSKI

Jury

Président : Monsieur le Professeur E. WIEL
Assesseurs : Monsieur le Professeur P. ASSEMAN
Monsieur le Professeur C. BERKHOUT
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur M-H. LEROY

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Liste des graphiques	11
Liste des abréviations utilisées	12
1. INTRODUCTION	13
2. ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOIN	16
2.1. Au niveau national	17
2.2. Au niveau régional	18
2.3. Le Centre Hospitalier de Cambrai	19
2.3.1. Présentation des Urgences du CHC	19
2.3.2. Evolution de l'activité au cours des dix dernières années	21
3. RECUEIL DES PATIENTS ET MÉTHODES	22
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	23
3.1.1. Critères d'inclusion	23
3.1.2. Critères d'exclusion	24
3.2. Paramètres étudiés	24
4. RÉSULTATS	26
4.1. Population	27
4.2. Horaires de consultation	30
4.3. Motifs de recours aux urgences	31
4.4. Durée des symptômes avant consultation aux urgences	32
4.5. Recours au médecin traitant	33
4.6. Connaissance de la PDSA par les patients	37
4.7. Motivation de consultation aux urgences	39
4.8. Parcours de soins au sein des urgences	41
4.8.1. Examen complémentaires	41
4.8.2. Avis spécialisés	42
4.8.3. Actes particuliers	43
4.8.4. Thérapeutiques médicamenteuses et voies d'administration	44
4.9. Hospitalisation	45
4.10. Prescription de sortie	46
5. DISCUSSION	47
5.1. Limites et biais de l'étude	48

5.1.1. Inclusion des patients	48
5.1.2. Réponses des patients	49
5.2. Caractéristique de la population	49
5.3. Comportement de la population	50
5.3.1. Recours au médecin traitant et à la permanence de soins ambulatoires	50
5.3.2. Délai de consultation	50
5.3.3. Motivation de consultations	51
5.4. Parcours des soins au sein des urgences	52
5.5. Devenir des patients	52
5.6. Perspectives d'évolution	54
6. CONCLUSION	57
7. ANNEXES	60
8. BIBLIOGRAPHIE	65

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique n°1 : Zones en difficulté et zones fragiles en offre de soin de premier recours	18
- Graphique n°2 : Nombre d'entrées annuel du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Cambrai	21
- Graphique n°3 : Répartition des patients en fonction du sexe	27
- Graphique n°4: Répartition des patients en fonction de l'âge	28
- Graphique n°5 : Répartition des patients selon l'échelle CCMU	29
- Graphique n°6 : Nombre d'entrées aux urgences en fonction des horaires	30
- Graphique n°7 : Motifs de consultation cités par les patients à leur arrivée aux urgences	31
- Graphique n°8 : Délais entre le début des symptômes et la consultation aux urgences	32
- Graphique n°9 : Motifs de non consultation du médecin traitant	34
- Graphique n°10 : Réponses ayant incité la consultation aux urgences	35
- Graphique n°11 : Prescription à l'issue de la consultation avec le médecin traitant	36
- Graphique n°12 : Connaissance du médecin généraliste de garde par la population	37
- Graphique n°13 : Connaissance du numéro de téléphone pour joindre le médecin généraliste de garde par la population	37
- Graphique n°14 : Seriez-vous prêt à vous rendre au cabinet du médecin de garde	38
- Graphique n°15 : Motifs de non consultation du médecin généraliste de garde	38
- Graphique n°16 : Seriez-vous intéressé par la création d'une maison médicale de garde sur le secteur du Cambrésis	39
- Graphique n°17 : Motivation de consultation aux urgences	40
- Graphique n°18 : Examen complémentaires réalisés aux urgences	41
- Graphique n°19 : Répartition des avis spécialisés aux urgences	42
- Graphique n°20 : Actes spécifiques réalisés aux urgences	43
- Graphique n°21 : Thérapeutiques médicamenteuses administrées aux urgences	44
- Graphique n°22 : Voies d'administration des thérapeutiques médicamenteuses	44
- Graphique n°23 : Hospitalisation après passage aux urgences	45
- Graphique n°24 : Hospitalisation en fonction de l'âge	46
- Graphique n°25 : Documents de sortie	46

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISÉES : (par ordre alphabétique)

- ARS : Agence Régionale de Santé
- AVP : Accident de la Voie Publique
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CHC: Centre Hospitalier de Cambrai
- CMU : Couverture Médicale Universelle
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DRESS: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- IDE : Infirmière Diplômée d'État
- IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
- MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation
- MMG : Maison Médicale de Garde
- MT : Médecin Traitant
- NC : Non Concerné
- NSP : Ne Se Prononce Pas
- PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales
- SFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, on assiste à une augmentation du nombre d'entrées dans les services d'urgence de tous les hôpitaux (centre hospitaliers universitaires ou périphériques, publics ou privés). Cette situation provoque des insatisfactions tant pour le personnel du fait des difficultés de gestion des flux de patients que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs.

D'après une étude de 2002 menée par la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), portant sur les « motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », il apparaît que la majorité des patients vient aux urgences sans avis médical préalable et que seulement un quart d'entre eux ont tenté de joindre leur médecin traitant. Cette étude a également mis en évidence un taux de plus de 40% de consultations de première intention aux urgences en raison de la proximité du lieu de soin. Les critères comme l'absence de médecin ou l'absence d'avance de frais représentant moins de 10% des motifs de recours [1].

On assiste depuis plusieurs années à un changement de comportement des patients avec aujourd'hui une demande de la part des usagers d'une prise en charge rapide et efficace de leur pathologie [15]. Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus graves, les services d'urgence sont donc devenus en grande partie des services de consultations non programmées. [2]

Pourtant, le médecin généraliste possède lui aussi une importante marge de manœuvre en ville, lui permettant de prendre en charge toutes sortes de problèmes médicaux ou de petite chirurgie, allant de la simple piqûre d'insecte à la phlébite en passant par l'entorse de cheville ou les petites plaies, sans oublier son implication au plus près pour toutes les difficultés médico socio-économiques que peut rencontrer notre société actuelle.

La comparaison de ma pratique médicale au sein de différents services d'urgences d'une part et dans plusieurs cabinets de médecine générale d'autre part ainsi que l'impression de voir un grand nombre de consultations inappropriées aux urgences, a abouti à un

questionnement sur les raisons qui poussent les patients à aller aux urgences plutôt que de consulter leur médecin traitant. Pourquoi leur premier réflexe est-il de venir aux urgences malgré la durée d'attente et l'inconfort qui en découle ?

Notre étude prospective et observationnelle concerne tous les patients se présentant aux Urgences du Centre Hospitalier de Cambrai entre 08h00 et minuit. En plus des caractéristiques de ces patients, nous avons voulu connaître leur connaissance de l'offre de soin ambulatoire, leurs motivations pour le choix du lieu de soins ainsi que leurs motifs de consultations. Pour tenter d'apprécier la pertinence du recours aux urgences, il nous a semblé intéressant d'étudier également le parcours de soins de ces patients.

Nos résultats comparés à ceux des publications existantes, pourraient être utiles lors de l'élaboration des évolutions futures de l'offre de soins dans le secteur du Cambrésis.

ÉTAT DES LIEUX

2. ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOIN

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité qui s'apprécie en termes de distance, de temps de parcours, de qualité et de sécurité. (Article L 1411-11 du Code de Santé Publique) ;

L'organisation de l'offre de soin est dictée par l'ARS. Elle se répartit entre les hôpitaux avec les services d'urgences, la médecine de ville et la permanence de soin afin de répondre au mieux à la demande de soin.

2.1. Au niveau national

En 2010, 84 % de la population française vivait dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et 100 % réside à moins de 15 minutes d'une commune équipée. [4]

Depuis le 15 septembre 2012, l'ARS a mis en place une nouvelle organisation de la permanence des soins afin de garantir à la population un accès égal aux soins quelque soit l'heure et le lieu. [5]

Une permanence téléphonique tenue par un médecin généraliste de garde a été mise à la disposition des usagers en dehors des horaires ouvrables habituels des cabinets médicaux ; de 20h00 à 06h00 au cours de la semaine, de 12h00 à 06h00 les samedis et de 08h00 au lendemain 06h00 les dimanches et jours fériés. Dans le Nord, les médecins de garde sont joignables grâce à un numéro unique valable pour l'ensemble du département : **la Med'ligne (03 20 33 20 33)**.

Une fois le degré de gravité établi par le médecin généraliste régulateur, celui-ci peut s'il le juge nécessaire orienter vers la pharmacie de garde, demander au médecin généraliste de garde d'intervenir, orienter vers les urgences de l'hôpital le plus proche ou encore transférer l'appel au SAMU en cas d'urgence vitale.

Concernant les services d'urgences, plus de 17 millions de passages ont été enregistrés

dans les 600 structures hospitalières disposant d'un service d'urgences en 2009. Cela représente une moyenne annuelle de 275 passages pour 1000 habitants.

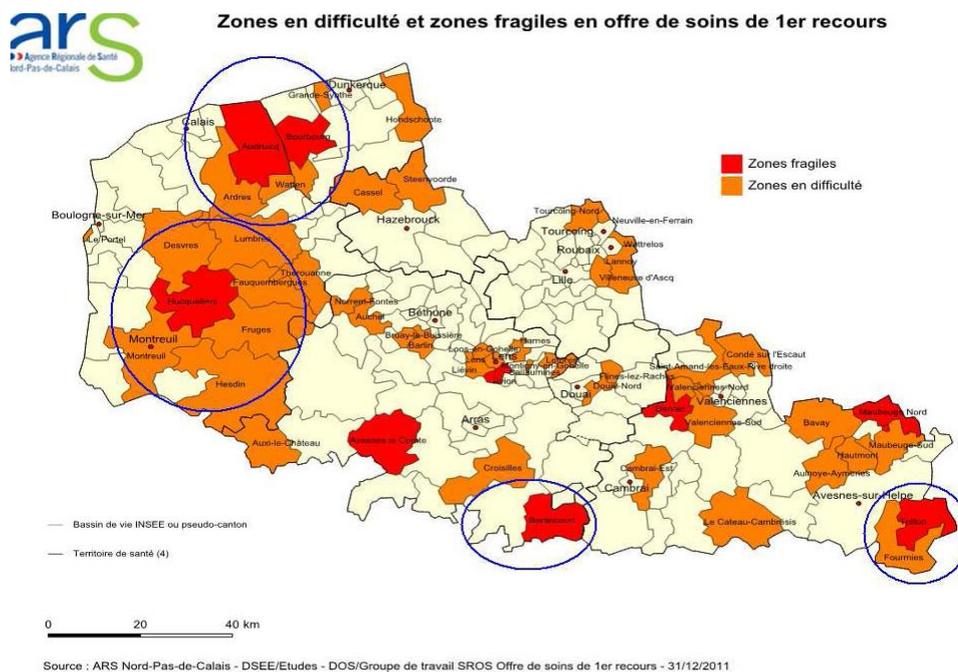
Plus de 80% des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics. Dans 22% des cas seulement, le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation, mais ce taux augmente avec l'âge et dépasse 50% chez les 80 ans et plus.

Entre 2004 et 2009, le nombre de passages a constamment augmenté en moyenne de 3,5% par an. [6]

2.2. Au niveau régional :

La région Nord-Pas de Calais est divisée en quatre secteurs distincts pour ce qui est de l'offre de soin : Le Littoral, l'Artois, la Métropole Lilloise ainsi que le Hainaut-Cambrésis (où se trouve le Centre Hospitalier de Cambrai).

Tableau n°1 : Zones en difficultés et zones fragiles en offre de soins de premier recours



Le Hainaut-Cambrésis présente certaines particularités du point de vue de sa population et de son offre de soin.

La densité médicale est inférieure aux moyennes régionales et nationales avec 100 médecins généralistes pour 100000 habitants contre 112 au niveau national ou encore 129 dans la métropole Lilloise. Elle reste tout de même plus élevée que dans les territoires du

Littoral et de L'Artois.

La population affiche la plus grande proportion de difficultés sociales avec un taux de chômage qui atteint les 14,5% contre 12,7% au niveau régional et 9,3% au niveau national.

Le taux de patients relevant de la CMU complémentaire se monte à 11,2% contre 8,8% dans le littoral et 9% dans la Métropole Lilloise. La moyenne nationale étant de 4385460 personnes soit 6,7% de la population. On compte également 10% de bénéficiaires du RSA soit le double de la moyenne nationale.

On note également un taux de surmortalité accru (la prime revenant au secteur Valenciennois) et ce malgré un taux d'équipement hospitalier supérieur au taux national ou régional.

Le comportement de la population est également différent avec une consommation de l'offre de soin de médecine générale la plus élevée de la région et un taux de recours aux soins hospitaliers (hors psychiatrie et oncologie) qui est supérieur au taux de recours national d'environ 5 à 9%. [7]

Pour ce qui est de la permanence de soin, la région Nord – Pas de Calais est divisée en 153 territoires de garde couvert chacun par un médecin généraliste jusqu'à minuit. Durant cette période, le patient peut être adressé au cabinet du médecin de garde ou à la maison médicale de garde (mais absence de ces structures dans le secteur du Cambrésis). Le médecin de garde peut également se déplacer en visite si cela est nécessaire. Après minuit et jusqu'à 06h00 du matin, il n'y a plus de garde médicale. Les soins sont donc assurés par les services d'urgences des établissements de santé publics ou privés.

2.3. Le Centre Hospitalier de Cambrai

2.3.1. Présentation des urgences du CHC

Le Centre Hospitalier de Cambrai est l'hôpital de référence du bassin du Cambrésis avec une capacité de 800 lits (171 lits de médecine, 78 lits de chirurgie, 135 lits de psychiatrie, 27 lits de maternité et 400 lits de moyen-long séjour et hébergement en maison de

retraite) pour une population d'environ 160 000 habitants. Même s'il peut compter sur le soutien du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis et des différentes cliniques aux alentours pour les spécialités chirurgicales, la gériatrie, la médecine polyvalente et la maternité, il reste néanmoins le seul recours du secteur pour la pédiatrie, la psychiatrie et les autres spécialités médicales.

