

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Caractéristiques des patients consultant aux urgences du Centre
Hospitalier de Dunkerque et réorientés vers d'autres filières de
soins**

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2019 à 14h

Au Pôle Formation

Par Pauline GANTOIS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Éric GRAVE

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHD : Centre Hospitalier de Dunkerque

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SU : Structures d'Urgence

RESUME

Introduction : Le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation depuis une vingtaine d'années. Afin de pallier à leur engorgement, la réorientation des patients ne relevant pas de leur plateau technique s'envisage. L'objectif de cette étude était d'analyser les caractéristiques des patients réorientés dès l'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique au Centre Hospitalier de Dunkerque du 21 juillet 2016 au 20 juillet 2018. Tous les patients non admis aux urgences et pour lesquels une réorientation était précisée ont été inclus.

Résultats : 3804 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une population jeune, 72% étaient âgés de moins de 40 ans. La réorientation a principalement été pratiquée en semaine, entre 12h et 18h. Plus de deux tiers des patients n'avaient pas consulté de médecin avant de recourir aux urgences. Les principaux motifs de réorientation étaient d'ordre traumatologique, dermatologique et ORL - stomatologique.

Discussion : Cette étude a mis en évidence un réel besoin de soins immédiats exprimé par les jeunes générations. La réorientation est adaptée à la demande des patients. Il est aujourd'hui primordial de mettre en place des mesures ayant pour but de prévenir les passages inappropriés aux urgences tout en favorisant le parcours de soins du patient.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
GENERALITES.....	3
II. ETAT DES LIEUX	3
III. LES STRUCTURES D'URGENCE (SU).....	5
A. Textes de Loi.....	5
B. Données générales.....	6
IV. LES FILIERES DE SOINS PRIMAIRES.....	6
A. La permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	6
1. Définition	6
2. Organisation.....	6
3. Etat des lieux	7
B. Maison médicale de garde (MMG).....	8
C. SOS médecins	9
V. LE DUNKERQUOIS.....	10
A. Le Centre Hospitalier de Dunkerque.....	10
1. Situation géographique	10
2. Données générales	11
B. La PDSA.....	11
MATERIEL ET METHODES	12
I. TYPE D'ETUDE.....	12
II. PERIODE ET POPULATION.....	12
III. RECUEIL DES DONNEES.....	12
IV. OBJECTIFS	14
V. LOGICIELS.....	14
RESULTATS.....	15
I. ANALYSE DESCRIPTIVE	15
A. Caractéristiques démographiques	16
1. Sexe.....	16
2. Age	16
B. Caractéristiques de la consultation.....	17
1. Date et période	17
2. Heure	17

3.	Motif de consultation	18
C.	Consultation d'un médecin au préalable pour le même motif de consultation	19
D.	Réorientation	19
II.	ANALYSE COMPARATIVE	20
A.	Période.....	20
1.	Selon l'âge	20
B.	Heure	20
1.	selon l'âge.....	20
2.	Selon la période	21
C.	Motif de consultation	22
1.	Selon l'âge	22
2.	Selon la période	24
3.	Selon l'heure	25
D.	Consultation d'un médecin au préalable	26
1.	Selon l'âge	26
2.	Selon la période	26
3.	Selon l'heure	27
4.	Selon le motif de consultation	27
E.	Orientation	28
1.	Selon l'âge	28
2.	Selon la période	30
3.	Selon l'heure	31
4.	Selon le motif de consultation	32
III.	ANALYSE COMPARATIVE GROUPEE.....	34
A.	Comparaison des orientations vers le médecin traitant et vers la MMG et/ou SOS le jour et la nuit.....	34
B.	Comparaison des orientations vers le médecin traitant et SOS médecins en journée la semaine	34
C.	Comparaison des orientations vers le médecin traitant et la MMG et/ou SOS médecins en semaine, les week-ends et jours fériés et pendant les vacances scolaires.....	35
D.	Comparaison des orientations vers le médecin traitant et la MMG et/ou SOS médecins les week-ends et jours fériés et pendant les vacances scolaires.....	35
E.	Comparaison de l'orientation vers le médecin traitant par motif le jour, la nuit et en semaine	36
F.	Comparaison de l'orientation vers la MMG et/ou SOS médecins par motif le jour, la nuit, en semaine, les week-ends et jours fériés et vacances scolaires.....	36
	DISCUSSION	37

I. LIMITES ET FORCE DE L'ETUDE.....	37
II. RESULTATS PRINCIPAUX	37
A. Caractéristiques démographiques	37
B. Caractéristiques de la consultation.....	38
1. Des besoins de soins immédiats.....	38
2. Des patients jeunes	39
3. Des horaires de consultation liés au rythme de vie.....	40
4. Des patients consultant pour un avis spécialisé	40
5. Une réorientation adaptée.....	41
III. PERSPECTIVES.....	41
A. Réguler les passages aux urgences.....	41
B. Informer et éduquer les patients	42
C. Renforcer les moyens en amont.....	43
D. Affirmer la réorientation.....	43
E. Créer des filières spécialisées.....	44
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
ANNEXES.....	52
TABLE DES FIGURES	53
TABLE DES TABLEAUX	54

INTRODUCTION

« Urgences en souffrance, manque de moyens, personnel débordé et épuisé... » : voilà ce que relaye l'actualité des derniers mois en matière de santé. Un mouvement de grève dans les services d'urgence français ne cesse de s'étendre depuis le mois de mars 2019, portant leur nombre à 250 au début du mois de septembre dernier (1). Les revendications principales, nées face à une dégradation des conditions de travail depuis plusieurs années, portent entre autres sur un renforcement du personnel et sur l'ouverture de lits supplémentaires. Des tentatives d'amélioration ont pourtant déjà été entreprises lors de précédentes « crises » comme le Plan urgences de 2004-2008, mis en place suite au mouvement de grève des médecins libéraux de 2001-2002 et à la canicule de l'été 2003 (2). Ce plan avait permis la création de nouveaux postes médicaux, non médicaux et d'assistant de régulation médicale et avait mis l'accent sur l'accès de la population aux soins non programmés (3).

On constate une augmentation de la fréquentation des services d'urgence en France et ce depuis une vingtaine d'années. Le nombre de passages dans les services des urgences générales et pédiatriques s'élevait à 10,1 millions en 1996. En 2017, ce chiffre a plus que doublé passant à 20,7 millions avec une hausse de 2,1% par rapport à 2016. Cette progression est en moyenne de 3,5% par an (4).

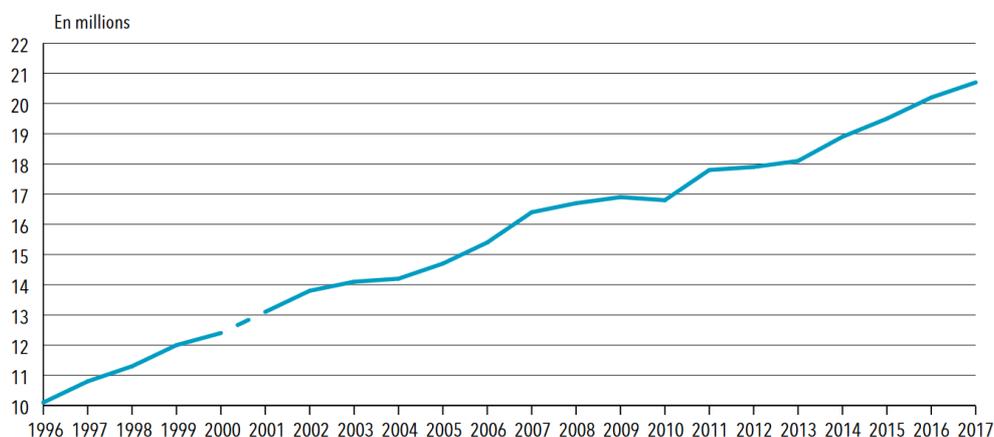


Figure 1 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

D'après le rapport annuel de la Cour des comptes publié en février 2019, cette augmentation porte principalement sur les passages non suivis d'une hospitalisation. Le taux d'hospitalisation est aujourd'hui de 20% (5). Cette donnée était retrouvée dans l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) le 11 juin 2013 (6). On constate également une augmentation du recours aux urgences dans presque tous les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (7).

Pouvons-nous contrôler le flux entrant par une réorientation des patients qui ne relèvent pas du plateau technique et des compétences du personnel des urgences vers d'autres lieux ou modes de prise en charge ? Une étude réalisée aux USA sur cinq ans montrait qu'une réorientation des patients non-urgents à l'accueil des urgences n'entraînait aucun effet indésirable notable a posteriori (8). Une étude réalisée à Marseille en 2008 montrait que parmi les patients considérés comme non-urgents aux urgences, plus de deux tiers accepteraient d'être réorientés (9). Peu d'études concernent les patients réorientés dès l'accueil des urgences.

Les urgences du centre hospitalier de Dunkerque (CHD) pratiquent la réorientation dès l'accueil depuis plusieurs années. Il nous a alors semblé intéressant d'analyser et de partager l'étude des patients réorientés à l'accueil des urgences du CHD.

GENERALITES

I. ETAT DES LIEUX

Il s'avère que ce dysfonctionnement provient pour partie d'un déséquilibre entre les possibilités et la demande de soins non programmés.

La prise en charge des soins non programmés voit ses possibilités entravées par plusieurs facteurs (10) :

- La répartition territoriale inégale des médecins généralistes
- Le changement de pratique des jeunes médecins généralistes
- Une diminution des visites à domicile

La hausse de la demande de soins non programmés a aussi ses propres explications (11) :

- Le vieillissement de la population
- L'augmentation des maladies chroniques
- Une population mieux informée
- Une meilleure action du patient dans ses soins

On relève par ailleurs une mauvaise appréhension du degré d'urgence des symptômes de la part des patients : une étude multicentrique réalisée en Australie en 2011 montrait que plus de 48% des patients ayant eu recours à un service d'urgence s'attendaient à recevoir une catégorie de triage plus élevée que celle attribuée par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) (12). Les motivations de consultation sont détaillées dans la figure 2 (6).

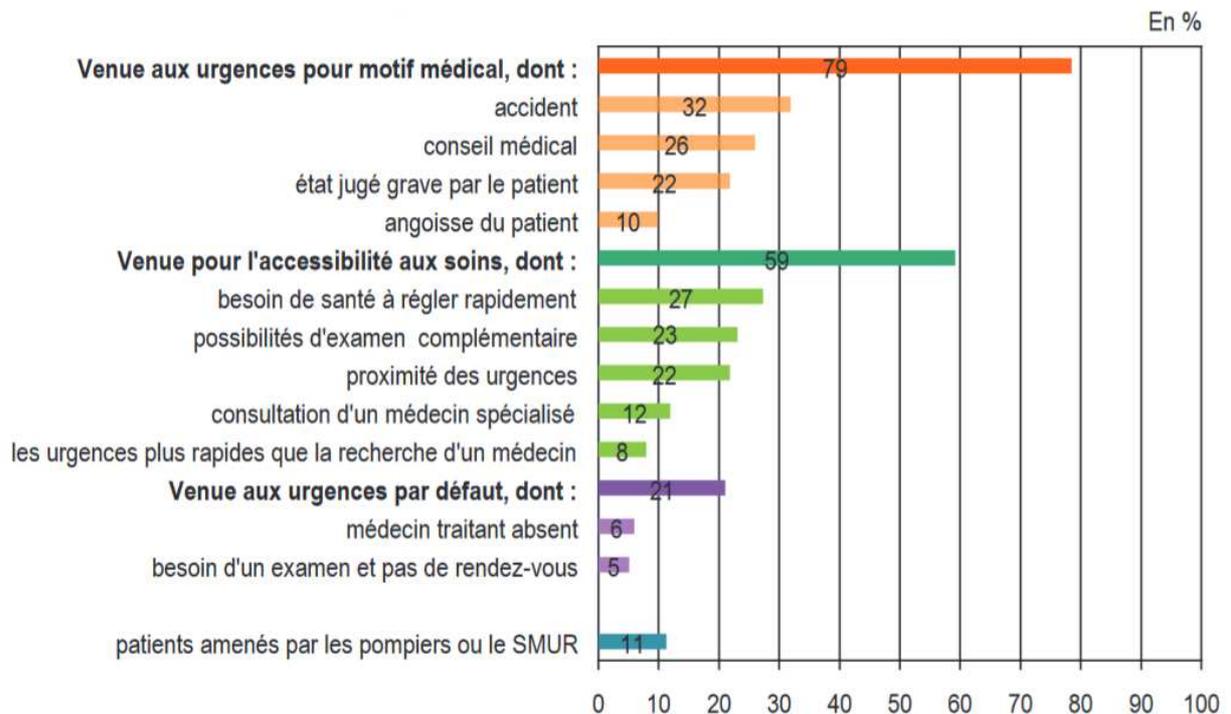


Figure 2 : Motivation des patients à consulter aux urgences

L'augmentation du nombre de patients ne relevant pas du plateau technique des urgences entraîne :

- Des délais d'attente augmentés
- Des erreurs de prescription (13)
- Des diagnostics tardifs (14)
- Une augmentation de la mortalité : une étude multicentrique rétrospective réalisée en Californie en 2007 mettait en évidence une augmentation de la mortalité en hospitalisation de 5% chez les patients admis pendant les périodes d'engorgement des services d'urgence (15)

II. LES STRUCTURES D'URGENCE (SU)

A. TEXTES DE LOI

Le cadre réglementaire de l'exercice de la médecine d'urgence au sein d'un établissement de santé est fixé par deux décrets publiés le 22 mai 2006.

Le décret n°2006-576 précise qu'une SU « est tenue d'accueillir en permanence [...] toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) » (16).

