



HAL
open science

Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité

Pierre Frankowski

► **To cite this version:**

Pierre Frankowski. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01153518

HAL Id: dumas-01153518

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01153518>

Submitted on 19 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°

EVALUATION DU RECOURS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES AU CENTRE HOSPITALIER DE TRINITE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 27 avril 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

FRANKOWSKI Pierre

Examineurs de la thèse :

Mr Serge ARFI	Professeur de Médecine Interne Président du jury
Mr André CABIE	Professeur de Maladies Infectieuses
Mr André-Ladislas WARTER	Professeur d'Anatomo-Pathologie
Mme Cécile GACHON	Docteur en Médecine Générale Directeur de Thèse

REMERCIEMENTS

Au président du jury : Monsieur le Professeur Serge ARFI :

Je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le Jury de ma Thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et je vous adresse ma profonde gratitude pour votre sollicitude. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur André CABIE :

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en siégeant à mon jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur André-Ladislas WARTER :

Je vous remercie de votre bienveillance en ayant accepté de faire partie de mon jury. Soyez assuré de ma gratitude.

A ma directrice de thèse : Madame le Docteur Cécile GACHON :

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et j'espère que nous poursuivrons notre collaboration dans le travail ainsi qu'en amitié.

Au personnel du centre hospitalier de Trinité :

Je vous remercie pour votre aide et votre patience.

A feu le Professeur François DELISLE :

Votre savoir, votre éthique, votre amour des patients m'ont marqué et j'essayerai chaque jour de rester dans vos pas. Vous m'avez tout appris et permis de faire de la médecine une vocation. J'essayerais toujours d'être le médecin que vous vouliez que l'on soit.

A mes parents :

Je n'aurais jamais pu fournir ce travail sans vous. Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre écoute, votre patience. Enfin après toutes ces années de galères et de difficultés tout au long de mes études, nous touchons au but. Je ne pourrais jamais assez vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté. Jeszcze Polska nie zgnieta, kiedy my zyjemy ...

A mon épouse :

Tu es toujours de bon conseil, ton amour et ton soutien sans faille m'ont énormément aidé. Je t'aime Katalyn. A nos souvenirs et tout ce qu'il nous reste à écrire ...

A ma fille Ana :

Tu es mon rayon de soleil chaque jour, ta joie et ton sourire m'ont permis de tenir. Je t'aime ma petite nana. Tu es ma plus grande réussite, sois certain de l'amour que je te porte.

A mon frère :

J'espère que tu seras fier de moi comme je le suis de toi. Tu as toujours été un exemple pour moi.

A mon filleul Wallerand :

J'espère qu'un jour tu auras un beau Littman autour du cou. Tu as tout mon soutien et mon affection et je serai toujours présent si tu as besoin.

A ma famille :

TOUJOURS PLUS A L'OUEST !!! Une énorme pensée pour ceux qui nous ont quittés, toujours trop vite, vous resterez éternellement dans mon cœur. J'espère que j'aurai le droit à un petit jaune en rentrant. Maintenant peut être que la mère Gambard est rentrée chez elle ...

A mes amis :

Manu, Wassila, Florent, Marielle, Stéphane, Bruno ENFIN !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Un jour je le souhaite nous serons tous réunis à l'Escale pour une Karmeliet, on écoutera Muse à fond et nous reparlerons de tous nos souvenirs communs. Je vous aime tous. Merci pour toutes vos différences, j'ai hâte de vous revoir.

A mes beaux-parents :

Votre exemple est à suivre et vos valeurs sont les miennes. Soyez assurés de ma plus grande gratitude et de mon plus profond respect.

A Rudy :

Même si j'ai eu peur, tu es devenu comme un frère ... Je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté.

A la ville de Reims :

Cité grise et souvent froide, j'ai battu le pavé de chacune de tes rues, j'y ai vécu la joie comme la tristesse. Tu es ma ville de cœur et je ne pourrai pas t'oublier.

A la Martinique :

Tu ressembles tellement à chez moi... Difficile de se faire accepter, mais impossible de te quitter quand on est adopté.

встать во что вы верите!

RESUME

Les usagers des urgences tendent peu à peu à abandonner le médecin de famille.

Les patients veulent une médecine rapide, technique, à des horaires qui correspondent à leur mode de vie, et leur préférence va à une structure collective dans laquelle ils cherchent à rencontrer un soignant et non forcément un médecin.