L'activité du service des urgences est répartie en différents secteurs :

- L'accueil administratif constitué de 5 agents administratifs présents de 08h30 à 21h00.
- l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) présente de 08h30 à 23h30 (de 23h30 à 8h30, l'accueil des patients est géré par l'infirmière du secteur ambulatoire)
- SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales pouvant accueillir jusque deux patients simultanément,
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée composée de 12 lits,
- Une équipe de SMUR réalisant en moyenne 1800 interventions par an.
- Un secteur Ambulatoire composé de 6 salles d'examen dont une dédiée à la réalisation des immobilisations plâtrées ou non. Il dispose également d'un dépôt d'attelles permettant la délivrance immédiate de systèmes d'immobilisation amovibles.
- Un secteur semi-lourd composé de trois salles pouvant chacune accueillir trois patients.

L'équipe du service des urgences est composée de :

- 9 médecins dont 3 présents chaque jour : un médecin de journée présent de 08h30 à 18h30, un médecin de garde qui gère l'UHCD la journée puis prend le relais du médecin de journée à 18h30 et enfin un médecin de garde avec l'équipe SMUR.
- 31 infirmiers dont 5 IDE attachés au SMUR et 2 IDE pour la psychiatrie.
- 22 aides-soignants dont 7 chauffeurs pour le SMUR.

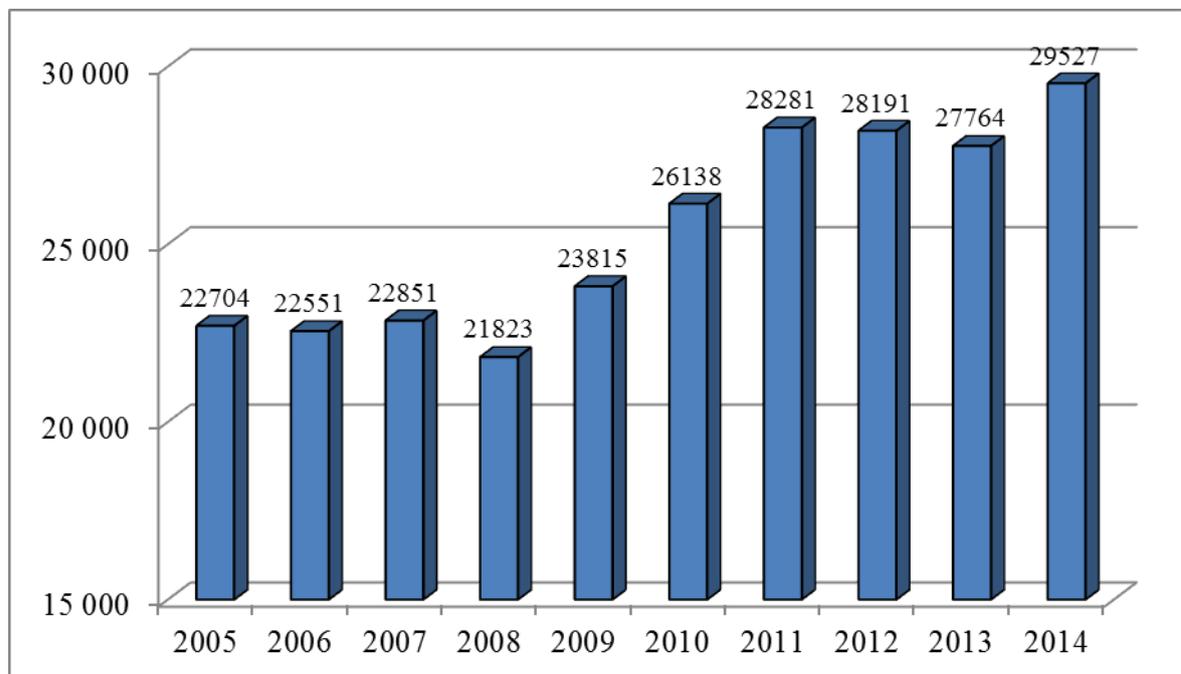
Les patients sont accueillis par l'IOA qui évalue le degré d'urgence. Elle oriente ensuite le patient dans le secteur de soins adapté en lien avec le médecin de journée ou de

garde présent.

2.3.2. Evolution de l'activité au cours des dix dernières années

On note une augmentation croissante du nombre d'entrées au sein des urgences du Centre Hospitalier de Cambrai avec une augmentation de 26% du nombre d'entrées entre janvier 2005 (21823 entrées) et décembre 2014 (29527 entrées).

Tableau n°2 : Nombre d'entrées annuel au cours des dix dernières années au SAU de Cambrai



RECUEIL DES PATIENTS ET MÉTHODE

3. RECUEIL DES PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée au sein du service des Urgences du Centre Hospitalier de Cambrai.

Notre étude s'est portée sur l'ensemble des patients consultant au service des urgences du 3 au 7 novembre 2014 de 08h00 à minuit, horaire où un médecin généraliste est potentiellement joignable sur le secteur du Cambrésis que ce soit en horaire de consultation habituel ou via la permanence de soins.

Le recrutement a été effectué par un questionnaire rempli directement lors du passage du patient avec l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). Les infirmières du service des urgences remplissant ce rôle ont bénéficié d'une information papier et orale durant la semaine précédant le recueil afin de leur expliquer les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les dates et horaires de recrutement.

Pour éviter toute surcharge de travail au niveau de l'IOA, la totalité des questionnaires a été remplie par mes soins ou celui du Docteur Leroy (praticien hospitalier du service). Nous avons été présent l'un ou l'autre tout au long de la durée du recueil de données.

Une information au patient ou à son représentant légal était réalisée lors de leur passage avec l'IOA et l'accord du patient a systématiquement été demandé. Nous n'avons eu aucun refus de la part des patients au cours de l'étude. Pour les patients mineurs, incapables majeurs ou âgés déments, nous nous sommes tournés vers les accompagnants ou les interlocuteurs au sein des Ehpad pour remplir le questionnaire.

Ce travail a été signalé auprès de la CNIL. (Commission nationale de l'informatique et des libertés)

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

3.1.1. Critères d'inclusion

- Tout patient consultant aux urgences du Centre Hospitalier du Cambrai

- Du 3 au 7 novembre 2014 entre 08h00 et minuit.

3.1.2. Critères d'exclusion

- Les patientes relevant de l'obstétrique ou de la gynécologie sont directement admise dans le service de maternité par une filière propre qui ne passe pas par le service des Urgences.

3.2. Paramètres étudiés

Les données ont été recueillies grâce à deux feuilles de recueil (Annexe 3).

La première destinée au patient, était remplie avec lui lors de son passage avec l'IOA.

Il s'agissait des données relatives à :

- Son motif de consultation (question libre sans réponse proposée)
- Le délai depuis l'apparition des symptômes
- Le patient a-t-il tenté de joindre son médecin traitant ?
 - Quel interlocuteur lui a répondu ?
 - Quelle réponse a été apportée ?
- Si le patient a consulté son médecin traitant, quelles ont été ses prescriptions ?
- La ou les motivations du patient à consulter ce jour aux urgences
- La connaissance par les patients de la permanence des soins
- L'intérêt qu'il porterait à la création d'une maison médicale de garde dans le secteur du Cambrésis.

La seconde feuille de recueil était à destination du personnel médical (médecin de garde ou de l'interne).

Aux vues de la charge de travail du personnel médical des urgences, cette partie du questionnaire a été rempli par mes soins a posteriori en reprenant un à un tous les dossiers des patients inclus dans l'étude.

Il s'agissait de récupérer les données relatives aux soins effectués lors du passage aux urgences.

- Données démographiques
 - Sexe
 - Age
- Données médicales
 - Classification CCMU (Annexe 1)
 - Motif de consultation évoqué par le patient
 - Nécessité d'actes médicaux au cours du passage aux urgences
 - Réalisation d'examens complémentaires biologiques ou radiologiques
 - Nécessité d'un avis médical spécialisé
 - Administration de thérapeutiques médicamenteuses et mode d'administration
 - Nécessité d'une hospitalisation
 - Diagnostic réel de sortie posé par le médecin
 - Ordonnance de sortie

La dernière question de la fiche de recueil appréciait a posteriori la justification de la venue du patient aux urgences, en estimant si la prestation réalisée aux urgences aurait pu ou non être prise en charge par le médecin généraliste si celui-ci avait été consulté.

RÉSULTATS

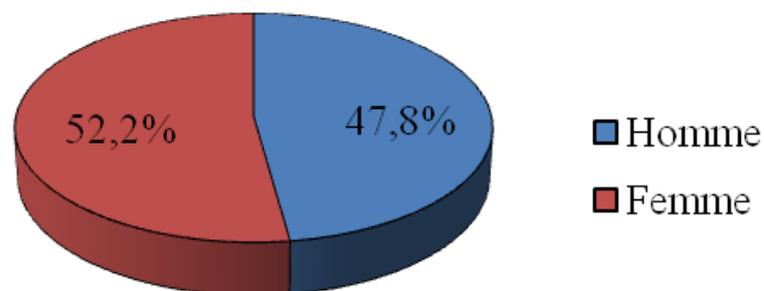
4. RÉSULTATS

Notre étude a donc été réalisée auprès d'un échantillon de 338 patients qui se sont présentés aux urgences du Centre Hospitalier de Cambrai du 3 au 7 novembre 2014 entre 08h00 et minuit.

4.1. Caractéristiques de la population

Le sex-ratio H/F est de 0.85 soit 182 femmes pour 156 hommes.

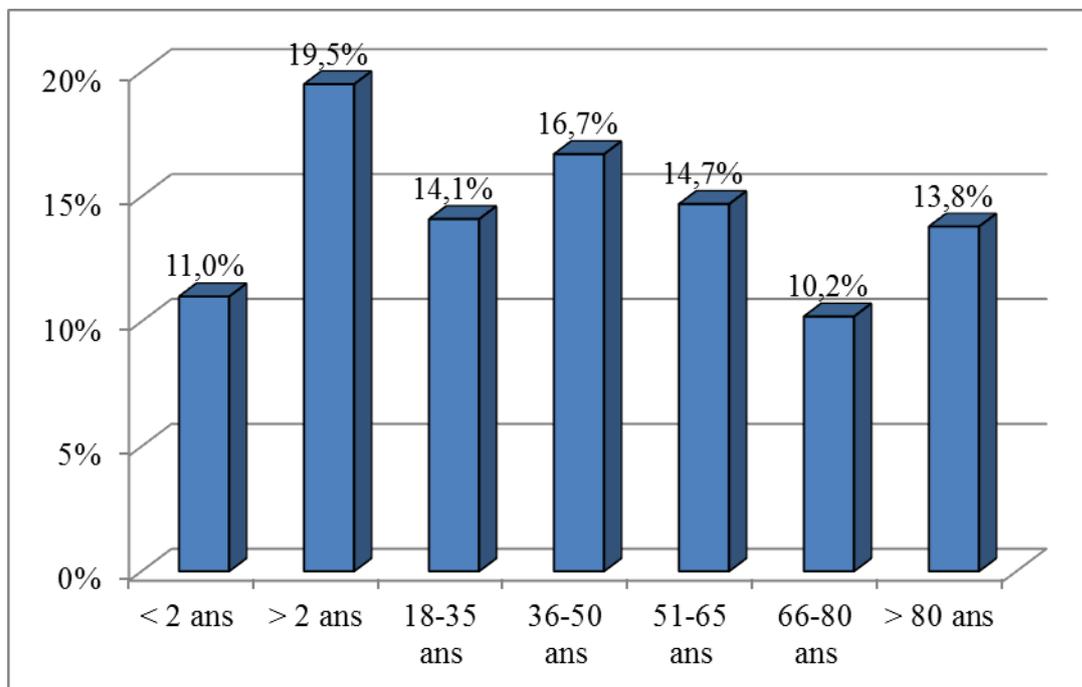
Tableau n°3 : Répartition de la population en fonction du sexe



Sur les 338 patients étudiés, on retrouve une répartition relativement homogène en fonction de l'âge avec:

- 11,2% de nourrissons
- 19,8% d'enfants entre 2 et 18 ans.
- 13,6% ont entre 18 et 35 ans.
- 16,9% ont entre 36 et 50 ans.
- 13,6% ont entre 51 et 65 ans.
- 10,4% ont entre 66 et 80 ans.
- 14,5% ont plus de 80 ans.

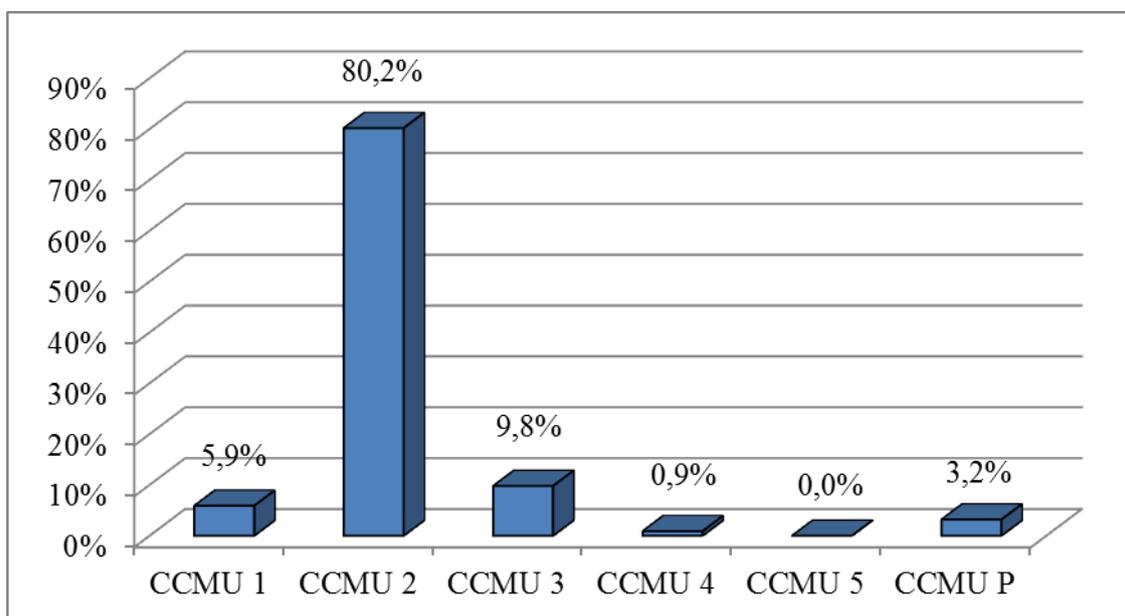
Tableau n°4 : Répartition des patients en fonction de l'âge.