Le décret n°2006-577 fait état des conditions de fonctionnement d'une SU en définissant la composition de l'équipe médicale et les moyens disponibles pour transporter, accueillir et prendre en charge le patient.

Dans le cas où le patient ne nécessite pas une prise en charge par la SU, il est admis qu'il soit orienté « vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou vers une structure médico-sociale, selon des protocoles préalablement définis entre les responsables de ces structures » d'après l'article R. 6123-20 (17).

L'organisation de la prise en charge des urgences fait, elle, l'objet de recommandations établies par la Circulaire du 16 avril 2003 (18). Elle définit la mission des services des urgences qui est de « prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel [...] qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ». Elle introduit et affirme le lien de continuité existant entre la permanence des soins de médecine ambulatoire et les services des urgences.

B. DONNEES GENERALES

D'après le rapport de la DREES sur les établissements de santé publié en juillet 2019, on compte en 2017, 713 structures d'urgences générales et pédiatriques en France métropolitaine et dans les DROM répartis dans 637 établissements de santé.

Un service d'urgence compte en moyenne 30 100 passages par an (4).

III. LES FILIERES DE SOINS PRIMAIRES

A. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

1. DEFINITION

La PDSA est définie par le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 (19). Elle consiste en une mission de service publique permettant à la population l'accès à des soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux c'est-à-dire tous les jours de 20h à 8h, le samedi à partir de midi et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

A noter que les horaires de PDSA ont été élargis le samedi matin pour un début à 9h fin 2018. Cette extension n'est cependant effective que dans certains départements (20).

2. ORGANISATION

Elle est organisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) depuis le 21 juillet 2009 (21). Chaque ARS établit un cahier des charges définissant les modalités de son organisation en tenant compte des besoins de santé de la population sur le territoire régional à savoir :

- Le fonctionnement de la régulation
- L'effectif des gardes
- La rémunération des gardes

Avant 2001, la PDSA est assurée par les médecins libéraux qui effectuent des tours de garde sans réelle organisation ni cadre légal. L'article 77 du code de Déontologie affirme « qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » (22)

Cependant, cette notion d'obligation de PDSA par les professionnels de santé libéraux a été remise en question. Un groupe de travail missionné par le ministre de la Santé élabore alors des propositions concernant la participation aux gardes, la régulation des demandes et la sectorisation, reportées dans le rapport Descours publié en janvier 2003 (23).

Ce rapport introduit :

- Le principe de volontariat des professionnels de santé pour les tours de garde
- La création des CODAMUPS
- Un meilleur filtrage des appels et des demandes
- Une régulation médicale téléphonique préalable à l'accès au médecin de permanence organisée soit par le SAMU soit par des centres libéraux de régulation

Parallèlement, la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences reprend ces notions (18).

3. ETAT DES LIEUX

Plusieurs rapports d'information ont cependant depuis fait état du manque d'efficience dans l'organisation de la PDSA et notamment un dernier rapport publié en décembre 2018 (20).

Concernant la régulation médicale libérale en 2017, 28% des actes en période de permanence des soins n'ont pas été régulés. Cette absence de régulation peut être expliquée par l'existence de multiples numéros d'appel créant la confusion chez les usagers :

- Un numéro d'appel commun avec le SAMU : le 15
- Un numéro national spécifique à la PDSA : le 116-117
- Les numéros locaux de SOS médecins
- Les numéros d'appel départementaux ou régionaux
- Les sapeurs-pompiers : le 18

Il existe par ailleurs une baisse du nombre de médecins volontaires expliquée par :

- La baisse du nombre de médecins généralistes : en 2018, le tableau de l'Ordre compte 87 801 médecins généralistes contre 94 261 en 2010 soit une diminution de 7% (24).
- Une rationalisation des territoires : leur nombre a été divisé par deux entre 2003 et 2013 avec une baisse allant de 8,5% à 10% observée entre 2017 et 2018 suivant l'heure de la PDSA (25)(20).

Le taux de participation des médecins généralistes est variable d'un département à l'autre avec une hausse pour 19% d'entre eux, une stabilité pour 36% et une diminution pour 32% (20).

La PDSA n'assure aujourd'hui plus uniquement de la permanence en tant que telle mais vient pallier le manque de médecins de ville en journée.

B. MAISON MEDICALE DE GARDE (MMG)

Une MMG est définie par la circulaire du 23 mars 2007 comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la

permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée » (26).

Les MMG se sont développées en 2003 après la restructuration de la PDSA initiée par le rapport Descours. Par la suite, un rapport publié en juillet 2006 par le Docteur Jean-Yves Grall affirmait la pertinence de cette organisation lorsqu'elle répond à des critères précis « d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture et de relations avec les structures hospitalières existantes » (27).

Le fonctionnement des MMG est basé sur un cahier des charges établi par convention initialement avec les Missions Régionales de Santé (MRS) remplacées depuis par les ARS. Elles sont financées par ces dernières via les fonds d'intervention régionaux (FIR).

On en comptait 98 dès juin 2003 dont 52 en projet (28). D'après la DGOS, il existe 339 MMG en France en 2018 (29).

C. SOS MEDECINS

Il constitue le premier réseau d'urgence et de permanence des soins en France en prenant en charge 80% des demandes de soins.

Créé en 1966 par le Dr Lascar, ce réseau comprend 61 associations réparties en France et en Outre-mer et rassemble 950 médecins. Ces équipes sont disponibles, 24h sur 24h, 7 jours sur 7 (30).

La régulation de ses propres appels est autorisée par le décret du 7 avril 2005 à la condition d'une interconnexion avec le SAMU. (31) Chaque année, 4 millions d'appels y sont traités. Ces appels peuvent donner lieu à de simples conseils médicaux, des consultations ou bien à des visites à domicile au nombre de 2,5 millions par an (30).

IV. LE DUNKERQUOIS

A. LE CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE

1. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Le CHD est situé dans le territoire de démocratie sanitaire Métropole-Flandres. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est en effet à l'origine d'un nouveau découpage territorial présenté dans la figure 3 (32).

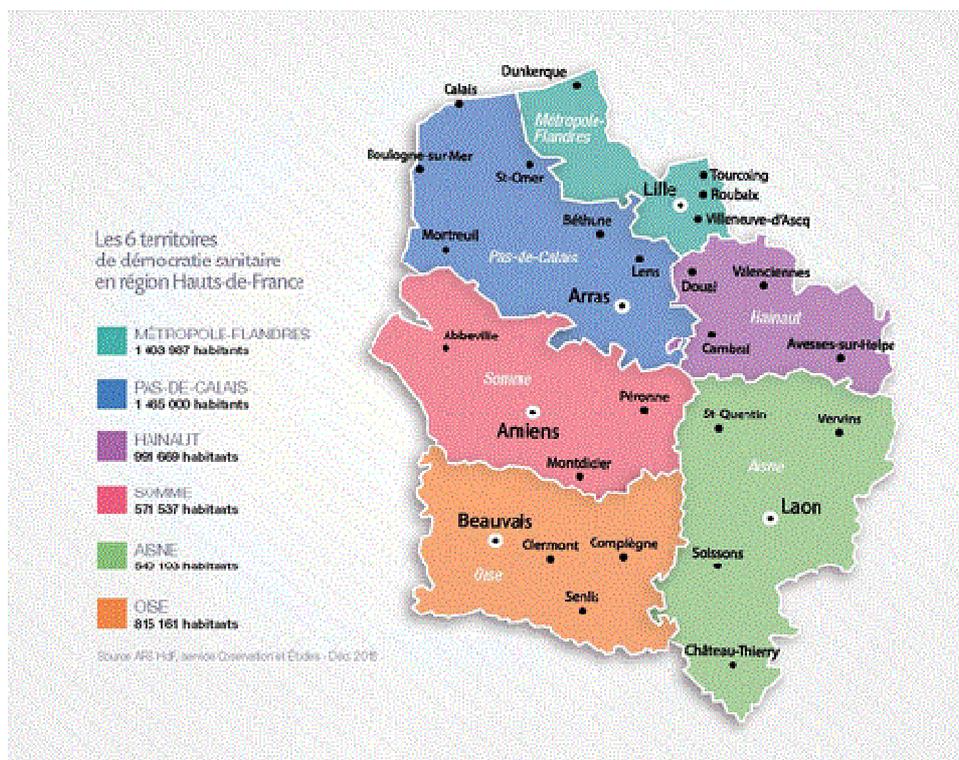


Figure 3 : Les territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France (33)

Le CHD s'inscrit dans une aire urbaine de près de 260 000 habitants répartis dans 55 communes à la fois dans les départements du Nord et du Pas-De-Calais (34)(35). Il partage ce bassin de population avec la Polyclinique de Grande-Synthe qui possède également une SU.

2. DONNEES GENERALES

Le CHD est depuis 2016 l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) du dunkerquois et de l'audomarois. Ce GHT regroupe donc le centre hospitalier de Dunkerque au centre hospitalier d'Aire-Sur-La-Lys, au centre hospitalier de Saint-Omer et à l'hôpital maritime de Zuydcoote. Il fait partie des 14 GHT existant des Hauts-de-France (36). Ce dispositif a été créé afin de garantir aux patients un meilleur accès aux soins en mettant en commun les moyens disponibles de chaque établissement.

Concernant les passages aux urgences, on en a relevé 62 563 au CHD en 2018 soit 171 patients par jour en moyenne, contre 43 496 en 2006. Ceci correspond à une hausse de 43% sur ces douze années soit une moyenne, comme constaté au niveau national, de 3,6% par an. Il fait donc partie des 23 % des structures qui enregistrent plus de 40 000 passages par an.

B. LA PDSA

La MMG de Dunkerque assure la PDSA tous les jours de 20h à minuit, les samedis de 9h à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à 13h et de 16h à minuit.

SOS Médecins Dunkerque comptait 8 médecins en 2018 et traite tous les ans 35 000 appels (37).

En ce qui concerne les médecins généralistes, on constate une baisse des effectifs dans le département du Nord de 10,7% entre 2007 et 2015 (24).

MATERIEL ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique.

II. PERIODE ET POPULATION

Les patients inclus sont tous les patients qui se sont présentés au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CHD pendant la période du 21 juillet 2016 au 20 juillet 2018 inclus et pour lesquels une réorientation a été réalisée dès l'accueil avant même la prise en charge paramédicale.

Ont été exclus les patients pour lesquels les données étaient insuffisantes c'est-à-dire aucune réorientation précisée.

III. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données a été réalisé à partir des registres dans lesquels sont notés tous les patients réorientés à l'accueil des urgences du CHD. Pour garantir l'anonymat des patients, chaque patient s'est vu attribué un nom de code à savoir la lettre "P" suivi d'un chiffre correspondant à l'ordre d'inclusion dans l'étude.

Les caractéristiques suivantes ont donc été relevées :

- Période de la consultation :
 - Jour de semaine : défini du lundi 6h au vendredi 18h
 - Jour de week-end ou jour férié : défini du vendredi 18h au lundi 6h pour un jour de week-end et de la veille 18h au lendemain 6h pour un jour férié

- Jour de vacances scolaires considérées comme débutant le jour J à 18h et se terminant le lendemain du dernier jour à 6h
- Heure regroupée de la façon suivante :
 - 00h – 6h inclus
 - 6h – 12h inclus
 - 12h – 18h inclus
 - 18h – 00h inclus
- Sexe du patient
- Âge du patient :
 - < 18 ans
 - 18 ans inclus – 40 ans
 - 40 ans inclus – 75 ans
 - 75 ans ou plus
- Motif de consultation : ils sont au nombre de 17 dont un item « autre » regroupant les pertes d'appétit, les troubles du sommeil, les altérations de l'état général, les pleurs, les douleurs musculaires, les effets indésirables non graves d'un traitement, la nécessité d'un examen clinique sans symptômes, les hypoglycémies corrigées, les inquiétudes, les problèmes sociaux, les dépôts de main courante ou de plainte.
- Consultation d'un médecin au préalable pour le même motif de consultation
- Réorientation proposée, en sachant qu'un même patient pouvait se voir proposer plusieurs réorientations :
 - Médecin traitant
 - Maison médicale de garde
 - SOS médecins
 - Spécialiste

- Retour à domicile
- Poursuite du traitement initié
- Conseils
- Consultation PASS

La réorientation était effectuée par l'IOA, présente de 7h à 23h tous les jours, avec l'accord systématique préalable du médecin posté aux soins externes.

IV. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de connaître les caractéristiques des patients faisant l'objet d'une réorientation à l'accueil des urgences.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la proportion de patients réorientés, d'évaluer leurs motifs de consultation et leurs lieux de réorientation.

V. LOGICIELS

Les données ont été collectées dans le logiciel Excel (annexe 1).

Il s'agissait d'analyses univariées réalisées grâce au logiciel JMP 9 et au logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC, USA) avec des tests statistiques du Khi-Deux quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 ou le test exact de Fisher lorsqu'il y avait des effectifs théoriques inférieurs à 5. Parfois, des regroupements ont été nécessaires.

Le seuil de significativité était fixé pour un risque alpha à 5%.

RESULTATS

I. ANALYSE DESCRIPTIVE

Sur la période d'inclusion, 3828 patients ont été réorientés dont 24 ont été exclus devant des données insuffisantes concernant la réorientation. 3804 patients ont donc été inclus soit 3% des patients admis aux urgences sur la période de l'étude (120 959 patients au total).

Par ailleurs, pour chaque analyse, un certain nombre de patients a été exclus devant l'absence de données en fonction de la variable étudiée soit :

- 130 patients pour la variable sexe (3%)
- 1705 patients pour la variable âge (44,8%)
- 222 patients pour la variable heure (5,8 %)
- 16 patients pour la variable motif (0,4%)

A. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

1. SEXE

On comptait 1923 femmes et 1751 hommes. Le sex-ratio était de 1,1.