Il est donc intéressant pour la pratique de la médecine générale libérale d'étudier le comportement des " usagers " qui accèdent à ce service et d'analyser le recours à ce parcours de soins.

C'est pourquoi nous avons voulu à travers cette étude, déterminer la proportion de consultations justifiées dans ce service de l'hôpital.

Dans une étude observationnelle, analytique, transversale, qualitative et quantitative nous avons cherché à déterminer le profil d'un patient consultant de manière inappropriée ainsi que ses attentes et motivations lors de son passage dans un service d'urgence pendant une semaine au centre hospitalier de Trinité en Martinique.

Trois médecins ont donné leur avis sur la pertinence des consultations. Un médecin urgentiste, un médecin libéral et un médecin hospitalier. Nous avons exclu les patients amenés par des véhicules de secours.

Dans notre enquête 67.5% des patients consultaient de manière injustifiée dans le service des urgences.

Sur le plan statistique dans notre enquête, Dans notre étude le profil du patient consultant le plus de façon « inappropriée » est une femme entre 41 et 50 ans sans emploi et consultant plutôt la nuit, présentant des symptômes depuis plus de 48 heures et n'ayant pas consulté un médecin avant de se rendre au SAU.

L'enjeu essentiel reste donc la prévention pour tenter de diminuer ce taux et le rôle du médecin de ville prend alors toute son ampleur.

Mots clés : Urgences, questionnaire, inapproprié, hospitalisation, patients, consultations justifiées, Trinité.

LISTE DES ACRONYMES

ALD : Affection longue durée

AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des libertés

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations des Statistiques

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

OSCOUR : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

ORS : Observatoire régionale de santé

PDSA : Permanence de soins ambulatoires

POSU : Pôle spécialisé d'urgences

PZQ : Pierre Zobda Quitman

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unité Proximité Accueil Traitement et Orientation Urgences

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Résumé	4
Liste des acronymes	5
Table des matières	7
I-Introduction	11
II-Généralités sur les urgences	13
2.1 Définition de l'urgence.....	13
2.1.1 Dictionnaire	
2.1.2 Ecole Nationale de Santé Publique	
2.1.3 Conseil National de l'Ordre des Médecins	
2.2 Les Services d'Accueil des Urgences.....	14
2.3 Une fréquentation exponentielle.....	15
2.4 Les Maisons Médicales de Garde.....	16
2.4.1 Définition	
2.4.2 En Martinique	
2.4.3 Fréquentation	
III-Objectifs	17
3.1 Objectif principal	
3.2 Objectifs secondaires	
IV-Matériels et méthodes	18
4.1 Population étudiée.....	18
4.2 Méthodes.....	18
4.2.1 Type d'étude	
4.2.2 Période et lieu de l'étude	
4.2.3 Recueil des données	
4.2.3.1 Temps de recueil	
4.2.3.2 Données examinées	
4.2.3.3 Avis urgentiste et médecin hospitalier	
4.2.3.4 Questionnaire	

4.2.3.5 Exploitation des données et outils statistiques	
V-Résultats	22
5.1 Nombre global de patients	22
5.2 Données générales sur l'ensemble des usagers.....	22
5.2.1 Sexe	
5.2.2 Age	
5.2.3 Commune de résidence	
5.2.4 Devenir	
5.2.5 Nombre de passage par jour	
5.2.6 Répartition des consultations selon les horaires	
5.2.7 Proportion de consultations par moyens personnels	
5.3 Questionnaire.....	26
5.4 Résultats des consultations par moyens personnels.....	26
5.4.1 Sexe	
5.4.2 Age	
5.4.3 Commune de résidence	
5.4.4 Devenir des consultations par moyens personnels	
5.5 Résultats du questionnaire.....	29
5.5.1 Couverture sociale	
5.5.2 Emploi	
5.5.3 Traitement quotidien	
5.5.4 Médecin traitant	
5.5.5 Avis médical avant passage SAU	
5.5.6 Pourquoi ne pas avoir consulté son médecin traitant ?	
5.5.7 Durée d'évolution des symptômes	
5.5.8 Pensez-vous venir pour un problème urgent ?	
5.5.9 Motivations à consulter au SAU plutôt qu'un médecin généraliste	
5.5.10 Nombre de consultations aux urgences en une année	
5.5.11 Connaissance des Maisons Médicales de Garde	
5.5.12 Pourquoi ne pas être allé à la MMG ?	
5.6 Croisement des résultats	35
5.6.1 Comparaison âge et modes de consultations	
5.6.2 Moyenne d'âge sur la semaine	