A l'arrivée aux urgences, les patients sont classés en fonction de leur état de gravité clinique selon l'échelle CCMU.

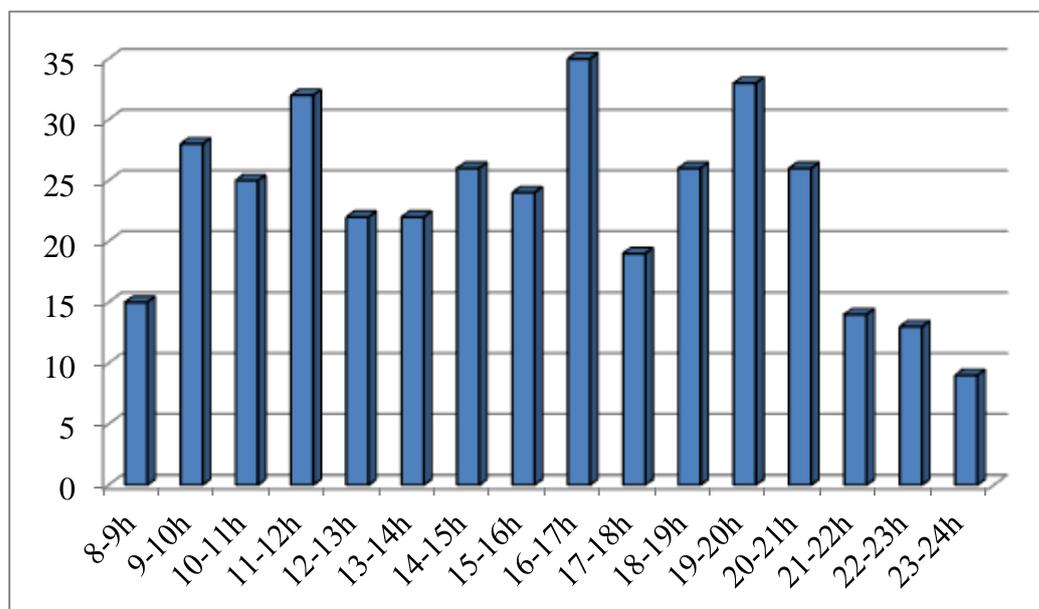
La grande majorité des patients (82,5%) est classée CCMU2, suivi par les patients CCMU 3, CCMU 1 puis les patients psychiatriques. Cependant certains patients qui présentaient un motif d'admission psychiatrique étaient classés CCMU2 (ou plus) car leur état de santé lors de l'admission relevait d'emblée de soins somatiques avant une prise en charge psychiatrique spécialisée.

Tableau n° 5 : Répartition des patients en fonction de l'échelle CCMU :



4.2. Horaires de consultations

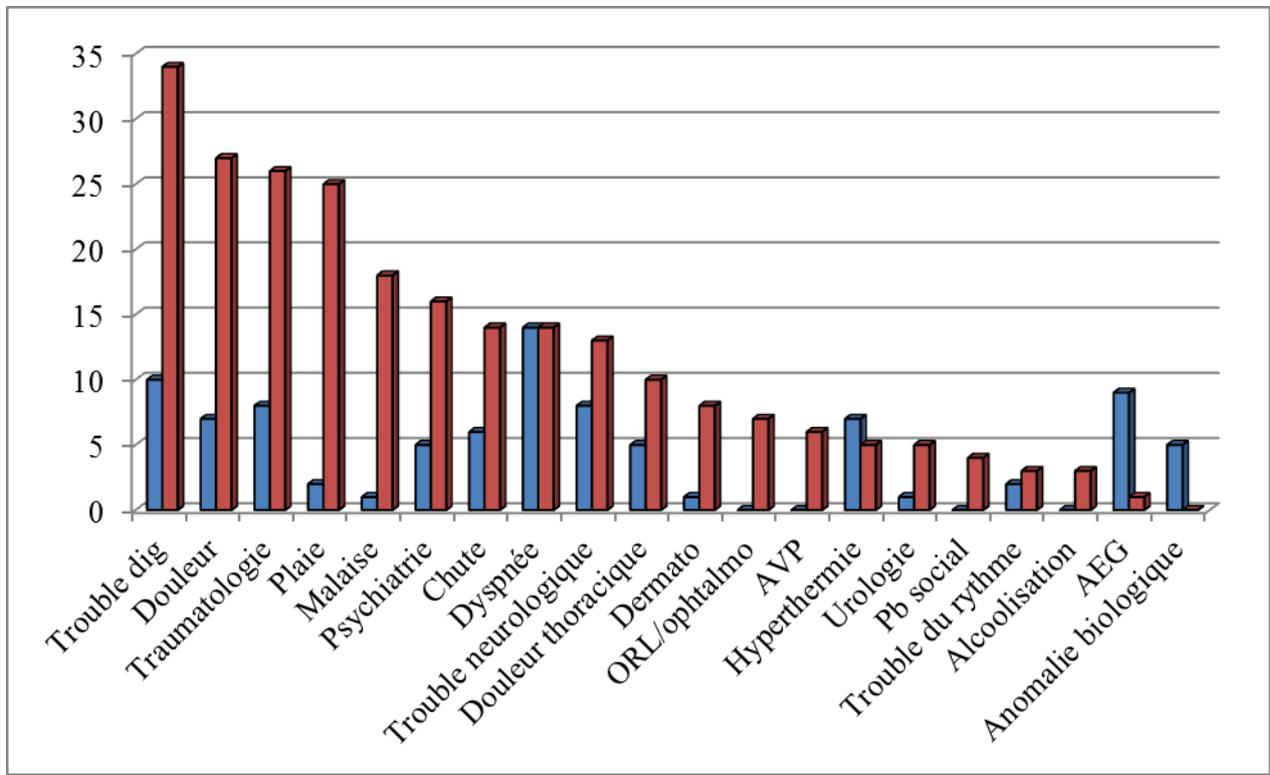
Tableau n°6 : Nombre d'entrée aux urgences en fonction de l'horaire de consultation



Le rythme des arrivées aux urgences varie au fur et à mesure de la journée. Il augmente progressivement au cours de la matinée pour atteindre son maximum vers 11h00-midi puis diminue au cours de la pause déjeuner pour ensuite augmenter de nouveau avec un autre pic de fréquentation vers 16h00 - 17h00. Puis une dernière remontée s'observe vers 20h00 avant de diminuer de nouveau et se stabiliser vers minuit.

4.3. Motifs de recours aux urgences

Tableau n°7 : Motifs de consultations cités par les patients à leur arrivée aux urgences :



- AEG : Altération de l'Etat Général
 - AVP : Accident de la Voie Publique

■ Patient adressé par le MT
 ■ Patient non adressé par le MT

On note des différences entre les patients consultants d'eux même aux urgences et les patients adressés par leur médecin traitant.

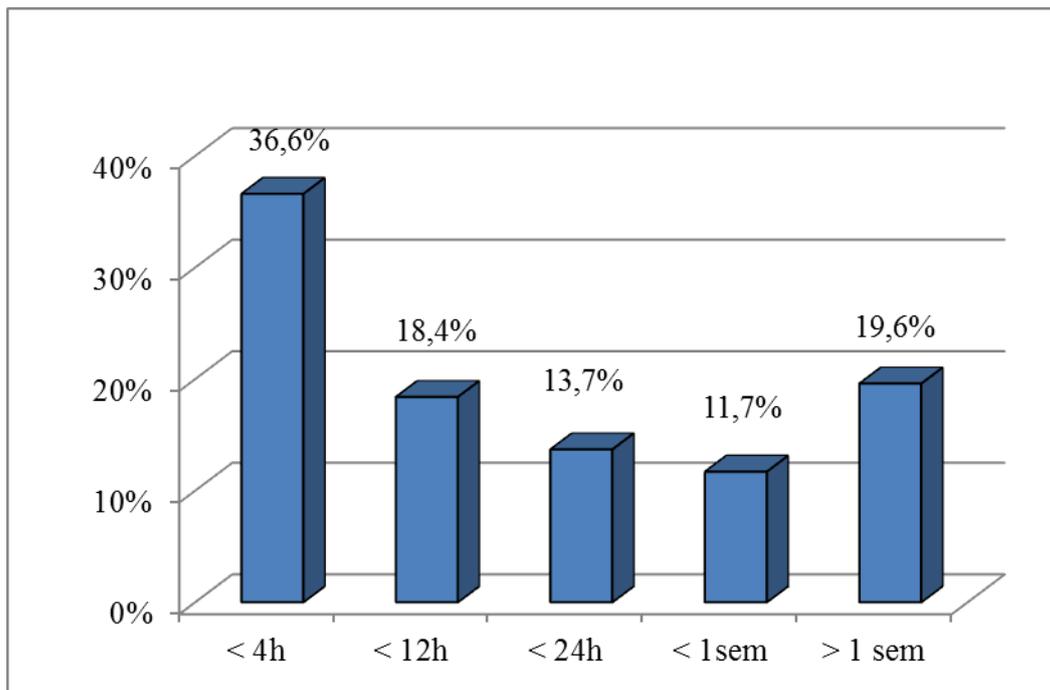
Les patients adressés par leur médecin traitant le sont essentiellement pour altérations de l'état général, des hyperthermies, des dyspnées ou des perturbations du bilan biologique.

Les patients consultants d'eux même présentent quant à eux des pathologies digestives, des symptomatologies douloureuses, des pathologies traumatologiques, des malaises ou des douleurs thoraciques.

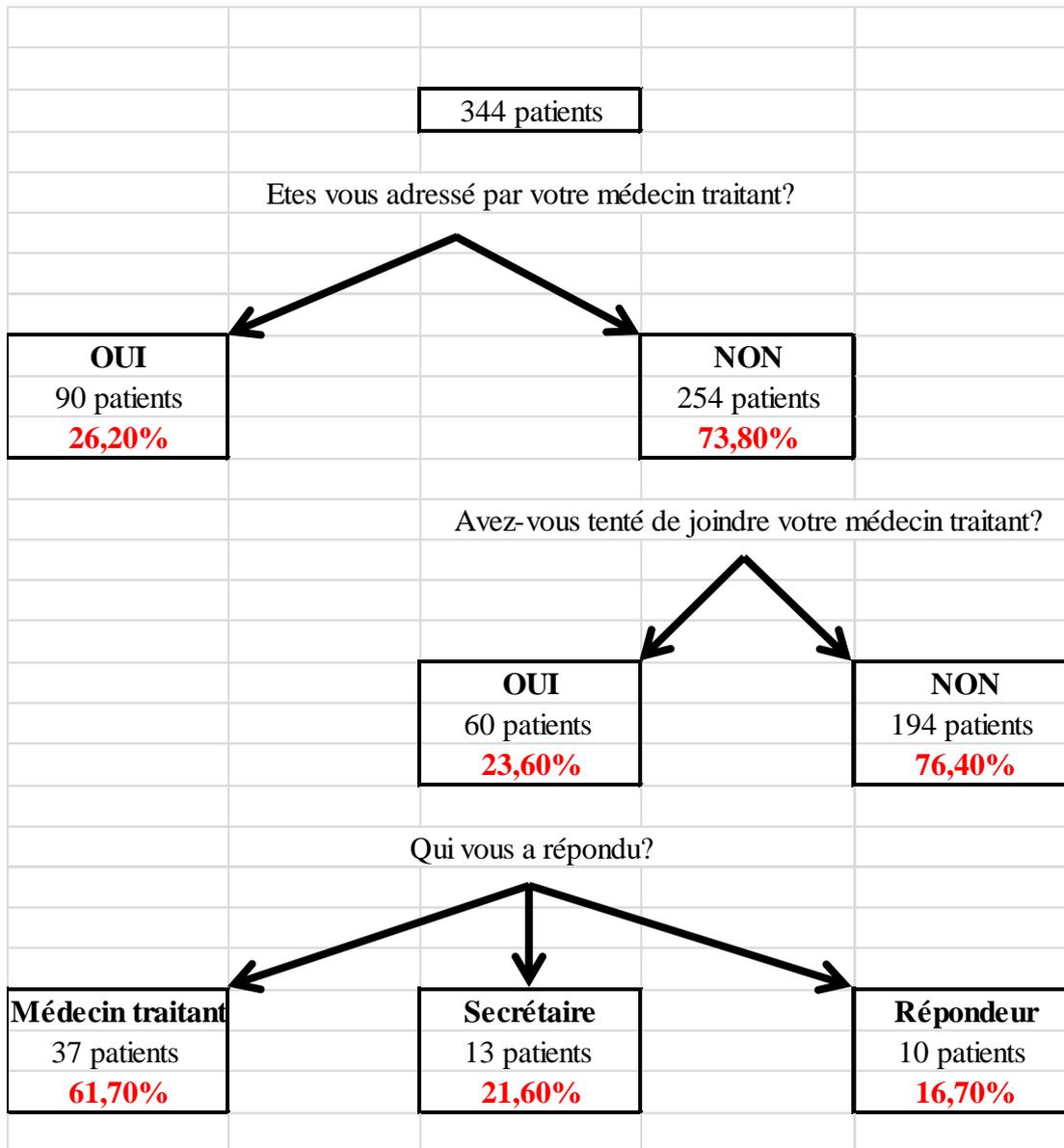
4.4. Durée des symptômes avant consultation aux urgences

Le délai de consultation est très variable mais on remarque que les patients ont tendance à consulter soit très tôt, soit plus d'une semaine après le début des symptômes.