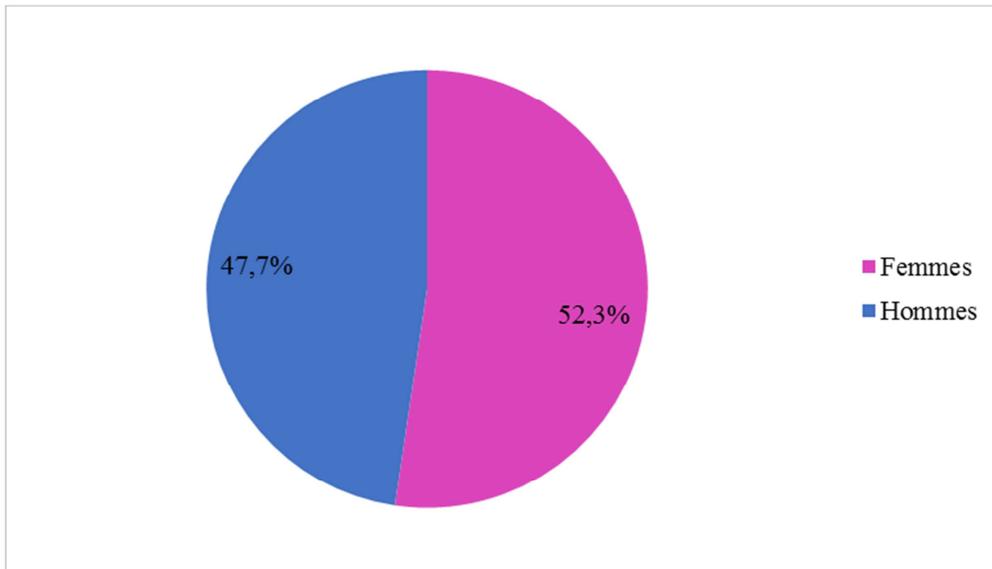


Figure 4 : Répartition des hommes et des femmes dans la population de l'étude

2. AGE

La tranche d'âge majoritaire était celle des 18-40 ans. Elle représentait 43,3% des patients.

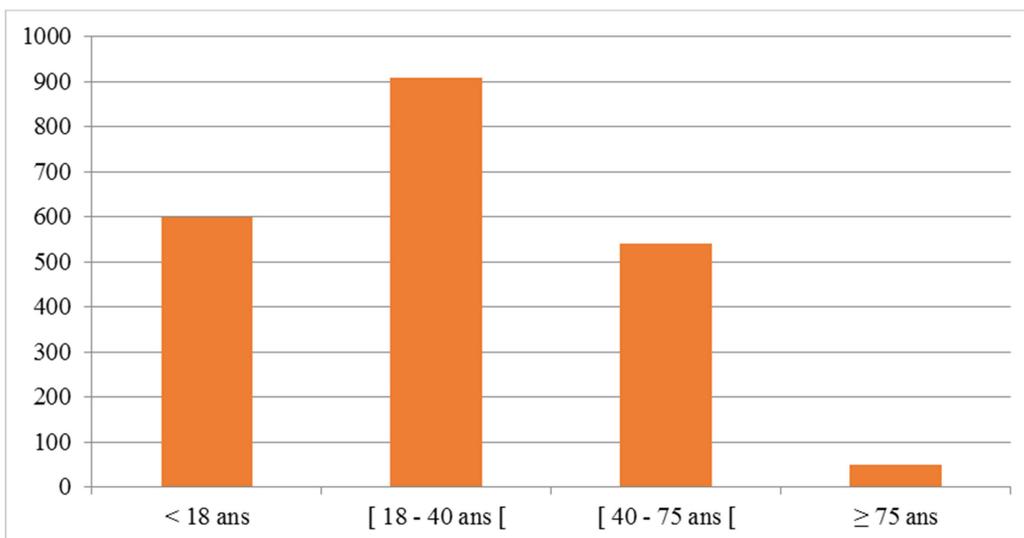


Figure 5 : Nombre de patients réorientés par tranche d'âge

B. CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION

1. DATE ET PERIODE

Le nombre moyen de patients réorientés par jour était de 5,2 patients en semaine contre 5,1 patients en période de week-end et jours fériés et 5,3 patients pendant les vacances scolaires sans différence significative.

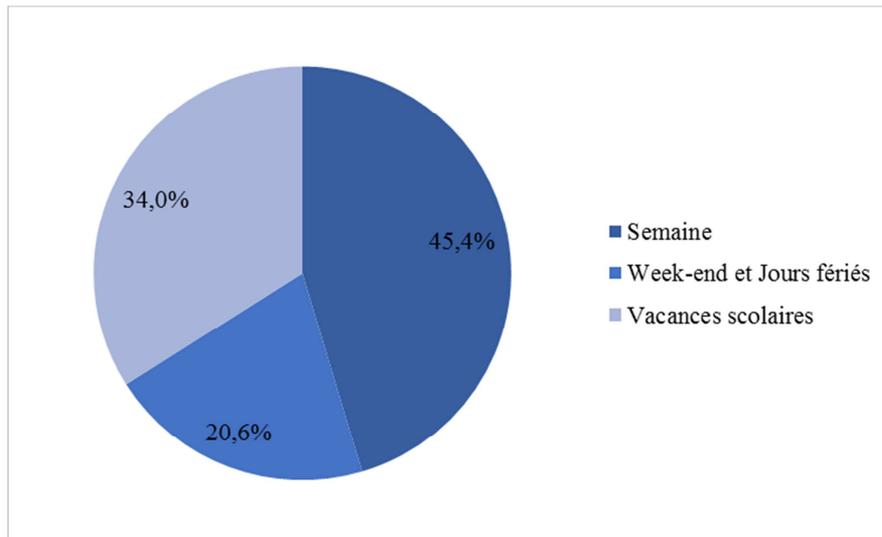


Figure 6 : Répartition des patients par période de consultation

2. HEURE

Les patients étaient le plus souvent réorientés entre 12h et 18h, ils étaient 45%.

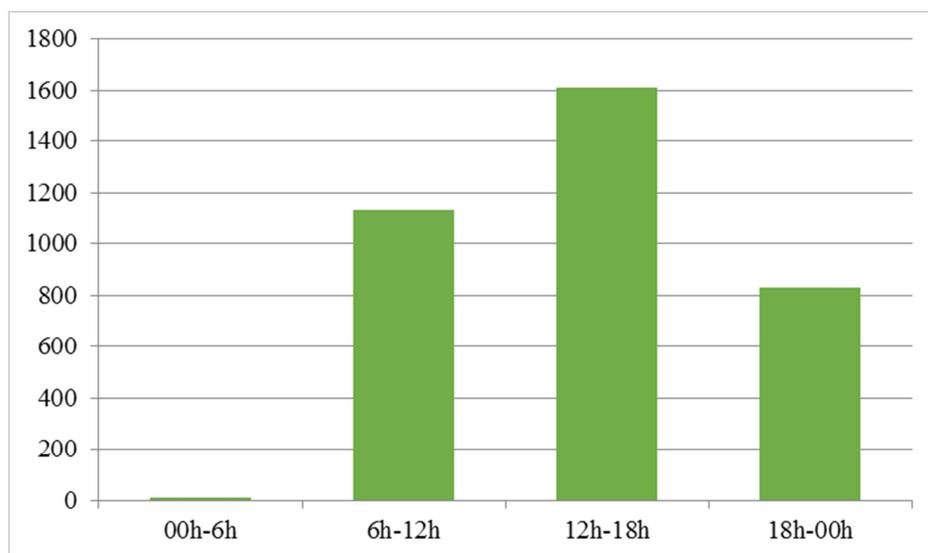


Figure 7 : Nombre de patients réorientés par tranche horaire

3. MOTIF DE CONSULTATION

La majorité des patients réorientés consultait pour un motif traumatologique, ils représentaient 22,3% de la population. Les deuxième et troisième motifs de consultation les plus fréquents étaient les problèmes dermatologiques (13,6%) et les problèmes ORL et stomatologiques (9,3%).

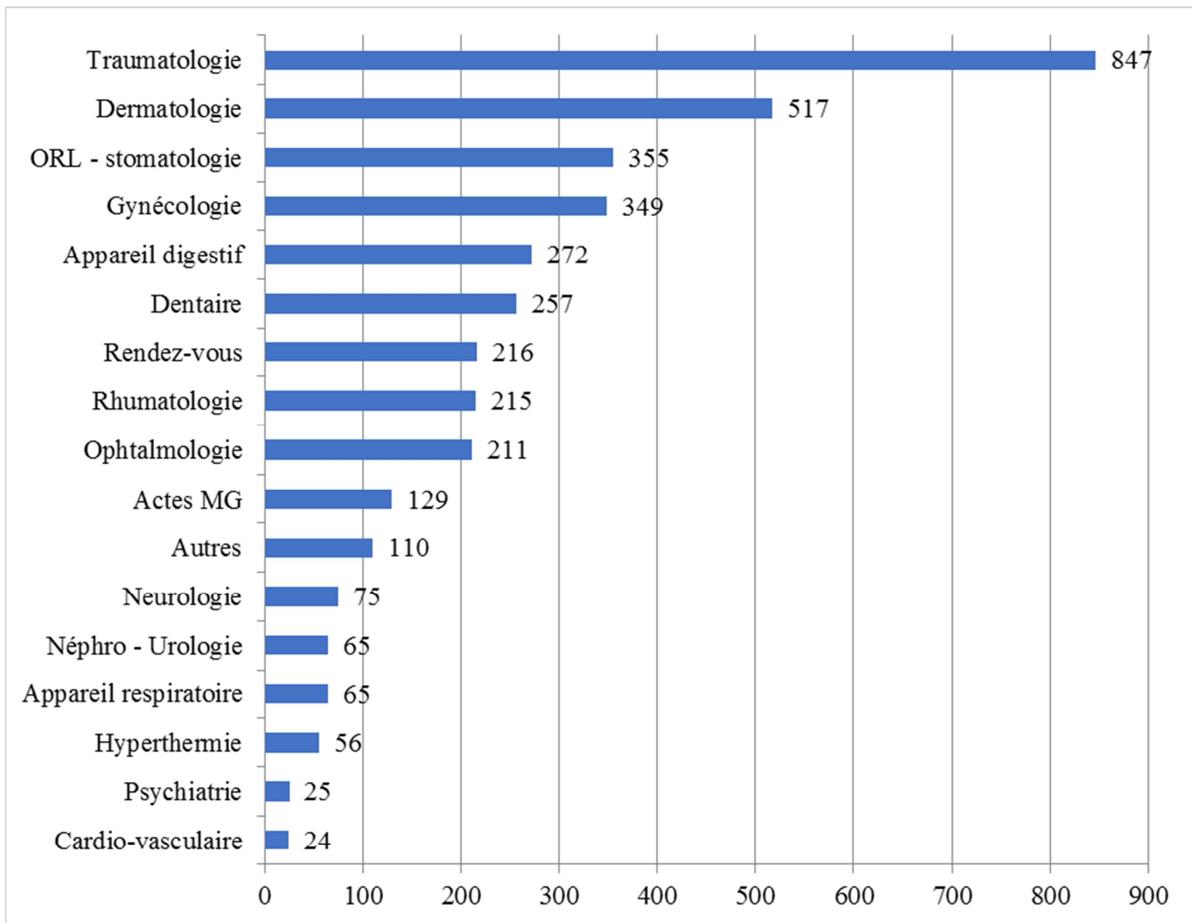


Figure 8 : Nombre de patients réorientés par motif

C. CONSULTATION D'UN MEDECIN AU PREALABLE POUR LE MEME MOTIF DE CONSULTATION

La répartition des patients est reprise dans la figure 9 ci-dessous.

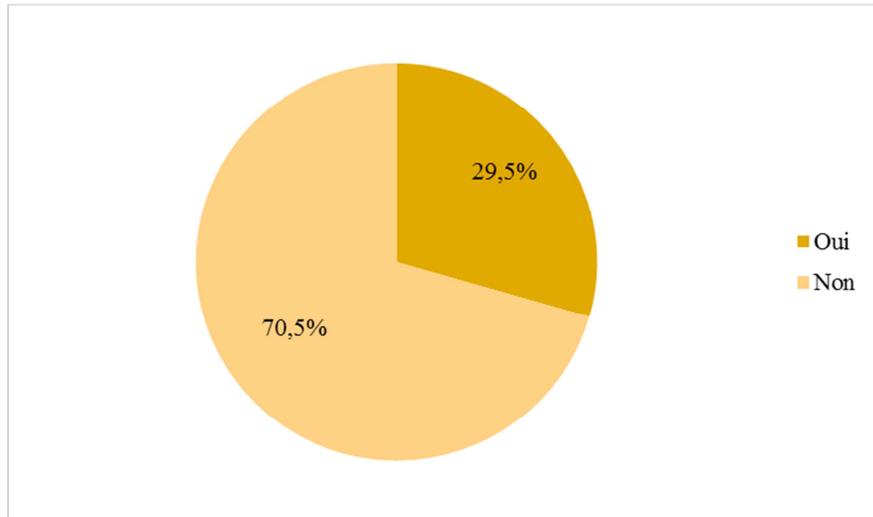


Figure 9 : Répartition des patients ayant consulté un médecin ou non avant de recourir aux urgences

D. REORIENTATION

Les patients ont principalement été réorientés vers la maison médicale de garde à 36,1%. 32% des patients ont été réorientés vers le spécialiste et 31,1% vers le médecin traitant. Seulement 8,2% des patients ont été réorientés vers SOS médecins.