5.6.3	Nombre de consultations par tranche d'âge et sexe	
5.6.4	Mode de consultation sur la semaine	
5.6.5	Devenir des patients selon l'âge	
5.7	Justification de l'urgence.....	39
5.7.1	Avis du médecin généraliste exerçant en libéral	
5.7.2	Avis urgentiste sur les consultations par moyens personnels	
5.7.3	Avis global sur les consultations par moyens personnels	
VI-Discussion	44
6.1	Les biais de l'étude	44
6.1.1	Les biais de sélection	
6.1.2	Les biais de classement	
6.2	Discussion et analyse du profil des patients	47
6.2.1	Age	
6.2.2	Sexe	
6.2.3	Commune de résidence	
6.2.4	Horaires et jours de consultations	
6.2.5	Mode d'arrivée	
6.2.6	La couverture sociale	
6.2.7	Devenir des patients	
6.2.8	Durée des symptômes	
6.3	Discussion et analyse du comportement des patients et de leur connaissance des urgences.....	52
6.3.1	Consultation préalable chez le médecin traitant	
6.3.2	Nombre de recours aux urgences	
6.3.3	Pourquoi avoir choisi les urgences plutôt qu'une autre filière médicale ?	
6.3.4	Notion d'urgence pour le patient	
6.3.5	Méconnaissance des maisons médicales de garde	
6.4	Discussion et analyse sur les consultations inappropriées.....	58
VII-Conclusion	61
Références bibliographiques	62
Tables des illustrations	66

Annexes.....	68
N°1 : Questionnaire remis aux patients	
N°2 : Consentement	
N°3 : Déclaration au CNIL	
N°4 : Courrier adressé au chef de service des urgences	
N°5 Demande imprimatur	
Serment d'Hippocrate.....	74

1. Introduction

La santé est devenue un enjeu crucial pour notre société, que ce soit du point de vue des usagers qui demandent une médecine de plus en plus performante et efficace ou que ce soit sur le plan politico-économique où elle est devenue un enjeu essentiel pour nos dirigeants sur le plan budgétaire.

Au cours du cursus universitaire médical, les urgences sont l'axe principal de l'internat, aussi bien à travers un stage obligatoire que par les gardes, c'est le service où le médecin en formation passe le plus de temps durant ses études avec une patientèle très variée et par cela il en devient incontournable.

Bien que le médecin généraliste soit au cœur du système de santé depuis janvier 2005 à travers le parcours de soins coordonnés, les urgences restent un service spécialisé accessible librement 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sans que le patient ait besoin de consulter préalablement.

Depuis 10 ans, le recours aux services d'accueil des urgences augmente de façon exponentielle. Selon J Peneff⁵⁹ en 2000 dans une étude intitulée : « les malades des urgences, une forme de consommation médicale », les usagers des urgences tendent peu à peu à abandonner le médecin de famille. Ils préfèrent s'adresser à un centre médical collectif ouvert en permanence. Les patients veulent une médecine rapide, technique, à des horaires qui correspondent à leur mode de vie, et leur préférence va à une structure collective dans laquelle ils cherchent à rencontrer un soignant et non forcément un médecin.

Il est donc intéressant pour la pratique de la médecine générale libérale d'étudier le comportement des « usagers » qui accèdent à ce service et d'analyser le recours à ce parcours de soins.

C'est pourquoi nous avons voulu à travers cette étude, déterminer la proportion de consultations justifiées dans ce service de l'hôpital. En effet, l'affluence et les motifs de consultations que nous avons rencontrés lors de nos passages aux urgences ont été déterminants dans ce questionnaire qui est l'objectif principal de notre thèse.

Nous avons secondairement souhaité mieux comprendre le recours à ce service de la part d'utilisateurs toujours plus nombreux et exigeants. En analysant le parcours de soins des patients, en étudiant certains facteurs nous avons voulu déterminer le profil type d'un patient consultant au SAU.

Dans un premier temps, nous allons revenir sur quelques généralités concernant les urgences. Après avoir défini nos objectifs, nous expliquerons quelle population nous avons étudiée et la manière dont elle a été recrutée.