Tableau n°8 : Délai entre le début des symptômes et la consultation.



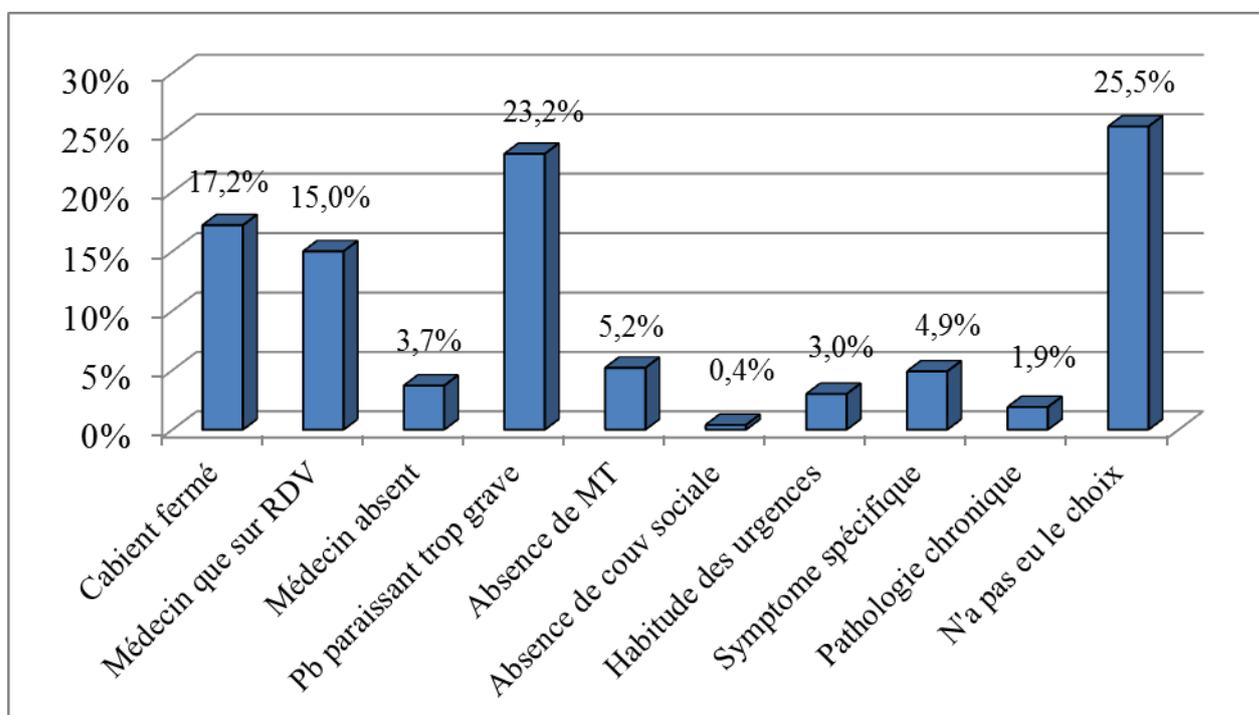
4.5. Recours au médecin traitant



Les motifs de non consultation du médecin traitant sont multiples, il se détache néanmoins quelques motivations prédominantes :

- 25,5% déclarent ne pas avoir eu le choix (amené directement à l'hôpital par le SMUR, les sapeurs-pompiers ou les ambulances privées)
- 23,2% déclarent consulter aux urgences directement car le motif de consultation leur paraissait trop grave pour être géré par le médecin généraliste.
- 17,2% consultent car le cabinet médical est fermé
- 15% consultent car le médecin traitant ne consulte que sur rendez-vous.

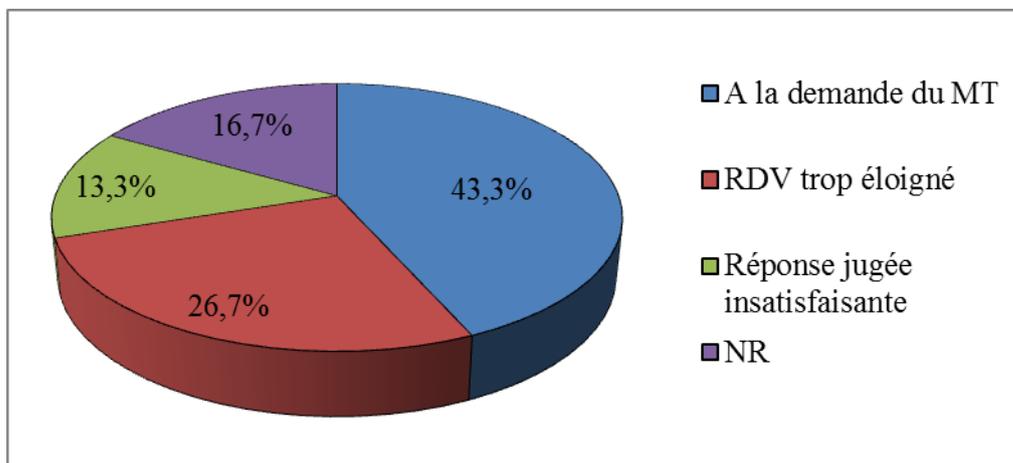
Tableau n° 9 : Motifs de non consultation du médecin traitant



Parmi les 60 patients qui ont tenté de joindre leur médecin traitant mais ont tout de même consulté aux urgences, on retrouve

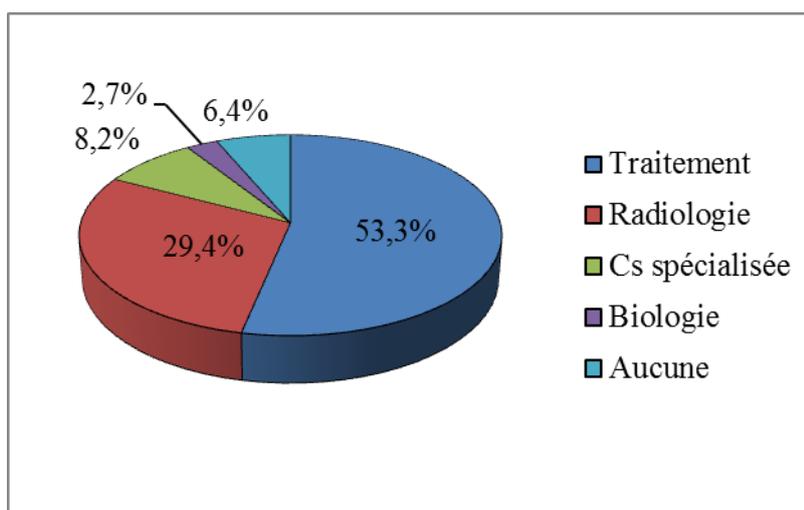
- 43,3% de consultations à la demande du médecin traitant (après avis téléphonique ou message sur le répondeur)
- 27,6% de consultations en raison d'une date de rendez-vous trop éloignée.
- 13,3% de consultations car la réponse apportée par le médecin ou la secrétaire est jugée non satisfaisante par le patient.
- 16,7% des patients n'ont pas souhaité répondre à la question.

Tableau n° 10 : Réponse ayant incité la consultation aux urgences :



Parmi les 344 patients de notre étude, 27,4% déclarent avoir déjà consulté au moins une fois leur médecin traitant concernant la pathologie pour laquelle ils viennent aux urgences. 93,6% d'entre eux ont bénéficié de la prescription d'un traitement ou d'un examen complémentaire par leur médecin traitant.

Tableau n° 11: Prescription à l'issue de la consultation avec le MT



4.6. Connaissance de la PDSA par les patients

Sur l'ensemble de la population interrogée,

- 64,2% de la population déclare ne pas connaître l'existence d'un médecin généraliste de garde le soir et le week-end.
- 78,8% ne connaît pas le numéro de téléphone pour le joindre.

Tableau n° 12 : Connaissance du médecin généraliste de garde par la population :

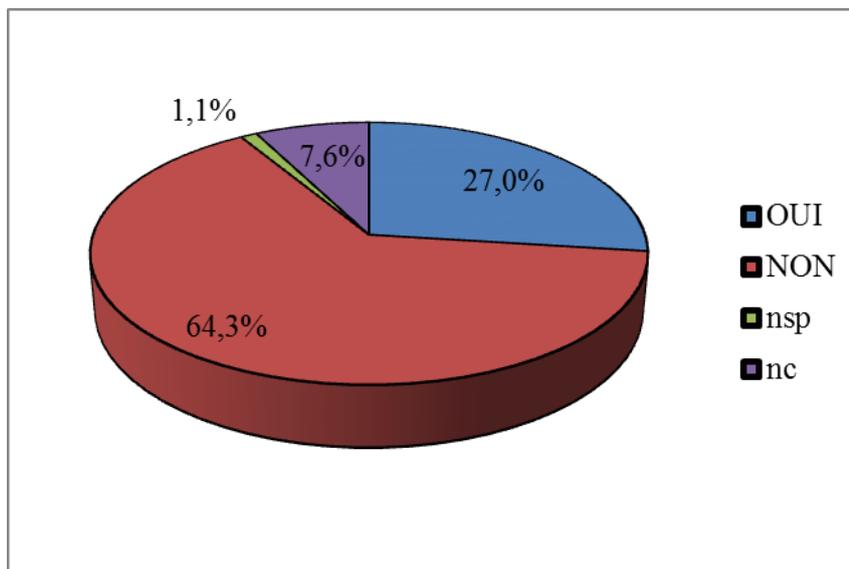
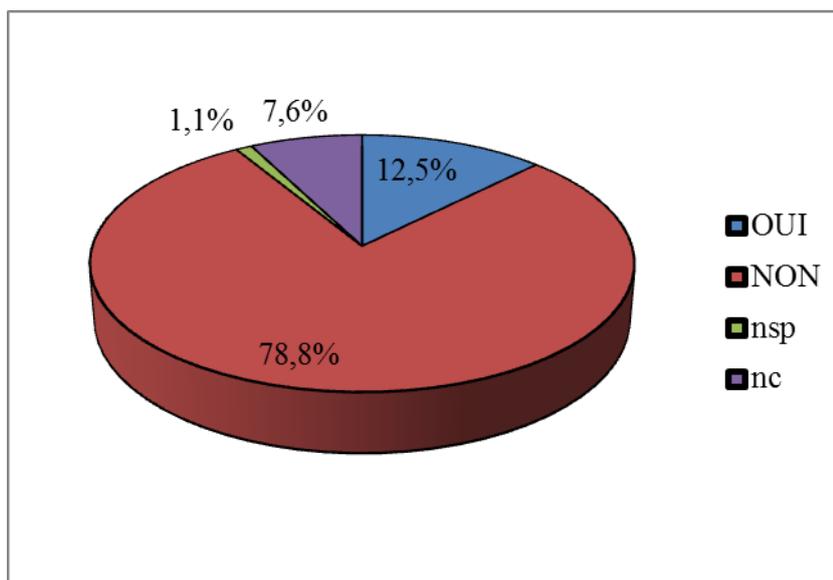


Tableau n° 13 : Connaissance du numéro de téléphone pour joindre le médecin généraliste de garde par la population



Quand on demande aux patients s'ils sont prêts à se rendre au cabinet du médecin de garde, les réponses sont plus partagées : 47,6% s'y rendraient alors que 41,8% ne le feraient pas.

Les raisons pour lesquelles les patients ne souhaitent pas consulter le médecin de garde lors de la permanence de soins sont multiples :

- 55,5% avancent qu'il est plus simple pour eux de consulter directement aux urgences
- 12,9% ne peuvent se déplacer pour s'y rendre
- 10,1% trouvent le cabinet du médecin de garde trop éloigné de leur domicile
- La raison financière n'est quant à elle que très peu citée

Tableau n° 14: Etes-vous prêt à vous rendre au cabinet du médecin de garde ?