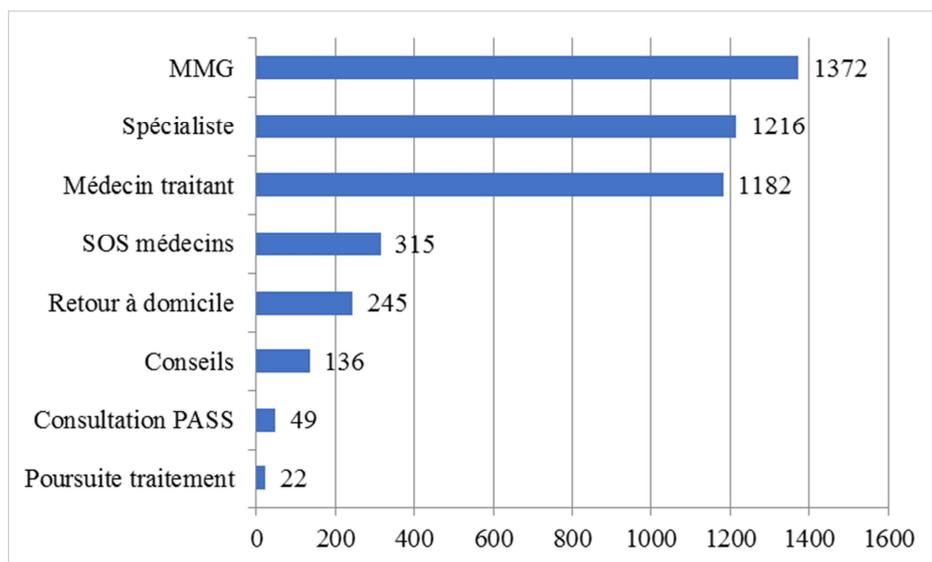


Figure 10 : Nombre de patients par lieu de réorientation

II. ANALYSE COMPARATIVE

A. PERIODE

1. SELON L'AGE

Aucune différence significative n'a été observée entre l'âge du patient et la période pendant laquelle il consultait. ($p=0,077$) Les moins de 18 ans représentaient 29,7% des patients ayant consulté en semaine contre 26,2% les week-ends et jours fériés et 28,5% pendant les vacances scolaires. Les 18-40 ans eux représentaient 42,2% en semaine contre 47,9% les week-ends et jours fériés et 41,9% des vacances scolaires.

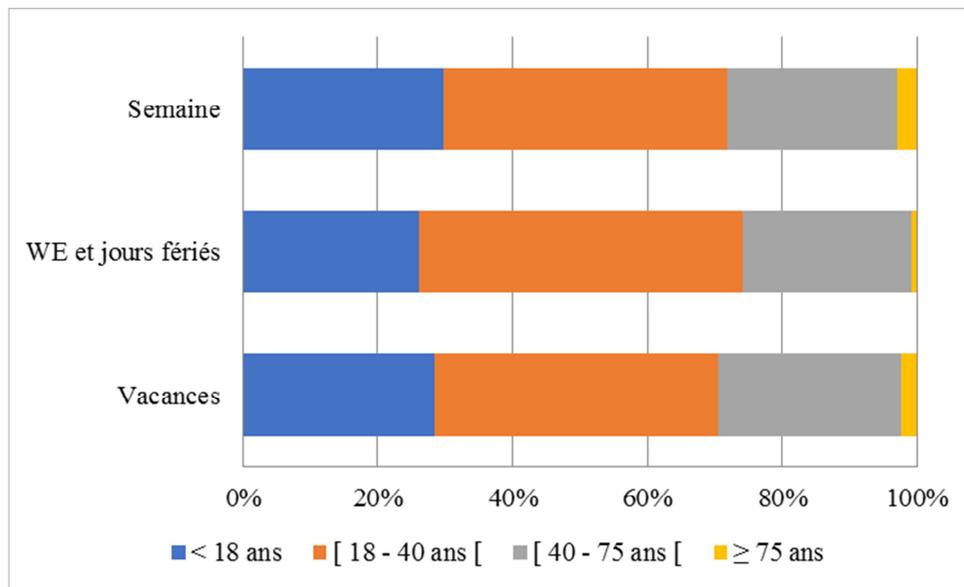


Figure 11 : Répartition des patients par tranche d'âge selon la période de réorientation

B. HEURE

1. SELON L'AGE

Les patients ont surtout été réorientés la journée (6h – 18h) quelle que soit la tranche d'âge. Les patients âgés de 40 ans et plus ont été réorientés à 84,5% en journée contre 73,2% pour les 18-40 ans et 71,2% pour les moins de 18 ans. ($p<0,001$)

Parmi les patients réorientés la nuit, les 18-40 ans étaient présents à 47,5% alors qu'ils étaient 41,1% parmi les patients réorientés en journée. Les patients âgés de 40 ans et plus représentaient 31,5% des patients réorientés en journée et 18,1% de ceux réorientés la nuit.

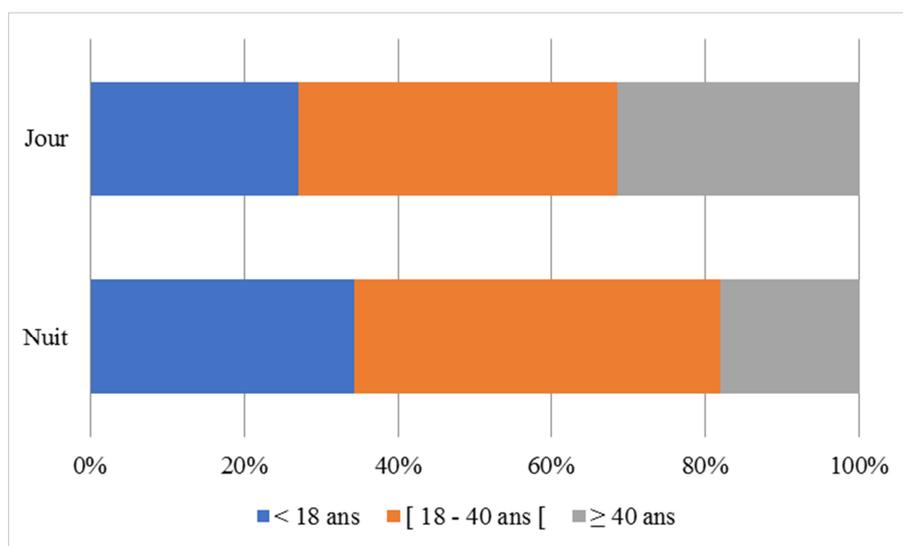


Figure 12 : Répartition des patients par tranche d'âge selon l'heure de réorientation

2. SELON LA PERIODE

Les patients étaient réorientés surtout en journée quelle que soit la période.

Parmi les patients réorientés les week-ends et jours fériés, 71,7% ont été réorientés en journée contre 78% en semaine ($p=0,003$) et 77,7% pendant les vacances scolaires ($p=0,008$).

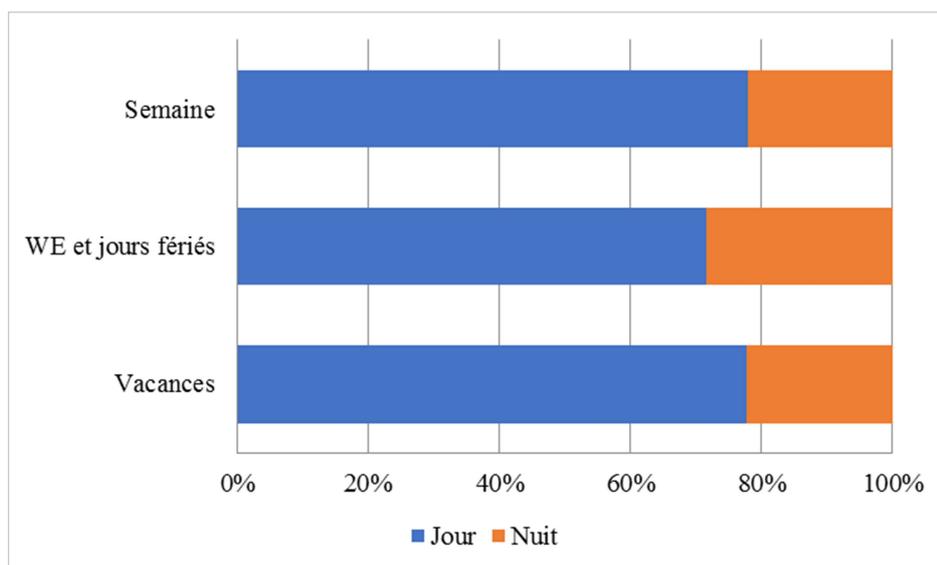


Figure 13 : Répartition des patients par tranche horaire selon la période

C. MOTIF DE CONSULTATION

1. SELON L'AGE

Les motifs de réorientation les plus fréquents chez les moins de 18 ans étaient les problèmes dermatologiques (20,4%) suivis des motifs traumatologiques (18,7%) et des symptômes digestifs (16,2%).

Chez les 18-40 ans, les motifs traumatologiques arrivaient en premier (21,8%) suivis des symptômes gynécologiques (15,4%) et des pathologies dermatologiques (11,1%).

Pour les patients âgés de 40 ans et plus, il s'agissait également des pathologies traumatologiques (26,1%) suivis des problèmes ophtalmologiques (11%) et des problèmes dermatologiques (10,7%).

	< 18 ans	[18 - 40 ans [≥ 40 ans
Traumatologie	18,7%	21,8%	26,1%
Dermatologie	20,4%	11,1%	10,7%
Appareil digestif	16,2%	5,8%	5,1%
Rendez-vous	4,0%	5,0%	7,5%
ORL - Stomatologie	9,5%	9,9%	5,9%
Ophtalmologie	5,3%	3,3%	11,0%
Gynécologie	2,8%	15,4%	3,6%
Dentaire	6,0%	8,6%	3,6%
Rhumatologie	1,2%	5,1%	9,3%
Autres	3,0%	2,8%	2,2%
Actes MG	2,5%	3,1%	4,9%
Neurologie	1,3%	2,3%	2,9%
Néphro - Urologie	0,7%	1,9%	1,9%
Appareil respiratoire	2,8%	1,4%	2,4%
Hyperthermie	5,2%	0,7%	0,7%
Cardio-vasculaire	0,2%	0,8%	1,7%
Psychiatrie	0,2%	1,0%	0,5%
	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 1 : Répartition des motifs de consultation par tranche d'âge

Par ailleurs, l'hyperthermie était plus fréquemment rencontrée chez les moins de 18 ans (75,6%) tout comme les symptômes digestifs (54,2%) et les problèmes dermatologiques (42,8%).

De même pour les symptômes gynécologiques (78,5%), psychiatriques (64,3%) et dentaires (57,8%) chez les 18-40ans et pour les pathologies cardio-vasculaires (55,6%), ophtalmologiques (51,2%) et rhumatologiques (50,9%) chez les patients âgés de 40 ans et plus.

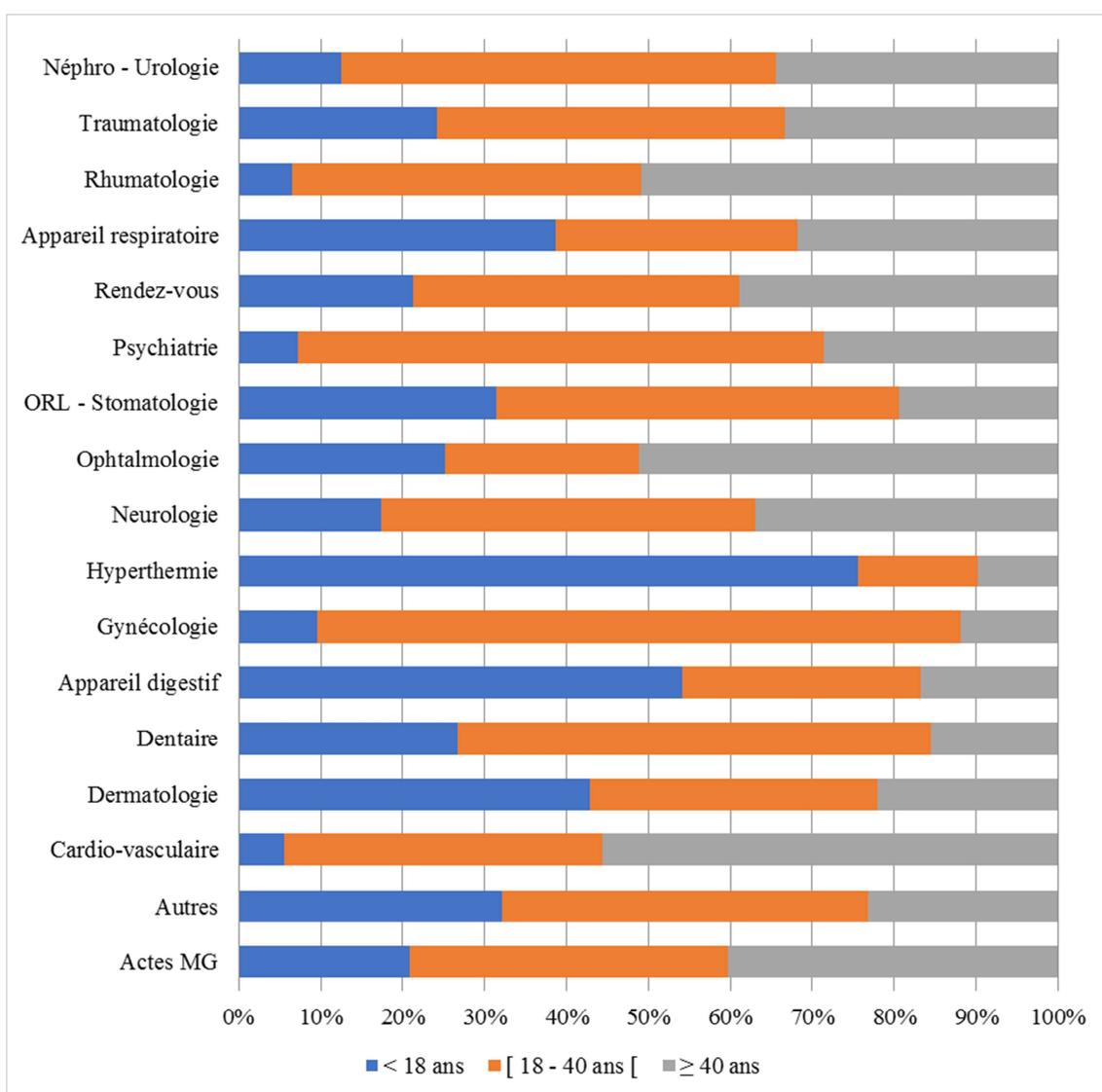


Figure 14 : Répartition des patients par tranche d'âge selon le motif de consultation

2. SELON LA PERIODE

La majorité des patients réorientés pour un motif l'était en semaine hormis pour les pathologies cardio-vasculaires (37,5% en semaine et 37,5% pendant les vacances scolaires) et les symptômes ORL et stomatologiques (39,7% pendant les vacances et 38,9% en semaine).