Ensuite nous exposerons nos résultats puis les discuterons en fonction de la littérature.

2. Généralités sur les urgences

2.1 Définitions de l'urgence

2.1.1 Dictionnaire ⁵⁶

Le dictionnaire définit l'urgence comme une situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin, seul compétent pour administrer les soins ou prescrire les médicaments nécessaires.

2.1.2 Ecole Nationale de Santé Publique

Est défini comme « urgence » tout ce qui est ressenti par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard.

2.1.3 Conseil de l'Ordre des Médecins ¹⁶

Il ne donne pas une définition de l'urgence mais cinq niveaux selon la gravité de l'état :

- Niveau 1 : ne justifie pas d'accès à un plateau technique en urgence
- Niveau 2 : pronostic vital non engagé, état stable mais nécessité d'un plateau technique
- Niveau 3 : pronostic incertain et instable, nécessité d'un accès rapide à un plateau technique parfois spécialisé
- Niveau 4 : pronostic vital engagé et nécessité d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR
- Niveau 5 : situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR.

Cette définition en 5 stades se rapproche de la classification clinique des malades urgents (CCMU)⁴⁸.

Depuis 2013 deux nouvelles classifications ont été ajoutées :

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

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

2.2 Les Services d'Accueil des Urgences

Les décrets n° 95-647 du 9 mai 1995 et n° 97-615 du 30 mai 1997³⁵ ont structuré l'accueil des urgences sur le territoire, en distinguant différents types de services ayant des missions sensiblement différentes :

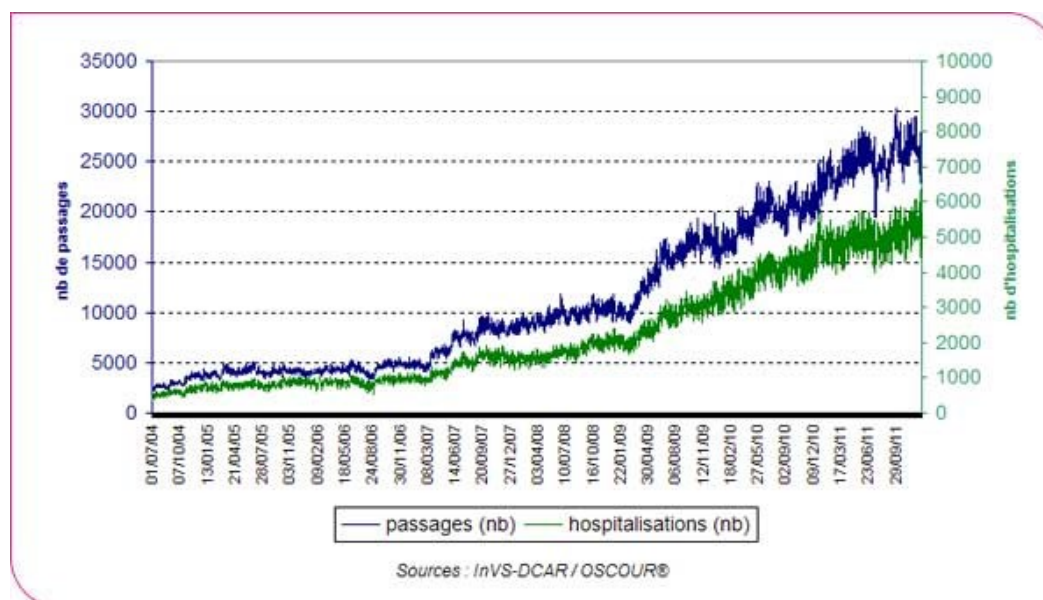
Les Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU) sont les pivots de cette organisation en réseau hiérarchisé et coordonné. Ils doivent en effet assurer la prise en charge sur place de tous les types d'urgences qui se présentent à eux, y compris les patients dont le pronostic vital est menacé et qui requièrent une hospitalisation en réanimation. Mais ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population (au moyen de convention) et des pôles spécialisés. Les établissements autorisés à faire fonctionner un SAU doivent donc disposer d'un certain nombre de moyens lourds : SMUR, réanimation, plateau technique d'imagerie, de biologie de chirurgie et d'anesthésie fonctionnel 24 heures sur 24, et d'un éventail de spécialistes (psychiatre, pédiatre,...).