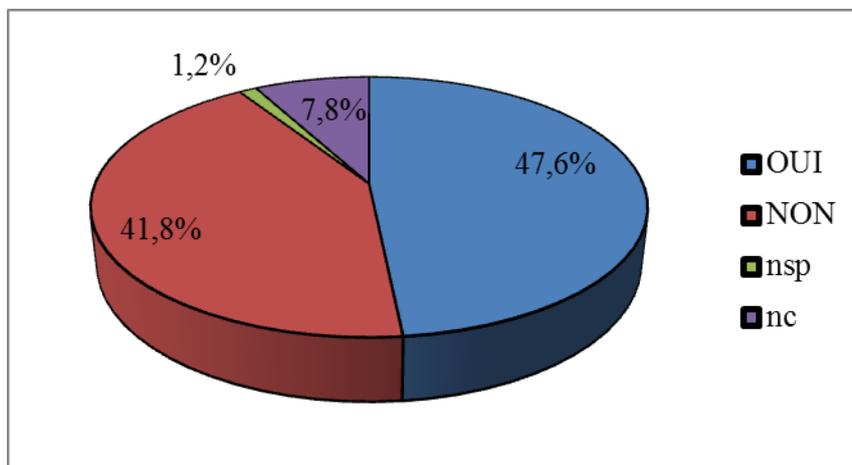
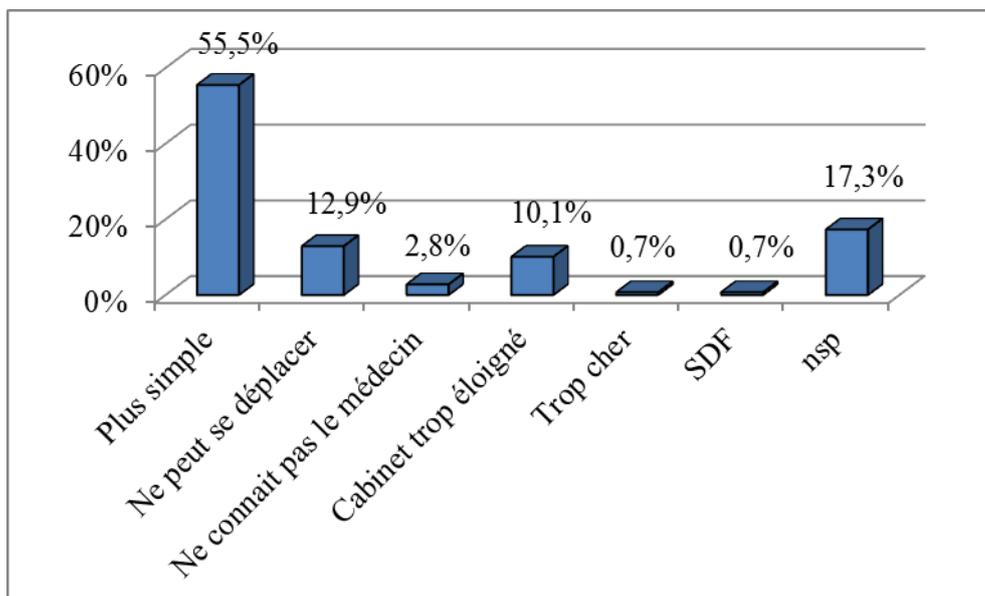
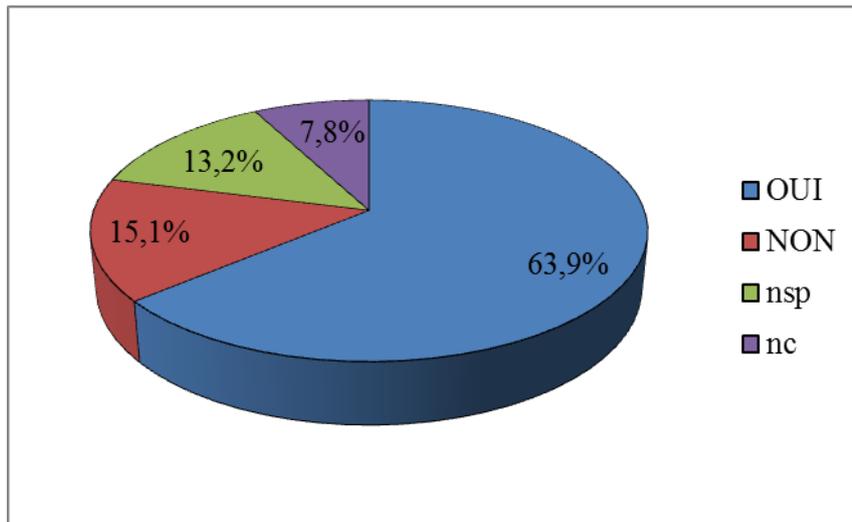


Tableau n° 15 : Motifs de non consultation du médecin généraliste de garde



Même si l'on retrouve une population qui ne connaît pas la PDSA ni le moyen de joindre le médecin de garde et ne souhaite pas particulièrement se déplacer jusqu'à un cabinet de médecin généraliste pour une consultation en urgence, elle est tout de même demandeuse de la création d'une maison médicale de garde accessible pour près de 64%.

Tableau n° 16: Seriez-vous intéressé par la création d'une maison médicale de garde dans le secteur du Cambrésis ?



4.7. Motivation de consultation aux urgences

Les motivations de consultation aux urgences sont multiples. Elles ont été étudiées initialement dans la population générale puis séparément dans la population adressée par son médecin traitant et celle non adressée.

Dans la population générale, on retrouve essentiellement la nécessité d'un avis médical rapide pour plus d'un tiers des consultations suivi par le besoin d'être soulagé rapidement.

On retrouve les mêmes motivations prédominantes dans la population non adressée par le médecin traitant.

Dans la population adressée par le médecin traitant, on retrouve essentiellement la nécessité de bénéficier d'un avis spécialisé rapide suivi par la disponibilité du plateau technique hospitalier.

Tableau n° 17: Motivation de consultation aux urgences

	Population générale	Patient adressé par le MT	Patient non adressé par le MT
Avis médical rapide	34,90%	15,90%	42,80%
Avis spécialisé rapide	19%	35,10%	12,70%
Accès au plateau technique	19%	24,50%	16,80%
Application d'une prescription du MT	3,20%	10%	0,50%
Etre soulagé rapidement	21,20%	14,50%	23,90%
Conseil d'un proche	1,70%	0%	2,30%
Facilité financière	0,50%	0%	0,70%
Nsp	0,50%	1,30%	0,20%

4.8. Soins reçus au cours du passage aux urgences

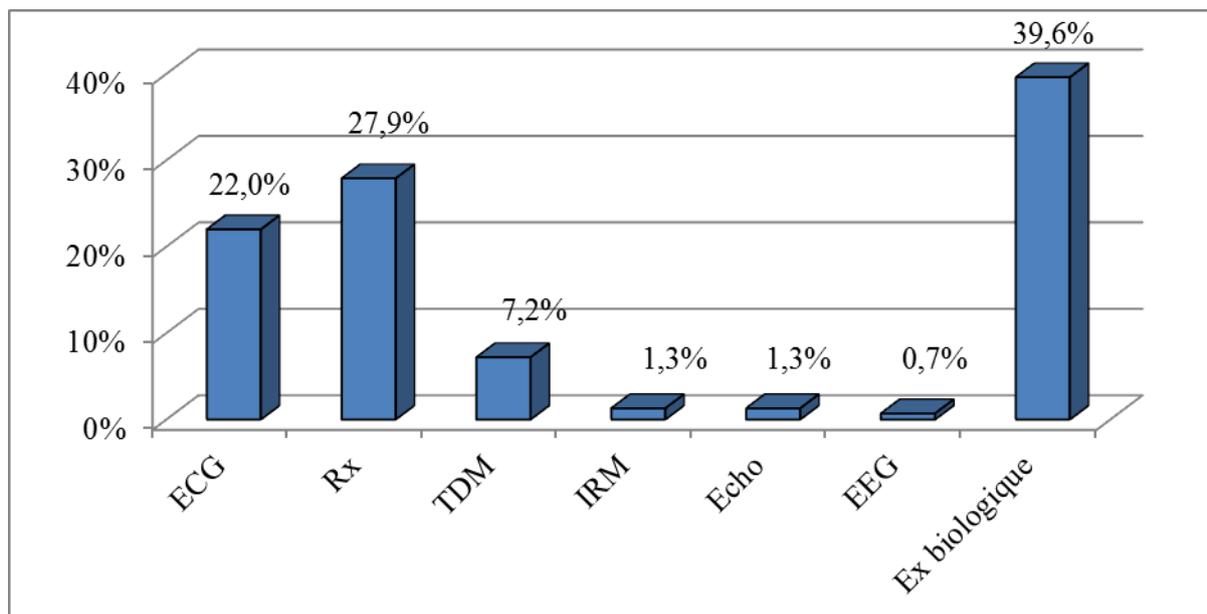
82,6% des patients ayant consulté aux urgences ont bénéficié d'au moins un acte radiologique, biologique ou thérapeutique.

4.8.1. Examens complémentaires

Après un premier examen clinique réalisé à l'arrivée aux urgences, 25,6% des patients n'ont bénéficié d'aucun acte complémentaire radiologique ou biologique.

Concernant les patients ayant bénéficié d'examens complémentaires, ceux-ci ont majoritairement bénéficié d'un bilan biologique, d'un électrocardiogramme ou d'une prestation de radiologie.

Tableau n° 18 : Examens complémentaires réalisés aux urgences.



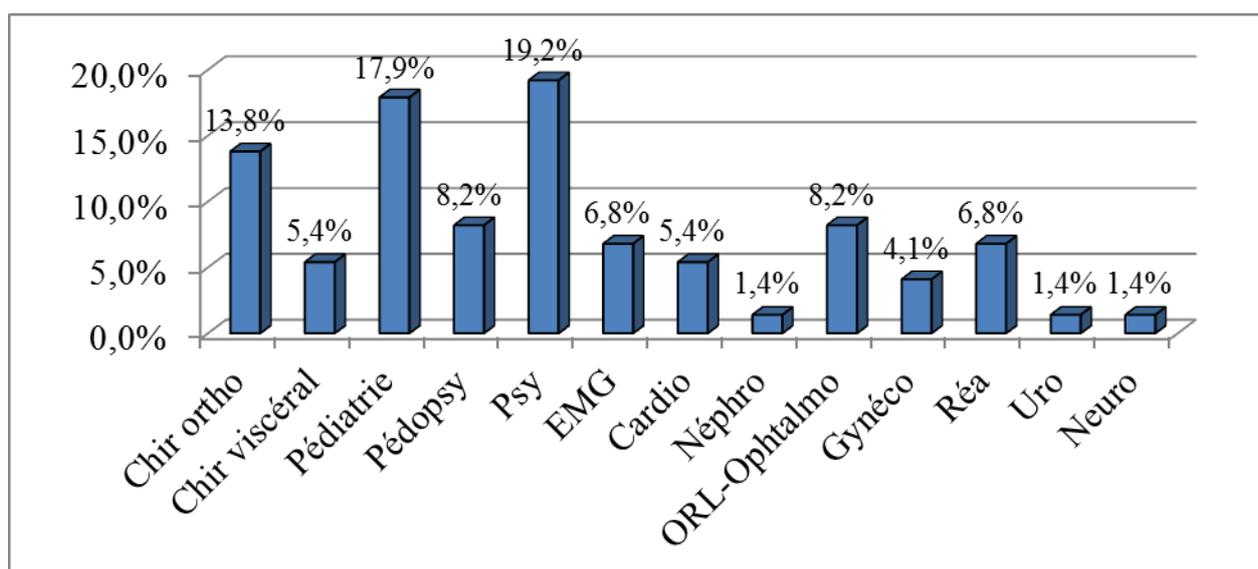
- ECG : électrocardiogramme
- Rx : radiographie
- TDM : Tomodensitométrie
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- EEG : électro encéphalogramme

4.8.2. Avis spécialisé

Parmi les 344 patients de notre étude, 73 ont bénéficié d'un avis spécialisé ce qui représente 21,2% de notre population.

Ces avis spécialisés sont majoritairement représentés par la psychiatrie, la pédiatrie et la chirurgie traumatologique.

Tableau n° 19 : Répartition des avis spécialisés aux urgences.

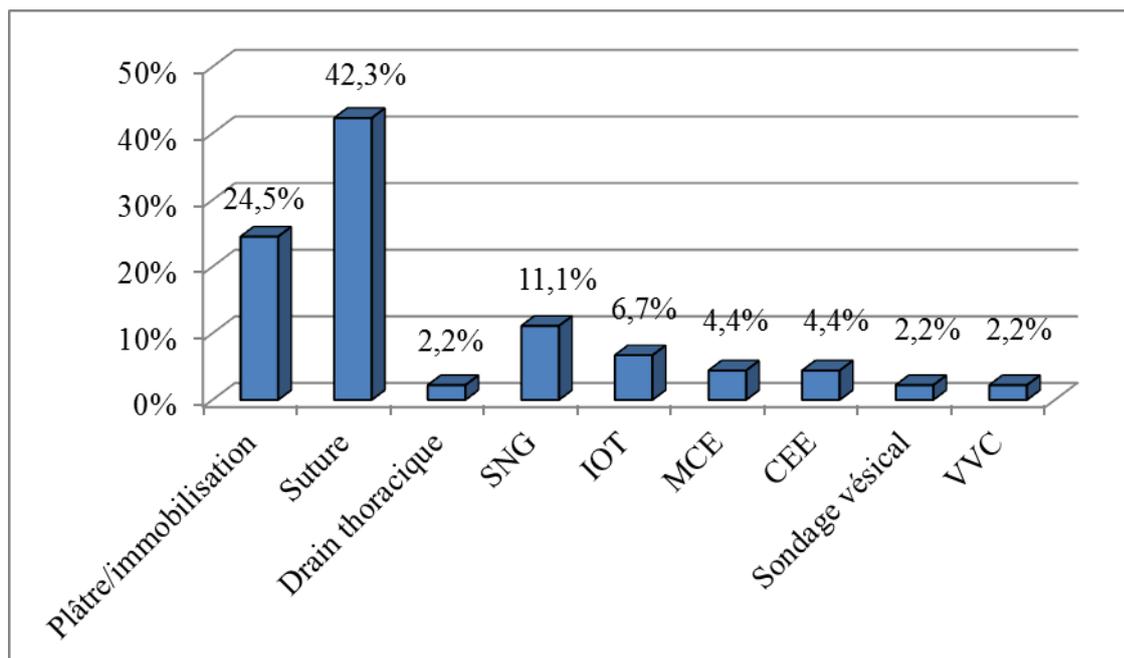


- EMG : équipe mobile de gériatrie

4.8.3. Actes particuliers

De multiples actes spécifiques et particuliers sont réalisés dans un service d'urgences. Dans notre étude, on retrouve essentiellement la réalisation des moyens d'immobilisation (plâtres, attelles ou syndactylies) et les sutures.

Tableau n° 20 : Actes spécifiques réalisés au sein du service des urgences :



- SNG : Sonde Nasogastrique
- IOT : Intubation Orotrachéale
- MCE : Massage Cardiaque Externe
- CEE : Choc électrique Externe
- VVC : Voie veineuse Centrale

4.8.4. Thérapeutiques médicamenteuses et voies d'administration

Une prise en charge thérapeutique a été réalisée pour 36,1% des patients de l'étude.