En semaine, les patients étaient majoritairement réorientés pour des pathologies traumatologiques (24,1%), des problèmes dermatologiques (12,1%) et des symptômes gynécologiques (8,9%).

Les week-ends et jours fériés, les pathologies traumatologiques étaient également le motif de réorientation le plus fréquent (21%) suivies des problèmes dermatologiques (15,1%) et des symptômes ORL et stomatologiques (9,7%).

Pendant les vacances scolaires, les patients étaient réorientés pour des motifs traumatologiques (20,8%), dermatologiques (14,9%) et ORL et stomatologiques (10,9%).

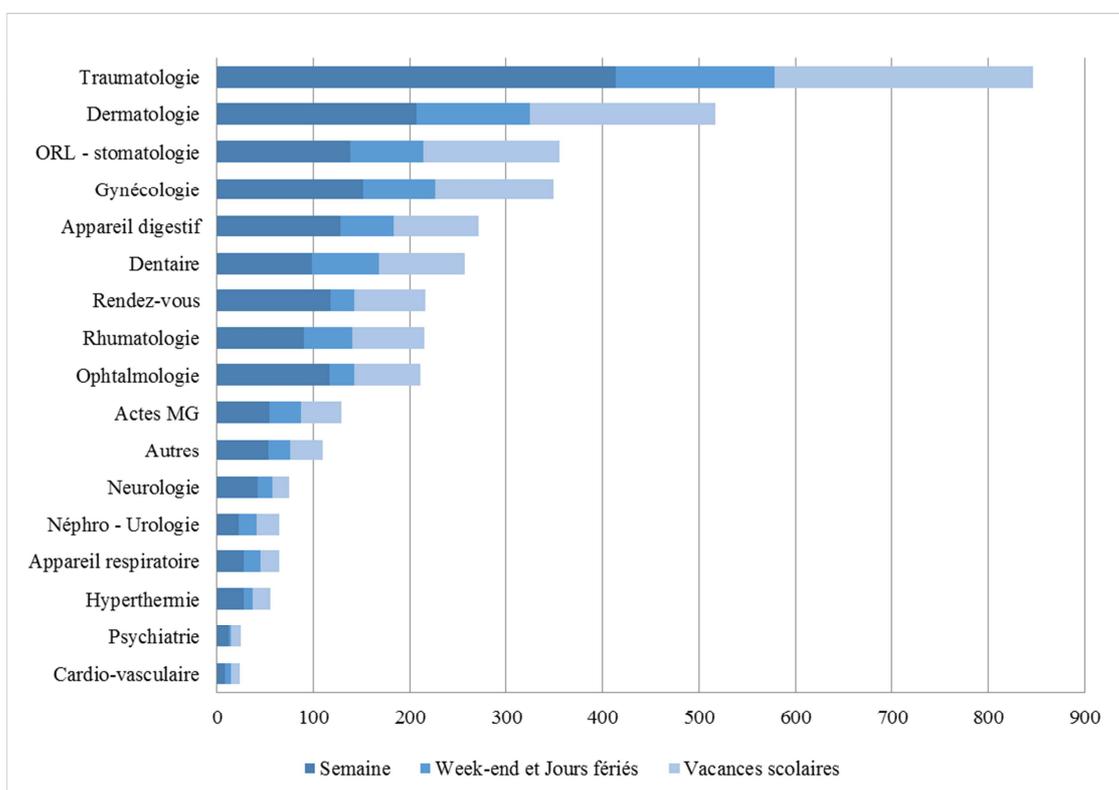


Figure 15 : Répartition des patients par période selon le motif de consultation

3. SELON L'HEURE

La journée, le motif de réorientation principal était les causes traumatologiques (22,6%) suivies des pathologies dermatologiques (13,6%) et des symptômes ORL et stomatologiques (9,1%).

Comme la journée, les motifs traumatologiques étaient le premier motif de réorientation la nuit (20,8%), suivis des pathologies dermatologiques (13,9%) et des symptômes gynécologiques (12,3%).

	Jour		Nuit	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Actes MG	89	3,3%	33	4,0%
Autres	77	2,8%	21	2,5%
Cardio-vasculaire	17	0,6%	5	0,6%
Dermatologie	372	13,6%	116	13,9%
Dentaire	168	6,1%	80	9,6%
Appareil digestif	186	6,8%	70	8,4%
Gynécologie	222	8,1%	103	12,3%
Hyperthermie	33	1,2%	16	1,9%
Neurologie	58	2,1%	12	1,4%
Ophtalmologie	175	6,4%	30	3,6%
ORL - Stomatologie	249	9,1%	93	11,1%
Psychiatrie	16	0,6%	6	0,7%
Rendez-vous	182	6,7%	22	2,6%
Appareil respiratoire	46	1,7%	13	1,6%
Rhumatologie	171	6,3%	34	4,1%
Traumatologie	618	22,6%	174	20,8%
Néphro - Urologie	53	1,9%	7	0,8%
	2732	100%	835	100%

Tableau 2 : Répartition des patients par motif de consultation selon l'heure

D. CONSULTATION D'UN MEDECIN AU PREALABLE

1. SELON L'AGE

34,4% des patients âgés entre 40 ans inclus et 75 ans et 34,7% des patients âgés de 75 ans et plus ont déjà consulté un médecin pour le même motif avant de recourir aux urgences ($p=1$) contre 27% des moins de 18 ans ($p=0,041$) et 25,6% des 18-40 ans ($p=0,002$).

Tranches d'âge	Consultation d'un médecin au préalable		Total
	Non	Oui	
< 18 ans	438 (73,0%)	162 (27,0%)	600
[18 - 40 ans [676 (74,4%)	233 (25,6%)	909
[40 - 75 ans [355 (65,6%)	186 (34,4%)	541
\geq 75 ans	32 (65,3%)	17 (34,7%)	49
Total	1501	598	2099

Tableau 3 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon la tranche d'âge

2. SELON LA PERIODE

23,1% des patients ayant consulté un week-end ou un jour férié avaient consulté de médecin avant de recourir aux urgences contre 28,1% pendant les vacances scolaires ($p=0,032$) et 33,4% en semaine ($p<0,001$).

Quand on compare les périodes de vacances scolaires (28,1%) au reste des périodes (30,2%), on ne retrouve aucune différence significative pour la consultation d'un médecin avant de recourir aux urgences. ($p=0,19$)

Les patients ayant recouru aux urgences pendant les vacances scolaires représentaient 32,5% des patients ayant consulté un médecin et 34,7% des patients n'ayant pas consulté un médecin.

Périodes	Consultation d'un médecin au préalable		Total
	Non	Oui	
Semaine	1149 (66,6%)	576 (33,4%)	1725
Week-end et Jours fériés	604 (76,9%)	181 (23,1%)	785
Vacances scolaires	930 (71,9%)	364 (28,1%)	1294
Total	1501	598	3804

Tableau 4 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon la période

3. SELON L'HEURE

34% des patients ayant consulté entre 6h et midi ($p < 0,001$) et 30,1% entre midi et 18h ($p < 0,001$) avaient consulté un médecin avant de recourir aux urgences contre 22,8% des patients s'étant présentés entre 18h et minuit.

Heures	Consultation d'un médecin au préalable		Total
	Non	Oui	
00h-6h	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9
6h-12h	747 (66,0%)	385 (34,0%)	1132
12h-18h	1127 (69,9%)	485 (30,1%)	1612
18h-00h	640 (77,2%)	189 (22,8%)	829
Total	2522	1060	3582

Tableau 5 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon l'heure

4. SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

88,3% des patientes ayant consulté pour un motif gynécologique et 80,4% des patients qui se sont présentés pour une hyperthermie n'avaient pas vu de médecin avant leur consultation aux urgences. Ils étaient 80% dans le cas d'un symptôme psychiatrique.

Au contraire, 88% des patients venus pour un rendez-vous avaient déjà consulté un médecin et ils étaient 44,2% pour la réalisation d'un acte de médecine générale.

Motif	Consultation de médecin au préalable		Total
	Non	Oui	
Gynécologie	308 (88,3%)	41 (11,8%)	349
Autres	89 (80,9%)	21 (19,1%)	110
Hyperthermie	45 (80,4%)	11 (19,6%)	56
Psychiatrie	20 (80,0%)	5 (20,0%)	25
Dermatologie	402 (77,8%)	115 (22,2%)	517
Appareil respiratoire	50 (76,9%)	15 (23,1%)	65
Ophthalmologie	162 (76,8%)	49 (23,2%)	211
Dentaire	192 (74,7%)	65 (25,3%)	257
Appareil digestif	195 (71,7%)	77 (28,3%)	272
Traumatologie	605 (71,4%)	242 (28,6%)	847
Appareil cardio-vasculaire	17 (70,8%)	7 (29,2%)	24
Neurologie	53 (70,7%)	22 (29,3%)	75
Rhumatologie	151 (70,2%)	64 (29,8%)	215
Néphro - Urologie	44 (67,7%)	21 (32,3%)	65
ORL	238 (67,0%)	117 (33,0%)	355
Actes MG	72 (55,8%)	57 (44,2%)	129
Rendez-vous	26 (12,0%)	190 (88,0%)	216

Tableau 6 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon le motif

E. ORIENTATION

1. SELON L'AGE

Il n'y avait pas de différence significative d'orientation chez le médecin traitant selon l'âge ($p=0,08$). 36,7% des 75 ans et plus ont été réorientés chez le médecin traitant et 32,8% des moins de 18 ans.

On observe une différence significative d'orientation à la MMG : les patients âgés de 75 ans et plus ont été réorientés ainsi à 16,3% contre 38,4% des 18-40 ans ($p=0,011$) et 35,3% des 40-75 ans ($p=0,043$). 32,3% des patients âgés de moins de 18 ans ont été réorientés vers la MMG cependant sans différence significative ($p=0,12$).

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre la réorientation vers SOS médecins et l'âge. Seulement 10,5% des moins de 18 ans ont été réorientés ainsi.

La réorientation vers un spécialiste a été réalisée pour 21,2% des moins de 18 ans contre 34,2% des 18-40 ans ($p < 0,001$) et 31,2% des 40-75 ans ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les 18-40 ans, 40-75 ans et les 75 ans et plus ($p = 1$).

Le retour à domicile a été proposé à 13,7% des moins de 18 ans et à 4,7% des 18-40 ans ($p < 0,001$) ainsi qu'à 5,7% des 40-75 ans ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence avec les patients âgés de 75 ans et plus réorientés ainsi à 10,2% ($p = 1$). On remarque également que quand un retour à domicile était proposé, 50,93% des patients avaient moins de 18 ans.

Un conseil a été donné à 6% des moins de 18 ans contre 2,6% des 40-75 ans ($p = 0,03$). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les autres groupes. Par ailleurs, 42,9% du total des patients ayant reçu un conseil étaient âgés de moins de 18 ans.

58,3% des patients réorientés vers une consultation PASS étaient âgés de moins de 18 ans.