Les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) accueillent également tout patient qui se présente, traitent sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens humains et techniques et orientent les autres vers des établissements adaptés dans le cadre de « contrats relais » passés avec chacun d'entre eux, définissant au préalable les règles de ces coopérations.

Les pôles spécialisés des urgences (POSU), comme leur nom l'indique, ne peuvent assurer qu'un type d'urgences en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement (par exemple les hôpitaux pédiatriques peuvent être autorisés à faire fonctionner un POSU pédiatrique). Ils doivent également passer convention avec un établissement siège de SAU. Cette structuration selon les missions s'ajoutant aux différences de statut et surtout de volumes d'activité, souligne l'hétérogénéité des services d'urgence sur le territoire.

2.3 Une fréquentation exponentielle

Le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) été mis en place dès juillet 2004 ¹¹, grâce au soutien de la Direction Générale de l'Offre de Soins, de la Société Française de Médecine d'Urgence et des partenaires régionaux. On compte au moins une structure d'urgence dans le réseau OSCOUR® pour l'ensemble des régions françaises, y compris ultramarines. En juin 2013 le réseau publie une étude montrant l'augmentation du recours aux services d'accueil des urgences. (Graphique1)



En 2007 un rapport de l'Assemblée nationale ⁶ reprenant les chiffres de la DRESS faisait déjà remarquer l'augmentation exponentielle du nombre de recours aux urgences. Elle estime à 40% l'augmentation de la fréquentation entre 1996 et 2004.

Concernant la Martinique, l'Institut Nationale de Veille Sanitaire estimait en 2009³³ à 600 passages hebdomadaires en moyenne les recours aux urgences du CHU de Fort de France.

L'ARS de Martinique⁷ a dénombré 130160 passages pour l'accueil et le traitement des urgences sur l'année 2012 tous sites confondus, alors qu'elle le chiffrait à 74435 en 1999⁵⁸.

Un chiffre qui a pratiquement doublé en 13 ans.

Sur le site internet du CHU de Fort de France, ils estiment à environ 36000 le nombre de passages annuels aux urgences de PZQ.

2.4 Les Maisons Médicales de Garde

2.4.1 Définition¹⁵

Une maison médicale de garde, ou MMG, se définit 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. Elle répond à un besoin précis et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS). Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine. Son accès devrait être en grande partie médicalement régulé (SAMU). L'article R. 6123-26 du Code de la Santé Publique l'intègre entièrement dans le réseau des urgences défini plus haut.

2.4.2 En Martinique

Dans le département il existe 3 MMG publiques (Fort-de-France, Marin et Trinité) et une MMG privée (Clinique St Paul).

La Maison médicale de Trinité a été ouverte le 7 juin 2013.

Les horaires d'ouverture sont de 19h à minuit la semaine, 13h à minuit le samedi et 7h à minuit les dimanches et jours fériés.

2.4.3 Fréquentation

Une étude est en cours quant à la fréquentation des MMG en Martinique.

Nous avons contacté l'ARS de Martinique et des projections de fréquentation sont en cours de réalisation en vérifiant auprès de la CGSS.

Les résultats seront disponibles prochainement.

3. Objectifs

3.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude a été de déterminer la proportion de consultations justifiées dans le service des urgences du centre hospitalier de Trinité parmi les consultations d'utilisateurs venant par leurs propres moyens.

3.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- Tenter de déterminer le profil type d'un patient venant consulter par ses propres moyens aux urgences (âge, sexe, commune de résidence, emploi, couverture sociale...)
- Essayer de comprendre à travers un questionnaire, les attentes et motivations de ces consultations non véhiculées (SAMU, pompiers, ambulances)
- Tenter de déterminer le profil d'un patient consultant de façon dite « inappropriée ».

4 Matériels et méthodes

4.1 Population étudiée

Nous avons répertorié la totalité des consultations au service d'accueil des urgences durant une semaine en excluant les mineurs et les patients de nationalités étrangères.

Nous avons distingué dans cette population, celle qui venait par ses propres moyens et celle qui arrivait par véhicules de secours (ambulance, pompiers, SAMU).

4.2 Méthodes

4.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, elle n'entraîne pas une modification de la prise en charge du patient. C'est une étude descriptive où nous nous attachons à faire un état des lieux de la fréquentation des urgences au centre hospitalier de Trinité et en même temps c'est une étude analytique car à travers un questionnaire nous recherchons une étiologie au passage des patients à travers ce service.