Lorsqu'un traitement médicamenteux est effectué, il s'agit dans 46,5% des cas d'un traitement antalgique. Il s'agit d'une prescription intraveineuse dans 60% des cas.

Tableau n° 21 : Thérapeutiques administrées aux urgences

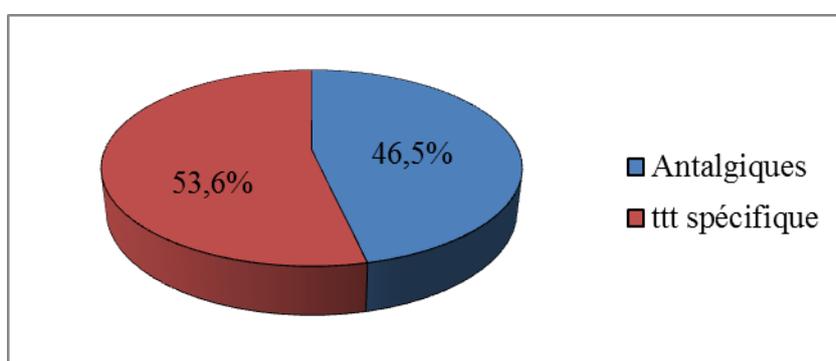
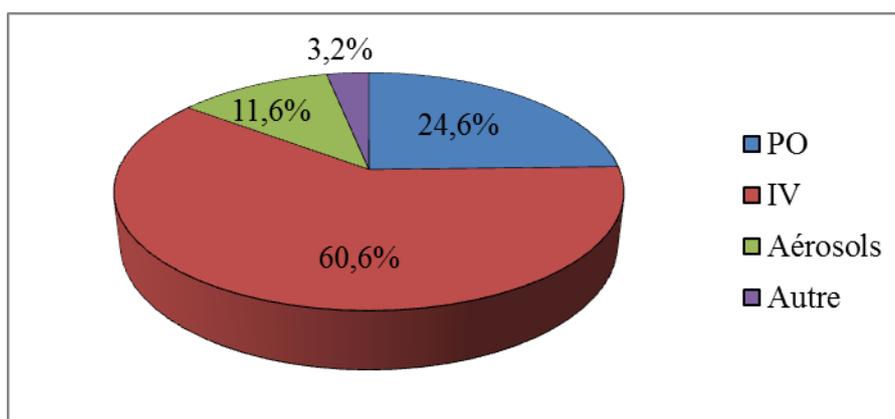


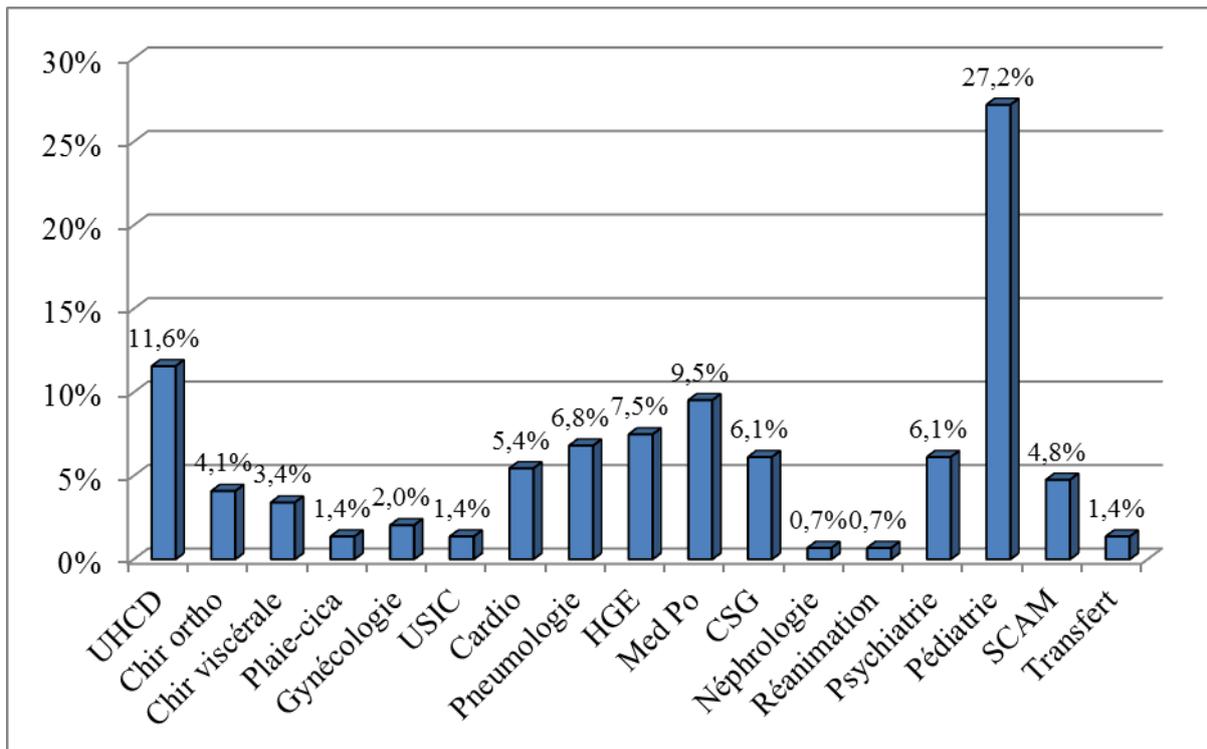
Tableau n°22 : Voies d'administration des thérapeutiques médicamenteuses



4.9. Hospitalisation

On observe un taux d'hospitalisation de 42,7%. Plus d'un quart des hospitalisations sont réalisées dans le service de pédiatrie, vient ensuite l'UHCD puis les différents services de médecine.

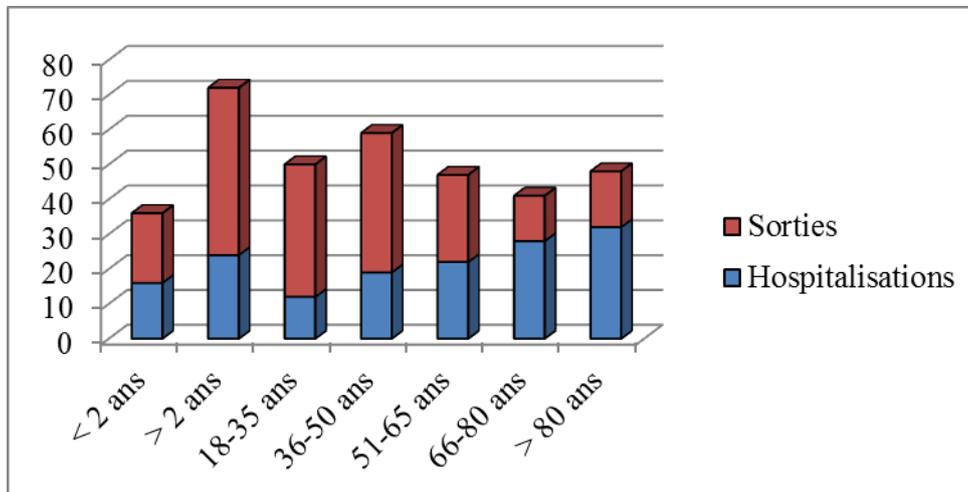
Tableau n° 23 : Hospitalisation après passage aux urgences



- *USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques*
- *HGE : Hépatogastroentérologie*
- *CSG : Court Séjour Gériatrique*
- *SCAM : Sortie Contre Avis Médical*
- *UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée*

Lorsqu'on étudie le taux d'hospitalisation en fonction de l'âge, en dehors de la pédiatrie, celui-ci augmente avec le vieillissement de la population

Tableau n°24 : Hospitalisation en fonction de l'âge

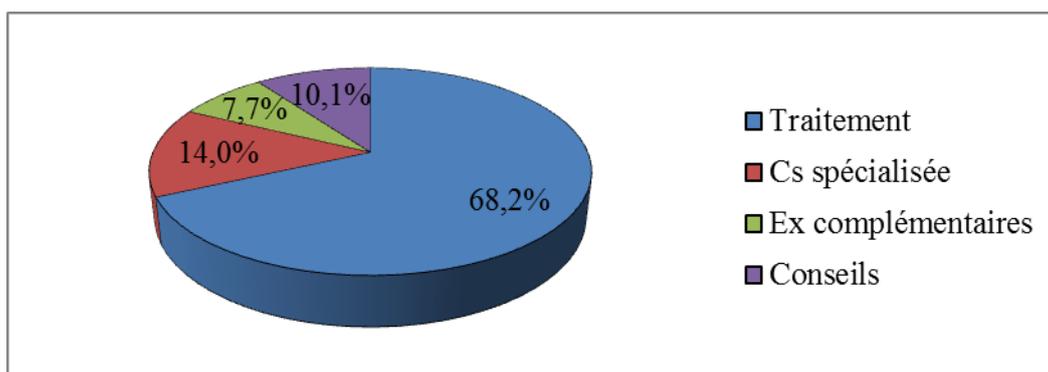


4.10. Ordonnance de sortie

Parmi les 197 patients retournant au domicile après leur passage aux urgences, 123 sont sortis des urgences avec au moins un document pour la poursuite des soins au domicile. Cela représente 62,4% des patients rentrant chez eux.

- 68,2% sont des prescriptions de thérapeutique pour la poursuite d'un traitement débuté aux urgences (antibiothérapies, antalgiques)
- 14% des cas sont une ordonnance pour un avis spécialisé en externe
- 10,1% sont des conseils (surveillance de traumatismes crâniens ou de plâtre)
- 7,7% sont des prescriptions pour la réalisation d'examen complémentaires en externe.

Tableau n° 25 : Documents de sortie



DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Limites et biais de l'étude

5.1.1. Inclusion des patients

L'inclusion des patients sur la totalité de la durée du recueil a été réalisée par moi-même ou le Dr Leroy lors du passage des patients avec l'IOA. Seuls 8 patients n'ont pas été inclus immédiatement, il s'agissait de 5 patients adressés par les forces de l'ordre pour la réalisation d'un certificat de non hospitalisation, deux entrées directes du SMUR et une entrée de pédiatrie. La totalité des dossiers a pu être récupérée et inclus a posteriori.

L'ensemble des patients ayant consulté au cours de la période de recueil a donc été inclus, sans aucune restriction ni perte de données. Nous avons donc un reflet exact de la population ayant consultée aux urgences du Centre Hospitalier de Cambrai au cours de cette période.

Nous avons réalisé une étude monocentrique, sur l'ensemble du service des urgences du Centre Hospitalier de Cambrai du lundi 3 novembre 2014 au vendredi 7 novembre 2014 de 08h00 à minuit. Le fait de ne pas avoir inclus les patients consultant de minuit à 08h00 et le week-end peut constituer un biais de recrutement notamment en raison de la présence de la permanence de soin ambulatoire le week-end, mais nous avons choisi de nous concentrer sur les amplitudes horaires où un médecin généraliste est normalement facilement joignable. En effet, nous avons menés une réflexion préalable sur la facilité de joindre le médecin traitant le samedi et celui de la PDSA le dimanche, lors de questionnements aléatoires de patients lors des week-ends précédents la semaine d'étude. Il apparaît alors une grande disparité dans l'ouverture des cabinets médicaux du secteur le samedi et les patients déclarent souvent spontanément préférer attendre le lundi pour consulter plutôt que de se déplacer au cabinet du médecin de garde plus ou moins éloigné de leur domicile le dimanche.

La présence d'un service d'urgences au niveau du Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis ainsi que d'une maison médicale de garde sur ce même secteur peut également constituer un biais de recrutement quant aux motifs de consultation. En effet, si le Centre Hospitalier de Cambrai peut être considéré comme le centre de référence du secteur en ce qui concerne certaines spécialités médicales ou chirurgicales, le Centre Hospitalier du Cateau-

Cambrésis draine un nombre important de consultations notamment de gériatrie, de traumatologie légère et de médecine générale ce qui peut biaiser la répartition des motifs de consultations de notre étude.

5.1.2. Les réponses des patients

Les réponses des patients étant par nature déclaratives, il persiste donc un degré irréductible de subjectivité, facteur d'incertitude. Par exemple pour ce qui est des motivations des patients les poussant à consulter aux urgences, la raison financière a pu être éludée comme motif de consultation par peur d'être jugé sur leur choix. Nous estimons donc qu'elle a pu être sous estimée mais il reste difficile de trouver des travaux de la littérature ayant étudié directement ce paramètre.

5.2. Caractéristique de la population

La population de notre étude est plutôt jeune (âge moyen de 40 ans chez les hommes et 48 ans chez les femmes) à prédominance féminine. L'association de ces deux critères est retrouvée dans plusieurs publications étrangères, notamment P.BARDELLI en Suisse [11] ainsi que dans différents travaux de thèse français [12-13-14-25]

S.GENTILLE dans son article traitant « des nouveaux comportements de santé des consultants des services d'urgences relevant de la médecine générale » fait également état d'une population jeune, plutôt bien insérée socialement [10] de même que J.LADNER dans son étude sur les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences de Haute Normandie. [15]

Si l'on considère uniquement le sex-ratio, la prédominance féminine n'est pas unanime et varie selon les études. Ainsi on retrouve plutôt une majorité féminine dans le travail de thèse de C.PUYOL en 2007, de E.FAGOT en 2012 ainsi que dans celui de L.MEUNIER en 2009 [13-16-17] mais cela n'est pas le cas dans travaux de J.CARON, de F. BAQUET en 2010 ou encore A.BIANCO en 2003 [18-19-20].

5.3. Comportement de la population

5.3.1. Recours au médecin traitant ou à la PDSA

Dans notre étude, 26% de notre population est adressée par son médecin traitant, c'est plus que dans la plupart des études réalisées en France à ce jour. On retrouve un taux de 19% dans l'étude de la DRESS [1]. Nous avons exclu les patients consultant entre minuit et 08h00 qui de fait ne peuvent être adressés par un médecin généraliste.