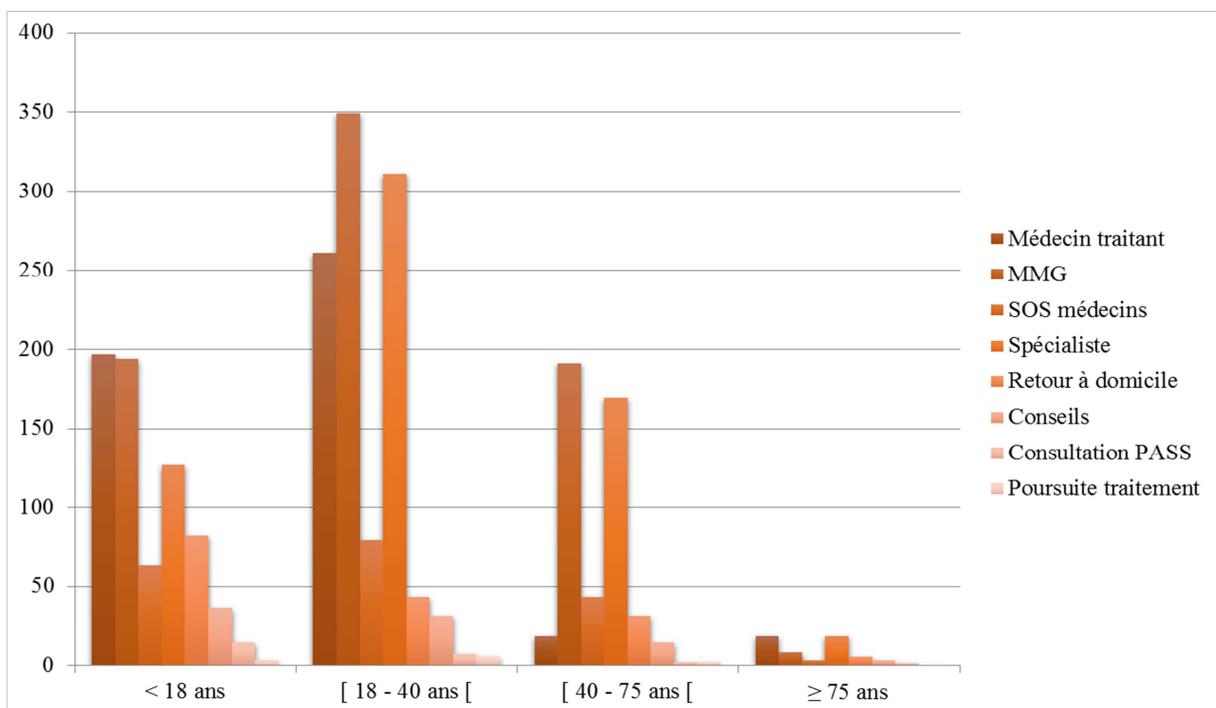


Figure 16 : Répartition des patients par réorientation selon la tranche d'âge

2. SELON LA PERIODE

Seulement 12,7% des patients ayant consulté un week-end ou un jour férié ont été réorientés vers leur médecin traitant contre 42,7% en semaine et 26,7% pendant les vacances scolaires. ($p < 0,001$)

On retrouve une différence significative d'orientation vers la MMG suivant la période avec 64,3% des patients orientés ainsi les week-ends et jours fériés contre 42,7% pendant les vacances scolaires et seulement 18,3% en semaine. ($p < 0,001$)

Concernant la réorientation vers SOS médecins, ils étaient 5,6% les week-ends et jours férié contre 9,4% pendant les vacances scolaires ($p = 0,005$) et 8,6% en semaine ($p = 0,025$). Il n'y avait cependant pas de différence significative entre la semaine et les vacances scolaires ($p = 1$).

Le spécialiste est la réorientation proposée à 37,2% des patients consultant en semaine contre 22,6% des patients les week-ends et jours fériés. ($p < 0,0001$)

Environ 6% des patients se sont vu proposer un retour à domicile sans différence significative entre les périodes. ($p = 0,56$)

Il n'y avait pas de différence significative non plus pour la poursuite du traitement, la délivrance d'un conseil et l'orientation vers une consultation PASS suivant la période.

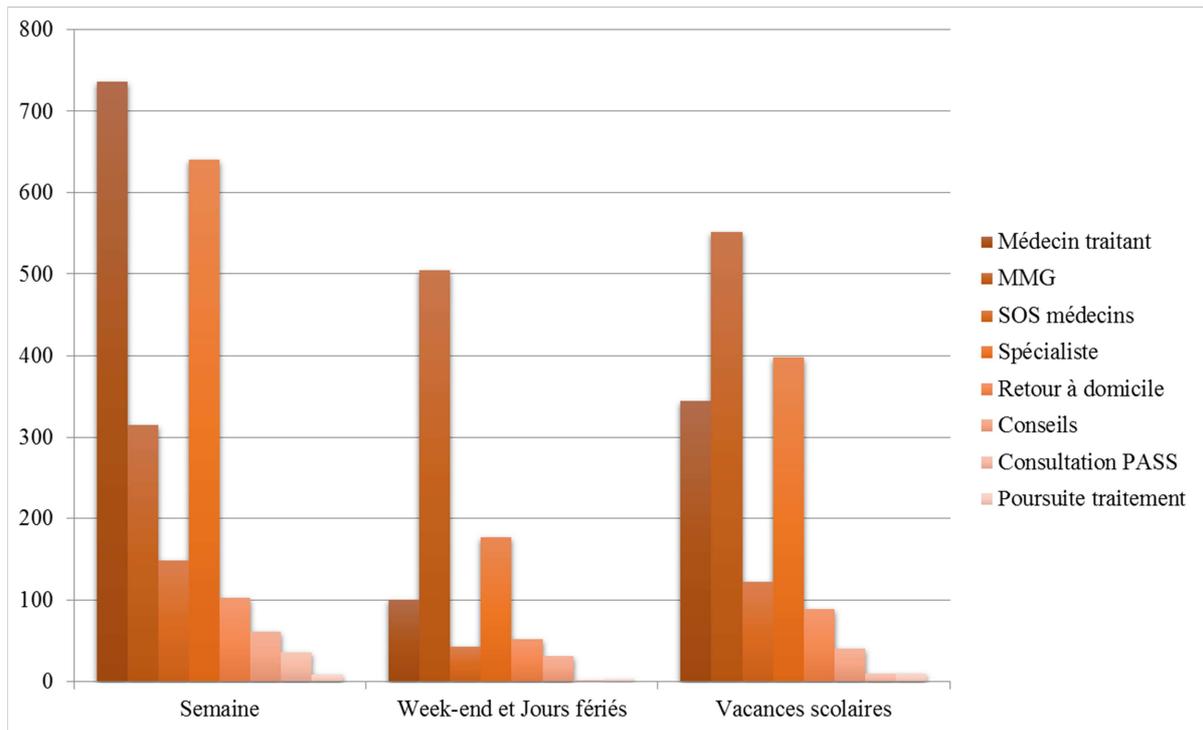


Figure 17 : Répartition des patients par réorientation selon la période

3. SELON L'HEURE

Parmi les patients ayant consulté entre 18h et minuit, 15,4% ont été réorientés vers leur médecin traitant contre 37,2% des patients ayant consulté entre 6h et midi ($p < 0,001$) et 33,4% entre midi et 18h. ($p < 0,001$) 33,3% des patients ayant consulté entre minuit et 6h ont été réorientés ainsi sans différence significative observée avec le reste des groupes.

56,2% des patients ayant consulté entre 18h et minuit ont été redirigés vers la MMG contre 33,9% entre midi et 18h et 24,5% entre 6h et midi avec une différence significative entre les groupes ($p < 0,001$). Aucun des patients ayant consulté entre minuit et 6h n'a été réorienté ainsi.

Seulement 4,1% des patients ayant consulté entre 18h et minuit ont été réorientés vers SOS médecins contre respectivement 9,6% et 9,5% des patients ayant consulté entre midi et 18h et entre 6h et midi. ($p < 0,001$) Aucun des patients ayant consulté entre minuit et 6h n'a été réorienté ainsi.

Concernant la réorientation vers un spécialiste : 25,9% des patients ont été réorientés ainsi entre 18h et minuit contre 37% entre 6h et midi ($p<0,001$) et 32,4% entre midi et 18h ($p=0,005$). Ils étaient 44,4% entre minuit et 6h cependant sans différence significative observée avec le reste des groupes ($p=1$).

Pour le retour à domicile : ils étaient 8,7% entre 18h et minuit contre 5% entre 6h et midi ($p=0,006$). Ils étaient 22,2% entre minuit et 6h sans différence avec les autres groupes.

Aucun lien statistique n'a été observé entre la proposition de poursuite du traitement et l'heure de consultation. Il en est de même pour la délivrance d'un conseil.

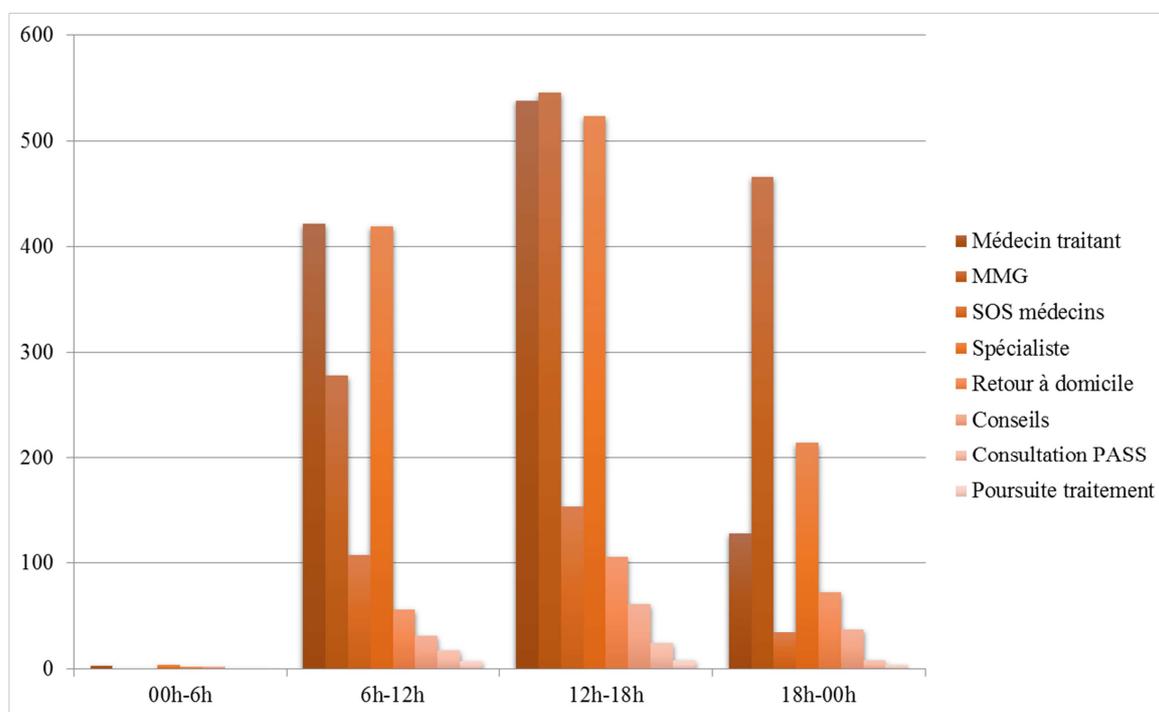


Figure 18 : Répartition des patients par réorientation selon la tranche horaire

4. SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

Les patients ayant consulté pour des pathologies d'ordre cardio-vasculaire ont été réorientés à 54,2% vers le médecin traitant contre 50,2% pour les causes traumatologiques et 49,3% pour les problèmes neurologiques.

A contrario, seulement 4,6% des patientes s'étant présentées pour un symptôme gynécologique, 5,7% pour une cause ophtalmologique et 11,3% pour un problème dentaire ont été réorientés vers leur médecin traitant.

L'hyperthermie, les symptômes d'origine rhumatologiques et urologiques sont les motifs de réorientation vers la MMG les plus fréquents avec respectivement 60,7%, 57,7% et 53,9% des patients.

Concernant la réorientation vers SOS médecins, ils étaient 21,5% pour un symptôme d'origine pneumologique.

Les motifs gynécologiques à 95,1%, les demandes de rendez-vous à 83,3% et les problèmes ophtalmologiques à 80,1% étaient les motifs de réorientation vers le spécialiste les plus fréquents. 49,81% des patients ayant consulté pour un problème dentaire ont été réorientés ainsi.

Le retour à domicile a surtout été proposé aux patients ayant consulté pour des motifs autres à 22,7%.

Un conseil a été délivré à 6,3% des patients s'étant présentés pour un traumatisme.

	MT	MMG	SOS	Spécialiste	RAD	Conseil	Poursuite ttt	PASS
Actes MG	30,2%	22,5%	8,5%	20,9%	20,2%	10,9%	0,8%	6,2%
Autres	34,5%	35,5%	7,3%	10,9%	22,7%	7,3%	0,9%	2,7%
Cardio-vasculaire	54,2%	29,2%	4,2%	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Dermatologie	32,7%	42,2%	7,7%	20,9%	8,5%	7,7%	1,2%	2,3%
Dentaire	11,3%	51,8%	3,9%	49,8%	3,1%	4,7%	0,0%	1,2%
Appareil digestif	41,9%	52,2%	17,3%	4,4%	5,1%	4,8%	0,4%	1,5%
Gynécologie	4,6%	5,2%	2,0%	95,4%	0,3%	0,6%	0,0%	0,3%
Hyperthermie	35,7%	60,7%	21,4%	3,6%	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%
Neurologie	49,3%	40,0%	16,0%	12,0%	4,0%	5,3%	0,0%	0,0%
Ophtalmologie	5,7%	11,4%	0,9%	80,1%	2,8%	2,8%	0,9%	1,9%
ORL	25,1%	51,3%	12,7%	21,7%	3,9%	3,7%	1,4%	1,7%
Psychiatrie	32,0%	20,0%	8,0%	48,0%	12,0%	4,0%	0,0%	0,0%
Rendez-vous	12,0%	6,0%	0,0%	83,3%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Appareil respiratoire	35,4%	49,2%	21,5%	4,6%	1,5%	3,1%	1,5%	1,5%
Rhumatologie	47,0%	57,7%	16,7%	3,7%	1,9%	3,7%	0,5%	0,5%
Traumatologie	50,2%	35,4%	7,2%	14,5%	9,2%	6,7%	0,0%	0,5%
Néphro - Urologie	26,2%	53,8%	9,2%	16,9%	9,2%	1,5%	1,5%	0,0%

Tableau 7 : Répartition des patients par réorientation selon le motif de consultation

III. ANALYSE COMPARATIVE GROUPEE

A. COMPARAISON DES ORIENTATIONS VERS LE MEDECIN TRAITANT ET VERS LA MMG ET/OU SOS LE JOUR ET LA NUIT

Quand on compare le jour et la nuit, on voit que 35% des patients ayant consulté la journée ont été orientés vers le médecin traitant contre 15,6% la nuit avec une différence significative. ($p < 0,0001$)

Quand on regroupe les orientations vers la MMG et SOS médecins, on voit que 56,7% des patients ayant consulté la nuit ont été réorientés vers un centre de PDSA contre 35% la journée avec une différence significative. ($p < 0,0001$)

En journée, les patients avaient tendance à être réorientés vers la MMG et/ou SOS de façon plus importante quand ils n'étaient pas réorientés vers leur médecin traitant : à 42,2% contre 21,4%. De la même manière la nuit, ils étaient 60,8% contre 34,4%.