Près de 77% des patients consultant d'eux même aux urgences n'ont pas tenté de joindre leur médecin traitant. Ce sont des chiffres que l'on retrouve dans la littérature et notamment chez L.MEUNIER avec 70% des patients qui n'ont pas tenté de joindre leur médecin traitant, 90,5% chez J.HASCOET et 90% chez L.BOUNIORT [17-23-24]. Ces variations sont probablement dues aux différences de critères d'inclusions, certaines études prenant en compte l'ensemble de la population consultant aux urgences, d'autres seulement dans un secteur particulier, souvent limité à l'ambulatoire.

Les patients de notre recueil n'ont que très peu recours à la PDSA. Près de 65% d'entre eux ne connaissent pas l'existence d'un médecin généraliste de garde et 78% ne savent pas comment le joindre. Par contre, 47% des patients seraient prêts à se rendre au cabinet du médecin de garde en cas de besoin.

Ceci est un constat réalisé dans beaucoup d'autres régions. A Marseille, seuls 19% des patients connaissent les structures de PDSA, ils sont 7% à Créteil. Dans la région du Havre, 70% des patients des SAU ne connaissent pas l'existence des maisons médicales de garde et 93% ne connaissent pas le numéro du médecin de garde. Une étude réalisée à Montpellier montre même que 57% des patients ne savent pas que le SAMU centre 15 peut les renseigner et les orienter. [13-18-25]

5.3.2. Délai de consultation

Près de 70% des patients de notre étude consultent dans les 24 heures qui suivent l'apparition de leurs symptômes. Ce chiffre est également retrouvé dans l'étude de la DREES avec 64% des patients consultant au cours des premières 24h et dans d'autres centres

hospitaliers comme Poitiers ou Nanterre, ces patients représentent tout de même presque la moitié des consultations. [21-17-1-3]

Nous avons donc des patients qui consultent plutôt rapidement, dès l'apparition de leurs symptômes afin de bénéficier au plus vite d'une prise en charge adéquate. Ceci confirme, à notre échelle, l'observation faite depuis plusieurs années dans d'autres études, d'un changement de comportement des patients avec de nouveaux patients, jeunes, qui souhaitent avoir la meilleure prise en charge possible dans un minimum de temps. [15]

5.3.3. Motivations de consultation

Dans l'ensemble de la population, la demande d'un avis médical rapide est la première des motivations citée suivie par la nécessité d'être soulagé rapidement, la demande d'avis spécialisé rapide et l'accès rapide à un plateau technique complet.

La demande d'un avis médical rapide et la nécessité d'être rapidement soulagé sont citées de manière majoritaire chez les patients non adressés par leur médecin traitant. Ce sont des patients qui viennent directement aux urgences en première intention et qui souhaitent bénéficier rapidement d'une prise en charge globale et complète de leur pathologie grâce à l'offre de soins que possède le service des urgences.

Chez les patients adressés par leur médecin traitant, on retrouve de manière prédominante la demande d'avis spécialisé et l'accès au plateau technique. Ces patients viennent donc aux urgences dans un second temps, après avoir consulté leur médecin traitant, afin de réaliser la prescription faite par celui-ci.

Pour l'ensemble des patients, la facilité financière est une motivation très peu citée. Ceci est également retrouvé dans le travail de thèse de J.HASCOET, en 2013 à Rouen, où seulement 1% des patients invoquaient la facilité financière comme motivation de consultation [23].

Ainsi les patients « consultent préférentiellement aux urgences en raison de la rapidité et de la qualité de prise en charge ainsi que des disponibilités des plateaux techniques et des avis spécialisés et non en raison de l'absence des médecins généralistes en ville ou de la

dispense d'avance de frais ». [24-17].

5.4. Parcours de soins au sein des urgences

L'étude du parcours de soins des patients au sein des urgences nous a permis de mettre en évidence le nombre élevé d'examens complémentaires réalisés. Nos chiffres sont plus élevés que dans la plupart des publications existantes [13-24]. Dans notre étude, on retrouve 44 patients, soit 13% de notre population, qui sont rentrés directement chez eux suite à leur examen clinique sans aucun examen complémentaire ou thérapeutique médicamenteuse.

La relecture des dossiers, a posteriori, a permis d'entrevoir quelques raisons pouvant être évoquées pour expliquer cette proportion importante d'examens complémentaires : les bilans pré opératoires réalisés aux urgences en raison de problèmes d'harmonisation des procédures avec les services de chirurgie, les radiographies parfois réalisées de manière systématique comme le montre l'exemple des radiographies de cheville dans le traumatisme de cheville ou les radiographies de thorax dans le cadre des bilans préopératoires et ce malgré les dernières recommandations [30-31-33] (Annexe 7).

Comme pour les patients, nous assistons donc également à un changement de comportement des médecins urgentistes qui souhaitent dans le minimum de temps qui leur est imparti, apporter une réponse la plus complète possible à leurs patients, quitte à multiplier les examens complémentaires afin d'être plus sûrs de leur conclusion médicale avant la sortie du patient. Nous n'avons malheureusement pas toujours la possibilité, contrairement à la médecine générale, de reconvoquer les patients pour lesquels un doute subsiste à 48h pour les réévaluer. De plus la multiplication des recours contre les services des Urgences, incite certains praticiens à réaliser des examens qui certes peuvent paraître inutiles mais sont demandés uniquement dans le but d'éviter une potentielle plainte ultérieure.

5.5. Devenir des patients

L'organisation actuelle de notre service d'Urgences dégage des circuits courts

favorisant une prise en charge plus rapide de certaines pathologies :

- mise en place d'une consultation hebdomadaire de chirurgie traumatologique réservée aux urgences avec le Docteur Ucla qui s'engage à revoir, dans la semaine qui suit la consultation aux urgences, tout patient nécessitant une réévaluation chirurgicale rapide (pose d'indication chirurgicale différée, contrôle d'examen complémentaire type IRM dans les traumatismes du genou, circularisations des fractures immobilisées initialement par attelles plâtrées posées par l'urgentiste selon le protocole de l'établissement, ...)
- consultation immédiate avec un pédiatre pour tout enfant présentant une pathologie médicale.
- consultation de psychiatrie quotidienne chaque matin, week-end et jour fériés compris.
- présence d'une équipe mobile de gériatrie du lundi au vendredi ce qui permet d'éviter certaines hospitalisations peu justifiées grâce à une évaluation spécifique directement aux urgences, leur apport étant extrêmement bénéfique notamment dans les problématiques d'urgences sociales gérontologiques, de plus en plus nombreuses et parfois difficiles à gérer seul par le médecin généraliste.

En revanche, nous sommes confrontés à des difficultés d'orientation en ce qui concernent les spécialités médicales. Certains patients se présentent aux urgences pour des pathologies chroniques qui relèveraient uniquement d'une consultation de spécialité. Mais le patient ou son médecin généraliste se heurtent à des délais d'attente déraisonnables de plusieurs mois. Ainsi l'alternative d'une consultation aux urgences pour espérer bénéficier d'un avis spécialisé rapide est bien souvent la seule solution dont ils disposent. Cependant le service des urgences a les mêmes difficultés pour trouver une solution et ces situations se soldent la plupart du temps par une hospitalisation (peu justifiée) dans un service de spécialité médicale. Les spécialités les plus concernées sont la pneumologie, la diabétologie et la cardiologie. Enfin certaines spécialités sont « orphelines » de praticiens experts, telle la dermatologie, la rhumatologie et la neurologie

Pourtant l'hôpital de Cambrai affiche une particularité au moins régionale (sinon nationale) d'apporter une expertise rapide en ce qui concerne les urgences neuro-vasculaires via le système de télétransmission TéléAVC en absence de tout neurologue présent ou consultant au sein de l'établissement. Les résultats sont extrêmement satisfaisants avec un

recul de plus de deux années de fonctionnement [30]. Néanmoins, il demeure difficile d'apporter des solutions totalement satisfaisantes pour les autres pathologies neurologiques telles que l'épilepsie, la maladie de Parkinson...

Par ailleurs, les urgences neurochirurgicales sont prises en charge conjointement avec les neurochirurgiens par le système analogue TélUrg en relation avec les services spécialisés des hôpitaux de Valenciennes et du CHRU de Lille, ainsi que cela se pratique pour les autres hôpitaux de la région.

Tout ceci nous amène à un taux d'hospitalisation retrouvé dans notre étude de 42,7%. Il est de 20% dans l'étude de la DRESS [2], de 35% dans le travail de thèse de C.PUYOL [13] mais seulement de 11% chez L.BOUNOIRT [24] mais avec une population très différente de la notre.

Enfin, plus d'un quart des patients de notre étude (88 patients) n'ont bénéficié d'aucun acte pouvant être qualifié de particulier (suture, plâtre, ablation de corps étranger), d'avis spécialisé ou de thérapeutique intraveineuse. Un acte est qualifié de particulier car difficilement réalisables dans les cabinets de ville.

Ces patients auraient donc potentiellement pu être gérés en ville par le médecin généraliste.

5.6. Perspectives d'évolution

Ce travail apporte plusieurs réponses sur les motivations des patients les plus susceptibles d'être considérés comme « consultants inappropriés » aux urgences ainsi que sur les soins dont ils bénéficient. Cela nous a permis de nous poser plusieurs questions afin de tenter d'améliorer leur prise en charge ainsi que le flux des urgences.

L'étude d'A.DENGLEHEM et C.BOUQUILLON nous montre que la présence du médecin d'accueil et d'orientation permet de diminuer de 15% le flux dans le circuit habituel des urgences en opérant une réorientation vers le médecin traitant lorsque cela était possible [26]. Dans notre étude, 35% de la population déclare consulter aux urgences car le cabinet du

médecin traitant est fermé, qu'il ne consulte que sur rendez-vous ou qu'il est absent. La démographie médicale du secteur Hainaut-Cambrésis étant plus basse qu'au niveau régional ou même national, il est compréhensible que certains patients puissent avoir des difficultés à trouver un créneau de rendez-vous rapide et ceux d'autant plus que la consommation de l'offre de soins de médecine générale est la plus élevée de la région [7].

Permettre à ces patients d'accéder facilement à une consultation de médecine générale au sein d'un lieu qui leur inspire confiance permettrait d'améliorer leur délai de prise en charge, leur satisfaction et par la même occasion de diminuer probablement une partie du flux des urgences.

Il existe des exemples dans la littérature d'organisation intégrant une consultation de médecine générale couplée aux urgences aussi bien en France qu'à l'étranger. L'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran de Marseille possède une telle organisation. Celle-ci prend en charge environ 50% du flux de patients tout en bénéficiant si besoin du plateau technique des urgences. Environ 12% des patients sont redirigés vers les urgences, le flux journalier est ainsi soulagé de près de 45% [31]. Cela rejoint le rapport du Dr GRALL traitant des différentes propositions d'adaptation de la permanence de soins où il est fait mention que « l'accès à une consultation de médecine générale sera organisé sur des points fixes, de type maison médicale de garde. Ceux-ci seront situés préférentiellement au sein ou à proximité des services des urgences » [32]. Ce mode d'organisation est également retrouvé dans le rapport sur les bonnes pratiques organisationnelles réalisé par la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH) en 2006 [33].

A l'étranger, aux Pays-Bas, ce système de coopération existe déjà avec l'implantation de coopératives médicales sur le site des urgences. Cette alliance entre consultation de médecine libérale et service d'urgences permet une diminution de 53% du nombre de patients vus aux urgences [34].

Bien qu'il existe de multiples exemples au sein de l'Europe (Pays Bas, Espagne) du bénéfice de l'intégration des médecins généralistes au sein des services d'urgences aussi bien en termes d'amélioration de prise en charge que de gain de temps, aucune étude n'a été réalisée jusqu'à présent en France.

Une autre piste de réflexion pourrait se porter sur les patients consultant en raison de la facilité d'organisation lors des heures d'ouverture de la PDSA.

Ces patients pourraient potentiellement être intéressés par une solution alternative

aux urgences telle que les maisons médicales de garde.

Malheureusement ce système n'est pas encore présent sur le secteur du Cambrésis, et comme les autres moyens d'assurer la permanence de soins, n'est que très peu connue du public.

L'ouverture prochaine d'une telle maison médicale de garde est prévue près du Centre Hospitalier de Cambrai. Aux vues de la méconnaissance des structures de la PDSA par les patients, il serait intéressant d'organiser des campagnes d'information pour la population par des messages via les médias locaux, les répondeurs des médecins traitants ou encore des campagnes d'affichage dans les lieux publics (mairies, crèches, écoles, ...) ou les salles d'attentes des cabinets médicaux du secteur, notamment celles des médecins qui participeront au bon fonctionnement de cette structure, afin d'expliquer l'organisation de cette maison médicale de garde ainsi que son futur emplacement.

CONCLUSION

CONCLUSION

Il existe de nombreuses idées préconçues de la part des soignants sur les motivations des patients à se rendre dans un service d'urgence, comme la facilité financière, les patients bénéficiant de la CMU ou la facilité sociale. Notre étude montre que certains patients consultent au niveau du service des Urgences de l'Hôpital de Cambrai dans l'objectif premier d'être rassuré et de pouvoir être rapidement examiné par un professionnel de santé en un minimum de temps. Ils profitent ainsi d'une prise en charge globale incluant des examens complémentaires et des actes thérapeutiques réalisés sur le même site, sans contrainte de déplacement ou de délais calendaires pour leur réalisation.

Un changement de mentalité des patients semble donc se confirmer avec une population plutôt jeune possédant une bonne couverture santé et ayant une bonne connaissance du système hospitalier auquel elle fait confiance. Du fait de la présence du plateau technique et de l'offre de soin, les patients préfèrent consulter directement aux urgences plutôt que d'aller voir leur médecin traitant même pour des pathologies qu'ils jugent pourtant eux même non urgentes.