En journée, les patients avaient tendance à être réorientés vers leur médecin traitant de façon plus importante quand ils n'étaient pas réorientés vers la MMG et/SOS médecins : à 42,2% contre 21,4%. De la même manière la nuit, ils étaient 23,7% contre 9,5%.

B. COMPARAISON DES ORIENTATIONS VERS LE MEDECIN TRAITANT ET SOS MEDECINS EN JOURNEE LA SEMAINE

Il n'y avait pas différence d'orientation vers le médecin traitant et vers SOS médecins les journées de semaine. ($p = 0,88$)

47,9% des patients orientés vers SOS médecins ont également été réorientés vers leur médecin traitant contre 48,7% des patients non orientés vers SOS médecins.

De même, ils sont 9,2% à avoir été orientés vers SOS médecins quand ils l'étaient vers leur médecin traitant contre 9,5% quand ils n'étaient pas orientés vers leur médecin traitant.

C. COMPARAISON DES ORIENTATIONS VERS LE MEDECIN TRAITANT ET LA MMG ET/OU SOS MEDECINS EN SEMAINE, LES WEEK-ENDS ET JOURS FERIES ET PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

Parmi les réorientations réalisées la semaine vers le médecin traitant, 17,9% des patients ont été réorientés vers la MMG et/ou SOS médecins contre 28,3% parmi les patients qui n'ont pas été réorientés vers leur médecin traitant.

Pendant les week-ends et jours fériés, ils étaient respectivement 39% et 69,9%.

Pendant les vacances scolaires, ils représentaient respectivement 28,7% et 59,3%.

Parmi les réorientations réalisées la semaine vers la MMG et/ou SOS médecins, ils étaient 32% à avoir été réorientés vers leur médecin traitant contre 46,1% sans avoir été réorientés vers ces centres de PDSA.

De la même façon les week-ends et jours fériés, ils représentaient respectivement 22,9% contre 7,5%.

En période de vacances scolaires, ils étaient respectivement 16,6% et 35,2%.

D. COMPARAISON DES ORIENTATIONS VERS LE MEDECIN TRAITANT ET LA MMG ET/OU SOS MEDECINS LES WEEK-ENDS ET JOURS FERIES ET PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

Les week-ends, les jours fériés et pendant les vacances scolaires, les patients avaient tendance à être réorientés vers la MMG et/ou SOS médecins de façon plus importante quand ils n'étaient pas réorientés vers leur médecin traitant : à 59,7% contre 31%.

De même, ils étaient plus nombreux à être réorientés vers leur médecin traitant s'ils n'étaient pas réorientés vers la MMG et/ou SOS : à 31,8% contre 12,4%.

E. COMPARAISON DE L'ORIENTATION VERS LE MEDECIN TRAITANT PAR MOTIF LE JOUR, LA NUIT ET EN SEMAINE

Les patients réorientés vers le médecin traitant avaient le plus fréquemment consulté pour les motifs suivants :

- pathologies cardio-vasculaires : 57,9% en journée, 100% en semaine
- actes de médecine générale : 36,4% la nuit
- symptômes neurologiques : 47,1% pendant les vacances scolaires
- pathologies traumatiques : 36,5% les week-ends et jours fériés et vacances scolaires

F. COMPARAISON DE L'ORIENTATION VERS LA MMG ET/OU SOS MEDECINS PAR MOTIF LE JOUR, LA NUIT, EN SEMAINE, LES WEEK-ENDS ET JOURS FERIES ET VACANCES SCOLAIRES

Les patients réorientés vers la MMG et/ou SOS médecins avaient le plus fréquemment consulté pour les motifs suivants :

- hyperthermie : 67,5% en journée, 93,8% la nuit et 78,6% en semaine
- pathologies pneumologiques : 100% les week-ends et jours férié
- pathologies rhumatologiques : 75,7% pendant les vacances scolaires, 84% les week-ends et jours fériés et vacances scolaires

DISCUSSION

I. LIMITES ET FORCE DE L'ETUDE

Le caractère rétrospectif de l'étude est à l'origine d'un manque de données car non inscrites par l'IOA dans le registre des patients réorientés, notamment concernant l'âge du patient et l'heure de sa consultation. Un certain nombre de patients a donc dû être exclu des analyses en fonction de la variable étudiée. Pour autant, ce mode de recueil a permis l'inclusion d'un grand nombre de patient.

Le caractère monocentrique de l'étude limite sa représentativité à l'ensemble des patients réorientés dès l'accueil des urgences du CHD. Il serait intéressant de réaliser cette étude dans plusieurs hôpitaux du Nord voire des Hauts-de-France.

La validité de l'étude est renforcée par la revue systématique des dossiers sur la période de 24 mois, des critères d'inclusion et d'exclusion bien définis. Cette étude monocentrique reflète les pratiques du CHD et permettra de faire évoluer les pratiques du centre étudié.

II. RESULTATS PRINCIPAUX

A. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

L'incidence des patients réorientés a été de 3% sur la période d'inclusion : une étude réalisée aux urgences du Mans en 2016 et portant sur la réorientation des patients vers un centre de médecine générale retrouvait le même taux de réorientation (38).

La réorientation a été réalisée pour plus de la moitié des patients chez des femmes et principalement pour des âges jeunes avec 72% de patients âgés de moins de 40 ans. L'étude du Mans allait dans ce sens avec 45,5% d'hommes et 54,5% de femmes (38). Des résultats

similaires étaient constatés dans d'autres études (39)(40)(41)(42). Dans notre étude, les patients âgés de 75 ans et plus étaient minoritaires (2%). La majorité des patients de cet âge sont admis aux urgences, les pathologies chroniques étant plus fréquentes et à risque de décompensation.

B. CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION

1. DES BESOINS DE SOINS IMMEDIATS

De nombreuses études s'intéressant aux patients dits « non-urgents » des urgences ont mis en évidence un besoin de soins immédiats comme motivations à leur venue (43)(44)(45)(46). Notre étude retrouve ce ressenti par plusieurs points.

Aucun lien significatif n'a été observé entre l'âge des patients et la période pendant laquelle ils consultaient. L'âge, qui induit un rythme de vie dicté par l'activité professionnelle, n'influence en rien le jour de la consultation. Les patients consultent indifféremment en semaine ou en week-end.

Plus de deux tiers des patients réorientés n'ont pas consulté de médecin avant de recourir aux urgences, ce qui a également été retrouvé dans une autre étude (40). Cette constatation l'est d'avantage pendant les week-ends et la nuit. Dans un travail de thèse réalisé à Poitiers, 40% des patients relevant de la médecine générale citent l'indisponibilité du médecin traitant comme raison de leur venue aux urgences le week-end contre 17% en semaine (42). Les symptômes gynécologiques, l'hyperthermie et les symptômes psychiatriques étaient les principaux motifs pour lesquels les patients n'avaient pas consulté de médecin. Dans un autre travail de thèse réalisé aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille en 2018 sur les patients auto-référés, ceux-ci étaient significativement plus nombreux à consulter dans un délai très court suivant l'apparition des symptômes en comparaison avec les patients ayant été adressés par leur médecin traitant (47).

Les patients n'ayant pas consulté de médecin au préalable se sont présentés plus rapidement après l'apparition des symptômes que ceux qui avaient consulté un médecin.

Presque un quart des patients réorientés s'était présenté pour un motif traumatologique. Ce dernier restait le premier motif de consultation quelles que soit l'heure de la consultation et la période avec près d'un patient sur quatre réorienté pour ce motif en semaine. Dans l'enquête de la DREES sur les urgences en médecine générale, les motifs traumatiques représentaient 10% des recours urgents à la médecine générale (48). Dans une thèse réalisée à Grenoble sur les consultations traumatologiques aux urgences, 28,5% des patients avaient déclaré avoir consulté devant la nécessité de réaliser des examens complémentaires (49). Les motifs les plus fréquents après les traumatismes étaient d'ordre dermatologique et ORL et stomatologique. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une thèse réalisée aux urgences du CHU de Nantes (50).

Enfin, 6% des patients se sont vu proposer un retour à domicile, le motif de consultation n'ayant pas abouti à la nécessité d'un rendez-vous médical. Cette réorientation a surtout été proposée aux âges extrêmes et pendant les horaires de nuit.

Cette évolution des demandes des patients vers un profil consumériste est dictée par plusieurs facteurs : une volonté d'obtenir une réponse médicale rapide, parfois par l'anxiété que peut générer la maladie, une prise en charge au moment qu'ils souhaitent avec la possibilité de réaliser divers examens en un même lieu et tout cela sans avance de frais (51).

2. DES PATIENTS JEUNES

Dans notre étude, la réorientation concernait essentiellement les jeunes patients : près de 3 patients sur 4 avaient moins de 40 ans. Ces patients étaient réorientés de manière plus importante la nuit que les plus de 40 ans. Ils avaient moins tendance à avoir vu un médecin avant de consulter aux urgences, ils étaient 26%. Ceci atteste de l'évolution sociétale du mode

de consommation des soins avec des besoins immédiats exprimés principalement par les jeunes générations.

3. DES HORAIRES DE CONSULTATION LIES AU RYTHME DE VIE

De manière significative, les patients réorientés la nuit ont été plus nombreux pendant les week-ends et jours fériés que pendant les autres périodes (28% contre 22%). En effet, l'activité professionnelle impose un rythme de vie. Ainsi les heures de vie plus tardives en week-ends amènent les patients à consulter les urgences plus tard qu'en semaine.

De manière générale la réorientation était principalement réalisée entre 6h et 18h, les patients ayant tendance à consulter surtout en journée comme l'a démontré l'enquête nationale réalisée par la DREES (6). Le nombre moins important de patients réorientés la nuit et notamment entre minuit et 6h provient de l'absence d'IOA.

La réorientation était également plus fréquente la semaine : un nombre de jours plus important que dans les autres périodes explique ce résultat. Il est possible que des patients aient été admis aux urgences les week-ends pendant les heures de fermeture de la MMG alors qu'ils auraient été réorientés en semaine. Il aurait été intéressant de se focaliser sur les taux de réorientation de chaque période comme dans l'étude du Mans qui montrait une augmentation de ce taux à 5,7% les week-ends et pendant les vacances (38).

4. DES PATIENTS CONSULTANT POUR UN AVIS SPECIALISE

5,7% des patients réorientés ont consulté pour une demande de rendez-vous spécialisé dont une majorité avait consulté un médecin au préalable (88%). La possibilité d'examen complémentaires et pouvoir consulter un médecin spécialisé était ainsi mentionné par respectivement 23% et 12% des patients dans l'enquête de la DREES (6). Notre étude ne précise pas la proportion de patients ayant volontairement ou par erreur consulté aux urgences pour ces motifs. Néanmoins, il existe dans les deux cas une erreur d'orientation de ces

patients. Notre étude montre que ces patients n'ont cependant pas été renvoyés à leur domicile ou vers leur médecin traitant sans répondre à leur demande puisque plus de huit patients sur dix ayant consulté pour ce motif ont été réorientés vers un spécialiste.

5. UNE REORIENTATION ADAPTEE

En ce qui concerne la réorientation des patients, celle-ci a principalement été réalisée vers la MMG à 36%, le médecin traitant à 31% et dans une moindre mesure vers SOS médecins. On constate une bonne prise en compte des disponibilités des secteurs de soins primaires par l'IOA, la réorientation vers le médecin traitant ayant été réalisée majoritairement en semaine et en journée et celle vers la MMG les week-ends et jours fériés, entre 18h et minuit. Une faible proportion de patients a pour autant été réorienté vers SOS médecins ce qui est surprenant compte tenu des possibilités de consultations 24h sur 24 qu'il offre. La MMG de Dunkerque est située à moins d'un kilomètre de l'hôpital alors que SOS médecins se trouve à plusieurs kilomètres : ceci peut être une raison pour laquelle l'IOA a moins souvent proposé SOS médecins aux patients. L'étude de Nantes obtenait des résultats similaires avec 7% des patients réorientés vers SOS médecins (50).

III. PERSPECTIVES

A. REGULER LES PASSAGES AUX URGENCES

Notre étude a montré que la majorité des patients réorientés n'avait pas consulté de médecin avant de recourir aux urgences. Un sentiment de besoin de réassurance et d'urgence ressentie par les patients ressort dans l'analyse de nos résultats. Il pourrait être judicieux de prévoir une régulation des patients se présentant actuellement de façon spontanée aux urgences comme elle est actuellement réalisée pour les arrivées en ambulance ou par les pompiers. Cette régulation permettrait donc de désengorger les urgences et à la fois d'éviter

un déplacement pour le patient. Celui-ci bénéficierait également de conseils médicaux. Au Danemark, les patients n'arrivent aux urgences qu'après avoir vu leur médecin généraliste ou après avoir été triés par deux numéros d'appels dédiés pour l'un aux urgences graves et pour l'autre aux motifs non urgents (52).

B. INFORMER ET EDUQUER LES PATIENTS

Pour limiter les consultations aux urgences dites inappropriées, des campagnes d'information pourraient être réalisées comme elles ont pu l'être pour la canicule, la prise d'antibiotiques ou les signes d'un Accident Vasculaire Cérébral (53)(54)(55). Une étude publiée à Singapour en 2008 a étudié les effets de douze ans d'interventions sociales sur la proportion de patients non urgents utilisant les urgences. Parmi ces interventions, les campagnes d'éducation du public ont chacune entraîné une baisse allant de 27% à 67% des passages considérés comme inappropriés suivant les services (56).