Nous remarquons également des changements de comportements médicaux. Pour le médecin urgentiste, la rencontre avec un patient qu'il ne connaît pas et qu'il ne devrait pas revoir, couplé aux difficultés de reconvocation à distance raisonnable (quelques jours) pour une réévaluation, comme cela se conçoit avec le médecin traitant, influence son exercice professionnel. Il tente donc de réaliser une prise en charge la plus complète possible et d'apporter une réponse thérapeutique la plus adéquate en une seule consultation. Cela aboutit souvent à une surprescription d'examens complémentaires et un allongement du temps de passage aux urgences pour le patient. La charge de travail augmente ainsi au niveau du service des urgences et s'ajoute à l'accroissement progressif du flux de patients. Cette situation accroît encore les délais d'attente dans les services des Urgences.

Devant une telle augmentation d'activité, la présence d'une maison médicale de garde est l'une des solutions possibles pour améliorer la situation actuelle et diminuer le nombre de consultants « inadéquats » aux urgences. Ce projet existe à Cambrai avec l'ouverture prochaine d'une telle structure à proximité du Service des Urgences du Centre Hospitalier mais une communication large sera nécessaire afin d'en informer la population.

Notre observation pourrait également à terme permettre la réalisation d'une fiche ou d'une plaquette explicative à destination des patients leur rappelant la différence entre le premier recours qu'est le médecin généraliste et le premier secours que constitue le service des urgences.

Néanmoins, l'espoir raisonnable pour améliorer la situation des services des Urgences reposerait sur la restitution de la place du médecin généraliste dans l'éducation en amont du patient et de sa famille vis-à-vis de l'offre de consommation de soins et de leur responsabilité sur leurs bons recours.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle CCMU ou Classification clinique des malades des urgences :

Il existe 7 classes CCMU codifiant l'état du patient à son arrivée aux urgences

- **CCMU P**: Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1**: État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.
- **CCMU 2**: État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3**: État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4**: Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5**: Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D**: Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou dans le service des urgences.
Pas de réanimation entreprise.

Annexe 4 : Echelle GEMSA ou Groupe d'Étude Multicentrique des Services d'Accueil

- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation
- GEMSA 2 : Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale, ...)
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distances de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, ...)
- GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences
- GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation
- GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure)

Annexe 3 : Feuille de recueil

- 1) Quel est votre motif de consultation ?
.....
.....

- 2) Quand ont commencé vos symptômes ?
 - a. Moins de 4heures
 - b. Moins de 12heures
 - c. Moins de 48heures
 - d. Moins d'une semaine
 - e. Plus d'une semaine

- 3) Êtes-vous adressé par votre médecin traitant ? OUI – NON

- 4) Avez-vous essayé de joindre votre médecin traitant ?
 - a. NON
 - b. Si OUI, Qui vous a répondu ?
 - i. Le médecin lui-même
 - ii. Un répondeur
 - iii. Une secrétaire : Personnelle du médecin
Commune à un cabinet de groupe
Plateforme de secrétariat à l'extérieur du cabinet
 - c. Quelle réponse vous a incité à consulter aux urgences ?
 - i. Demande du médecin traitant (pathologie ne relevant pas d'un cabinet de ville)
 - ii. RDV fixé trop loin dans le temps
 - iii. Réponse du médecin jugée non satisfaisante sur le degré d'urgences ou de gravité

- 5) Avez-vous déjà consulté votre médecin traitant pour cette pathologie ?
 - a. NON
 - b. Si OUI,
 - i. Vous a-t-il prescrit un traitement ? OUI – NON
 - ii. Des examens complémentaires ? OUI- NON
=> Les avez vous réalisés ? OUI - NON

- 6) Pourquoi n'avez-vous pas consulté auprès votre médecin traitant ?
 - a. Cabinet fermé
 - b. Le médecin ne prend pas d'urgences et consulte uniquement sur RDV
 - c. Le médecin était absent (remplaçant ou médecin associé présent ce jour)
 - d. Le problème me paraissait trop grave pour être géré par mon médecin
 - e. Absence de médecin traitant
 - f. Absence de couverture sociale
 - g. Habitude de venir aux urgences
 - h. Symptômes spécifiques (gynéco, pédiatrie, ophtalmo, ...)
 - i. Pathologie chronique suivie par un praticien de l'hôpital
 - j. N'a pas eu le choix, amené directement par SP/AP/SMUR

- 7) Savez vous qu'il existe un médecin de garde jusque minuit ? OUI – NON

- 8) Connaissez-vous le numéro de téléphone pour le joindre ? OUI – NON
- 9) Auriez-vous été prêt à vous rendre à son cabinet ?
 - a. OUI
 - b. NON : Le cabinet est trop éloigné
Je ne connais pas ce médecin
C'est plus simple de venir aux urgences
- 10) Quelles sont les motivations de votre venue aux urgences ?
 - a. Obtenir un avis médical rapide
 - b. Pouvoir obtenir un avis spécialiste rapidement
 - c. Pouvoir accéder sans délai au plateau technique (radiologique ou biologique)
 - d. Application d'une prescription du médecin traitant
 - e. Etre soulager rapidement
 - f. Conseil d'un proche
 - g. Absence d'avance de frais, facilité financière

Partie médicale :

- 1) Le patient a-t-il bénéficié d'actes médicaux au cours de son passage aux urgences ?
 - a. NON
 - b. OUI, lesquels ?
 - i. Examen radiologique (Rx, TDM, IRM, écho)
 - ii. Examen biologique :
- 2) Un avis spécialisé a-t-il été nécessaire ? Si oui lequel ?.....
- 3) Le patient a-t-il bénéficié de thérapeutiques médicamenteuses ?
 - a. NON
 - b. OUI, selon quel mode d'administration : IV – PO – autre ?
- 4) Des actes particuliers ont-ils été nécessaires (plâtre, suture, ablation CE, sonde, ...)
 - a. NON
 - b. OUI, lesquels ?.....
- 5) Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ?
 - a. NON
 - b. OUI, dans quel service ?
- 6) Quel était le diagnostic de sortie retenu ?.....
- 7) En cas de retour au domicile, une ordonnance de sortie a-t-elle été rédigée ?
 - a. NON
 - b. OUI, que comportait-elle ?
.....
.....
.....
.....
.....
- 8) Rétrospectivement, la consultation de ce patient aux urgences aurait-elle pu être gérée par le médecin traitant en cabinet de ville ? OUI - NON

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Dominique BAUBEAU, Valérie CARRASCO, *DREES, janvier 2003*
- 2) Les urgences médicales : constats et évolution récente. *Rapport de la Cour des Comptes, 2006*. 312-317
- 3) Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale, Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU, *DREES, janvier 2003*
- 4) Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, Muriel BARLET, Clémentine COLLIN, Drees, Mélanie BIGARD, David LEVY, *INSEE, octobre 2012*
- 5) Nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires, comment se faire soigner après la fermeture du cabinet de son médecin traitant ? Ce que propose l'ARS du Nord – Pas de Calais, *Communiqué de presse du 6 septembre 2012*
- 6) Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Valérie CARRASCO, Dominique BAUDEAU. (janvier 2003). *Drees. n° 212. 8 p*
- 7) Schéma Régional d'Organisation des Soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 – 2016 *ARS*
- 8) Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgences. *Société française de médecine d'urgence*
- 9) La douleur, premier motif de recours aux urgences pour des soins jugés non urgents, A. DURAND ; laboratoire de santé publique de la faculté de médecine de Marseille
- 10) Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. S. GENTILE, AC. DURAND, I. BONGIOVANNI, S. ROFRITSCH et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA, Laboratoire de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Marseille, Collège PACA de Médecine d'Urgence (COPACAMU)
- 11) Non-urgent encounters in a Swiss medical emergency unit. P.BARDELLI, V.KAPLAN. *Swiss Med Wkly, 2013;143:w13760*
- 12) Analyse du comportement des patients aux urgences de la Ciotat pour un motif relevant de la médecine générale. Thèse d'exercice de médecine générale. A.MATONNIER, *Marseille 2008*.
- 13) Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'Hôpital de Perpignan aux heures de permanence des soins, leurs

- caractéristiques et leur parcours de soins. Thèse d'exercice de médecine générale. C.PUYOL, *Montpellier*. 2007
- 14) La réorientation des patients à l'accueil du service d'urgence du centre hospitalier d'Angoulême. Thèse d'exercice de médecine générale. S. DELAUNOY, *Poitiers*. 2006.
 - 15) Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soin. J.LADNER, L.BAILLY, I.PITROU, MP.TAVOLACCI. *Pratiques et organisation des soins 2008, volume 39, n°1, p33-42*.
 - 16) Caractéristique démographique et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgences au Havre. Thèse d'exercice de médecine générale. E. FAGOT-GRIFFIN, *Rouen*, 2012
 - 17) Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale. L.MEUNIER, *Paris VII*, 2009.
 - 18) La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint-Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny-Villers. Thèse d'exercice de Médecine générale. J.CARON, *Créteil*, 2009.
 - 19) Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients pour une consultation pendant la permanence de soins. Thèse d'exercice de médecine générale. F.BAQUET, *Paris*, 2010.
 - 20) Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. A.BIANCO, C.PILEGGI, IF.ANGELILLO, *Public health*, 2003, *Jul:117(4):250-5*
 - 21) Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation de la filière spécifique de prise en charge. Thèse d'exercice de médecine générale. A.CHAUDET. *Poitiers*, 2013
 - 22) Fond de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. *Rapport d'activité 2012*.
 - 23) Patients auto-référés dans quatre services d'Urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? Thèse d'exercice de médecine générale. J.HASCOET. *Rouen 2013*
 - 24) Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. Thèse d'exercice de médecine générale. L.BOUNIORT, *Poitiers 2012*.
 - 25) Etude d'opinion auprès des consultants non urgents du SAU de l'hôpital de la Conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence de soin ? Thèse d'exercice de médecine générale. A.CALVO. *Aix-*

Marseille 2005

- 26) L'intérêt du médecin d'accueil et d'orientation aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Valenciennes. Thèse d'exercice de médecine générale. A.DENGLEHEM et C.BOUQUILLON. *Lille 2011*
- 27) Actualisation 2004 de la conférence de consensus l'entorse de cheville au service d'urgence 5ème conférences de consensus Roanne le 28 avril 1995, A. LEURET, J.P. SOMMEREISEN, J.M. PHILIPPE, C. LE GALL, C. BUSSEUIL, F.CARPENTIER, , S. LE GOFF, P. ATAIN-KOUADIO, O. FOUGERAS, S. STEMPFLE, L. PICAULT, *SFMU, 2004*
- 28) Entorses du genou et de la cheville, Pr. ROCHE-CONGARD - CHU de RENNES, *EPU du 16 Mai 2000*
- 29) Les examens préopératoires systématiques, Service des Recommandations et Référentiels Professionnels, *Décembre 2008, mis à jour en avril 2013*
- 30) Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et télémédecine : étude de la procédure téléAVC au CH Cambrai. Thèse d'exercice de médecine générale. A. CARPENTIER. *Lille 2014*
- 31) Optimisation et gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale de premier recours. Thèse d'exercice de médecine générale. S.SARRAT. *Marseille 2010*
- 32) Mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins. JY.GRALL. *Aout 2007*
- 33) Réduire le temps d'attente aux urgences : Les bonnes pratiques organisationnelles. Mission Nationale d'expertise et d'Audit Hospitalier (MeaH). *Mars 2006*
- 34) The impact of primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The Maastricht integrated out of hours service. CJ. VAN UDEN, RA.WINKENS, G.WESSELING, HF. FIOLET, OC. VAN SCHAYCK, HF. CREBOLDER. *J Gen Intern Med. 2005 Jul ; 20(7) :612-7*

AUTEUR : Nom : LERAT

Prénom : Marie

Date de Soutenance : 10 février 2015 à 14h00

Titre de la Thèse : MOTIVATIONS, MOTIFS DE CONSULTATIONS ET PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS CONSULTANTS AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine générale, urgences

Mots-clés : Motivations, motif de consultation, parcours de soins, urgences

Résumé :

Le nombre de consultation au sein des services d'urgences ne cesse d'augmenter d'années en années. L'objectif de l'étude était de recueillir le motif de consultation des patients et leurs motivations de venues aux urgences. Elle questionnait également sur le niveau de connaissance de l'offre de soins ambulatoire dans le Cambrésis.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée du 03 au 07 novembre 2014 de 08h00 à minuit dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Cambrai. Tout patient consultant au cours de cette période s'est vu remettre un questionnaire afin de recueillir les données démographiques ainsi que ses motifs et motivation de consultations aux urgences. Les données médicales concernant les soins au cours du passage aux urgences ont été recueillies a posteriori. Aucun patient n'a été exclu.

Résultats : 73.8% des patients ne sont pas adressés par leur médecin traitant. Les principaux motifs de consultation aux urgences sont les troubles digestifs, la douleur et la traumatologie avec dans plus d'un tiers des cas un délai de consultation après apparition des symptômes inférieurs à 4 heures. Les premières motivations de consultations aux urgences sont la demande d'un avis médical rapide ainsi que le besoin d'être soulagé rapidement. 64% de la population ne connaît pas l'existence de la permanence de soins ambulatoire et 78% ne sait pas comment joindre le médecin de garde alors que près de la moitié des patients seraient prêts à le consulter. 64% de la population serait favorable à la création d'une maison médicale de garde dans le secteur du Cambrésis.

Conclusion : La création d'une maison médicale de garde serait une des solutions possibles afin de réduire le nombre de consultants inadéquats aux urgences mais une communication large sera nécessaire afin d'en informer la population.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric WIEL

Asseseurs : Professeur Philippe ASSEMAN, Professeur Christophe BERKHOUT, Docteur Maurice-Henri LEROY