Ces campagnes porteraient sur les principaux signes ne devant pas amener à consulter en urgence. Elles pourraient également porter sur les différents centres de PDSA disponibles, sur leurs horaires de consultation et sur la composition du numéro 15 même pour un conseil ou un avis médical. Dans un travail de thèse réalisé à l'hôpital Saint-Camille, 93% des patients qui se sont vus proposer une réorientation n'ont jamais entendu parler de la MMG et 71% d'entre eux ont accepté d'aller y consulter (57). Dans une autre thèse réalisée à la MMG de Calais, 67% des patients auraient consulté aux urgences de Calais si la MMG avait été fermée (58). 98% des usagers de la MMG de Béthune en sont satisfaits (59).

L'éducation thérapeutique en matière de soins non programmés bénins est aujourd'hui primordiale.

C. RENFORCER LES MOYENS EN AMONT

Il serait intéressant pour les urgences relatives et les patients pour lesquels la demande est forte, de mettre en place un cabinet de médecine générale au sein des urgences du CHD en dehors des horaires de la PDSA. Dans une étude réalisée aux Pays-Bas, l'implantation d'un médecin généraliste a entraîné une baisse de 13% de la fréquentation des urgences et une quasi disparition des patients auto-référés (60). Dans une thèse réalisée aux urgences de Périgueux, 95% des patients réorientés vers un médecin généraliste posté à l'accueil ont pu rentrer à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé (61).

D. AFFIRMER LA REORIENTATION

La réorientation a fait l'objet d'un amendement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) présenté à l'automne 2018. Cet amendement visait la création d'un forfait de réorientation (62). En effet, celle-ci présente un désavantage puisque le temps qu'il lui est consacré n'est doté d'aucune valorisation financière. Au contraire, elle est même la source d'une perte financière pour les hôpitaux. Pour autant, elle constitue une innovation organisationnelle pouvant permettre certaines actions comme l'éducation thérapeutique des patients et une orientation adaptée à leur demande.

Définir des critères de réorientation ou créer un poste de Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) permettraient d'établir un cadre et de sécuriser les personnels.

Dans une étude française multicentrique de 2013 réalisée auprès de 24 CHU, 83% des médecins déclaraient pratiquer la réorientation et 37% basaient leurs critères de réorientation sur des données issues de la littérature. Les médecins ne pratiquant pas la réorientation expliquaient que cela n'était pas l'habitude de leur service à 68% et par crainte du risque médico-judiciaire (63).

E. CREER DES FILIERES SPECIALISEES

Mettre en place des filières spécialisées permettrait d'orienter les patients directement vers le spécialiste. Au CHD, une filière gynécologique existe déjà : les patientes sont dirigées vers la maternité. Il serait intéressant de pouvoir créer des filières de traumatologie, de dermatologie et d'ORL et de stomatologie compte tenu du nombre important de patients réorientés pour des motifs de ces spécialités.

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence des similitudes dans les caractéristiques des patients réorientés à l'accueil des urgences du CHD avec d'autres études traitant des patients dits « non-urgents ». Le taux de réorientation était de 3%. La population des patients réorientés au CHD était une population principalement jeune pour laquelle la consultation aux urgences constituait un premier contact médical. Les motifs de consultation de ces patients étaient majoritairement d'ordre traumatologique, dermatologique et ORL-stomatologique.

Les urgences sont le miroir d'un dysfonctionnement du système de soins de l'amont et de l'aval ainsi que d'une évolution sociétale vers une quête d'immédiateté des soins. La réorientation des patients en demande de soins non programmés vers d'autres filières de soins apparaît comme une des solutions à envisager pour pallier à l'engorgement des urgences. La régulation des passages aux urgences, l'éducation thérapeutique, la mise en place d'un poste de médecin généraliste aux urgences ou encore la création de filières spécialisées sont d'autres moyens auxquels il faudra songer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collectif Inter Urgences [Internet]. Collectif Inter Urgences. Disponible sur: <https://www.interurgences.fr/>
2. Le « plan urgences » de M. Mattei. Le Monde.fr [Internet]. 1 oct 2003; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2003/10/01/le-plan-urgences-de-m-mattei_336271_3224.html
3. Grall DJY. EVALUATION DU PLAN URGENCES 2004-2008. :33.
4. Les établissements de santé - édition 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>
5. Le rapport public annuel 2019 [Internet]. Cour des comptes. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
6. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
7. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. 1 août 2015 [cité 12 sept 2019]; Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en;jsessionid=ueFGrXwlMz0Y31BZ-jtNnDEN.ip-10-240-5-84
8. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: a 5-year study. *Ann Emerg Med.* févr 1995;25(2):215-23.
9. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 févr 2009;57(1):3-9.
10. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
11. Infos du CA de SUdF / Le Livre Blanc des Urgences / Samu - Urgences de France

[Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-le-livre-blanc-des-urgences/art_id/821

12. Toloo G-S, Aitken P, Crilly J, FitzGerald G. Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 18 oct 2016;24(1):126.
13. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 mars 2010;28(3):304-9.
14. Salway R, Valenzuela R, Shoenberger J, Mallon W, Viccellio A. EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OVERCROWDING: EVIDENCE-BASED ANSWERS TO FREQUENTLY ASKED QUESTIONS. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 1 mars 2017;28(2):213-9.
15. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. juin 2013;61(6):605-611.e6.
16. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
17. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-577 mai 22, 2006.
18. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-1-n-2003-195-du-16-avril-2003-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences/>
19. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. 2010-809 juill 13, 2010.
20. Bilan de la permanence des soins 2018 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>
21. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
22. Code de déontologie médicale | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A8261DD8668C90859DEDB9E07B08BC45.tplgfr24s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006125093&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807
23. française LD. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins

[Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000036/index.shtml>

24. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

25. Permanence des soins : tout le territoire est couvert, mais la situation se dégrade [Internet]. Banque des Territoires. Disponible sur: <https://www.banquedesterritoires.fr/permanence-des-soins-tout-le-territoire-est-couvert-mais-la-situation-se-degrade>

26. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

27. française LD. Les maisons médicales de garde [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000564/index.shtml>

28. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Sante Publique. 2005;Vol. 17(2):233-40.

29. DGOS. DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>

30. PUBLIC SOS Médecins France - PRINCIPES D'INTERVENTION [Internet]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/organisation/19-principes-dintervention-place-de-sos-medecins-dans-la-permanence-de-soins>

31. Code de la santé publique - Article R732. Code de la santé publique.

32. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

33. Diagnostics et priorités de santé des territoires de démocratie sanitaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostics-et-priorites-de-sante-des-territoires-de-democratie-sanitaire-0>

34. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-59183+AU2010-038>

35. Aire urbaine de Dunkerque (038) – COG | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/aire-urbaine/AU2010038-dunkerque>

36. Les 14 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) des Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur: <https://www.crehpsy-hdf.fr/les-groupements-hospitaliers-territoire-ght-hauts-france.html>

37. Dunkerque SM. SOS Médecins Dunkerque [Internet]. Disponible sur: <https://www.sos-medecins-dunkerque.fr/>
38. Morin C, Choukroun J, Callahan J-C. Safety and efficiency of a redirection procedure toward an out of hours general practice before admission to an emergency department, an observational study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 22 août 2018;18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103978/>
39. Gentile S, Vignally P, Durand A-C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*. 15 mars 2010;10(1):66.
40. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. [/data/revues/09939857/0020001S/138/](https://www.em-consulte.com/en/article/110807) [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/110807>
41. Pileggi C, Bianco A, Di Stasio SM, Angelillo IF. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*. 1 juin 2004;118(4):284-91.
42. Gérard A, Joseph A, Benoît B, René-Jean B, Frank B, Christophe B, et al. LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE. :88.
43. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*. 1 nov 2016;6(11):e013323.
44. Singh S. Self referral to accident and emergency department: patients' perceptions. *BMJ*. 5 nov 1988;297(6657):1179-80.
45. Rassin M, Nasie A, Bechor Y, Weiss G, Silner D. The characteristics of self-referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurses. *Accid Emerg Nurs*. janv 2006;14(1):20-6.
46. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 1 juill 2003;117(4):250-5.
47. Dubois-Roquette PA. Présentée et soutenue publiquement le 9 Octobre 2018 à 18 heures au pôle Formation. :66.
48. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. :51.
49. Hurstel A, Matarese O, Paulaud-Bayard R. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. In 2013.
50. Urlacher P. Épidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes. In 2016.

51. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc66
52. Danemark .Changement et continuités du système de santé - IRES [Internet]. Disponible sur: <http://www.ires.fr/index.php/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/3907-danemark-changement-et-continuites-du-systeme-de-sante>
53. Canicule et fortes chaleurs - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-climatiques/canicule>
54. « Les antibiotiques, c'est pas automatique », une campagne efficace. Le Monde.fr [Internet]. 3 juin 2009; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2009/06/03/les-antibiotiques-c-est-pas-automatique-une-campagne-efficace_5980383_1650684.html
55. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les signes de l'AVC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-signes-de-l-avc>
56. Anantharaman V. Impact of health care system interventions on emergency department utilization and overcrowding in Singapore. *Int J Emerg Med.* avr 2008;1(1):11-20.
57. CARON S, STEUNON (Junie) C. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'hôpital Saint Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny - Villiers. 2010.
58. Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins : le point de vue des patients [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3143>
59. Evaluation de l'implantation de la maison médicale de garde du secteur de Béthune : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes, des urgentistes et des patients [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-12515>
60. Thijssen WAMH, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The Impact on Emergency Department Utilization and Patient Flows after Integrating with a General Practitioner Cooperative: An Observational Study. *Emergency Medicine International.* 2013;2013:1-8.
61. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24). 2017;80.
62. LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour

2019 | Legifrance [Internet]. [cité 13 sept 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/12/22/CPAX1824950L/jo/texte>

63. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Med Urgence*. 1 nov 2014;4(6):349-53.

ANNEXES

The image shows a screenshot of the Microsoft Excel application interface. The title bar indicates the file is named 'Réorientés - Enregistré'. The ribbon is set to 'Accueil' (Home), showing options for font, alignment, and styles. The spreadsheet grid is visible, with columns labeled A through Q and rows 1 through 17. The first row (row 1) contains the following headers: 'Patients', 'Période', 'Jour', 'Heure', 'Sexe', 'Tranches d'âge', 'Motif de consultation', 'MT/autre médecin déjà consulté : oui/non', 'Orientation', 'MT', 'MMG', 'SOS', 'Spé', 'RAD', 'Poursuivre ttt', 'Conseils', and 'PASS'. The cell at row 6, column H is currently selected and highlighted with a green border.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	Patients	Période	Jour	Heure	Sexe	Tranches d'âge	Motif de consultation	MT/autre médecin déjà consulté : oui/non	Orientation	MT	MMG	SOS	Spé	RAD	Poursuivre ttt	Conseils	PASS
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	

Annexe 1 : Collection des données dans un tableur Excel

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 : Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996
- Figure 2 : Motivation des patients à consulter aux urgences
- Figure 3 : Les territoires de démocratie sanitaire des Hauts-de-France (33)
- Figure 4 : Répartition des hommes et des femmes dans la population de l'étude
- Figure 5 : Nombre de patients réorientés par tranche d'âge
- Figure 6 : Répartition des patients par période de consultation
- Figure 7 : Nombre de patients réorientés par tranche horaire
- Figure 8 : Nombre de patients réorientés par motif
- Figure 9 : Répartition des patients ayant consulté un médecin ou non avant de recourir aux urgences
- Figure 10 : Nombre de patients par lieu de réorientation
- Figure 11 : Répartition des patients par tranche d'âge selon la période de réorientation
- Figure 12 : Répartition des patients par tranche d'âge selon l'heure de réorientation
- Figure 13 : Répartition des patients par tranche horaire selon la période
- Figure 14 : Répartition des patients par tranche d'âge selon le motif de consultation
- Figure 15 : Répartition des patients par période selon le motif de consultation
- Figure 16 : Répartition des patients par réorientation selon la tranche d'âge
- Figure 17 : Répartition des patients par réorientation selon la période
- Figure 18 : Répartition des patients par réorientation selon la tranche horaire

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des motifs de consultation par tranche d'âge

Tableau 2 : Répartition des patients par motif de consultation selon l'heure

Tableau 3 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon la tranche d'âge

Tableau 4 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon la période

Tableau 5 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon l'heure

Tableau 6 : Répartition des patients ayant consulté ou non un médecin selon le motif

Tableau 7 : Répartition des patients par réorientation selon le motif de consultation

AUTEUR : Nom : GANTOIS

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 3 octobre 2019

Titre de la thèse : Caractéristiques des patients consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque et réorientés vers d'autres filières de soins

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Réorientation, médecin traitant, maison médicale de garde, permanence des soins, urgences

Résumé :

Introduction : Le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation depuis une vingtaine d'années. Afin de pallier à leur engorgement, la réorientation des patients ne relevant pas de leur plateau technique s'envisage. L'objectif de cette étude était d'analyser les caractéristiques des patients réorientés dès l'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque.

Matériels et Méthodes : Etude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique au Centre Hospitalier de Dunkerque du 21 juillet 2016 au 20 juillet 2018. Tous les patients non admis aux urgences et pour lesquels une réorientation était précisée ont été inclus.

Résultats : 3804 patients ont été inclus. Il s'agissait d'une population jeune, 72% étaient âgés de moins de 40 ans. La réorientation a principalement été pratiquée en semaine, entre 12h et 18h. Plus de deux tiers des patients n'avaient pas consulté de médecin avant de recourir aux urgences. Les principaux motifs de réorientation étaient d'ordre traumatologique, dermatologique et ORL - stomatologique.

Discussion : Cette étude a mis en évidence un réel besoin de soins immédiats exprimé par les jeunes générations. La réorientation est adaptée à la demande des patients. Il est aujourd'hui primordial de mettre en place des mesures ayant pour but de prévenir les passages inappropriés aux urgences tout en favorisant le parcours de soins du patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eric GRAVE