L'enquête est transversale car elle s'attache à évaluer une prévalence à un temps donné. Il n'y a pas de suivi des patients dans le temps et l'on peut parler de « cliché d'une population ».

Finalement l'étude est à la fois qualitative car elle s'applique à étudier les comportements et les motivations d'un groupe restreint d'individus mais également quantitative.

4.2.2 Période et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Trinité du lundi 16 juin 2014 à 8h au lundi 23 juin 2014 à 8h.

Le Centre Hospitalier de Trinité est le centre d'accueil des urgences du Nord Atlantique (adultes, pédiatriques et gynécologiques) qui est désormais intégré dans le CHUM (Centre Hospitalier Universitaire de Martinique).

Il propose les activités suivantes : soins intensifs, diabétologie endocrinologie, pédiatrie et néonatalogie, maternité, chirurgie gynécologique, cardiologie, neurologie, rhumatologie, gériatrie (dont 30 lits d'Unité de Soins Longue Durée) et gastro-entérologie, ainsi qu'un service de médecine polyvalente. Ces activités s'articulent autour d'un plateau technique récent avec notamment une IRM.

L'hôpital de Trinité compte également une maison médicale de garde et abrite l'un des deux sites du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du CHU de Martinique.

Le service des urgences comporte 4 box et 2 box de déchocages qui regroupent urgences médicales et chirurgicales adultes ainsi que les urgences pédiatriques chirurgicales. Bien que la chirurgie ait disparu du centre hospitalier de Trinité, l'accueil des urgences continue à les recevoir et peut si besoin les orienter secondairement vers le CHU.

Les urgences comprennent également un service d'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) contenant 5 lits.

Le territoire « Nord Atlantique » concentre 22 % de la population, Il dessert un bassin de population estimé à 90 000 habitants⁵².

L'activité de l'hôpital de la Trinité représente 11 % de l'ensemble des séjours en MCO du département¹³.

4.2.3 Recueil des données

4.2.3.1 temps de recueil

Les données ont été recueillies en temps réel du lundi 16 juin 8h au lundi 23 juin 2014 à 8h inclus. Nous étions présents sur place de 7h du matin à 20h le soir pour répertorier toutes les entrées. Celles de la nuit étaient reprises le matin à notre arrivée.

4.2.3.2 Données examinées

Pour chaque arrivée d'un patient majeur et de nationalité française, nous avons noté les données socio-démographiques que nous pouvions récupérer dans le cahier d'admission du service (âge, sexe, commune, mode d'arrivée et devenir).

Nous avons tout d'abord fait une distinction entre les patients consultant par leurs propres moyens et ceux amenés véhiculés (ambulance, pompiers, SAMU).

Pour tous les patients, nous avons repris les données d'âge, sexe, commune, heures d'arrivées, devenir et nous sommes parvenus à établir une « photographie » sociale et démographique d'une population totale.

Puis pour les patients consultant par leurs propres moyens, nous leur avons soumis un questionnaire afin de mieux comprendre leur démarche quant au recours au SAU.

Ensuite nous avons donné un avis personnel sur la justification de leur passage dans ce service et ainsi déterminé le caractère « approprié » ou non de la consultation pour ce sous-groupe.

4.2.3.3 Avis urgentiste et médecin hospitalier

Pour chaque usager arrivé aux urgences par ses propres moyens et ayant répondu au questionnaire, nous avons pris l'avis d'un médecin urgentiste soit le jour même de la consultation soit a posteriori sur dossier pour avoir leur avis sur la justification ou non selon eux du passage au SAU.

Pour les dossiers où nous avons eu un désaccord, un troisième avis d'un praticien hospitalier a été demandé.

Nous avons pu ainsi répondre à l'objectif principal concernant la proportion de consultations dites « appropriées ».

4.2.3.4 Questionnaire

Concernant les objectifs secondaires, un questionnaire a été remis systématiquement aux patients venant aux urgences par des moyens personnels. Un consentement a été demandé à chacun d'eux afin d'obtenir leur accord pour participer à cette étude et qui leur a été fait signer. Les documents sont présentés en annexe 1 et 2. Concernant les patients de nuit, le questionnaire pouvait leur être soumis à notre arrivée le matin s'ils étaient toujours présents, sinon un rappel téléphonique systématique a été réalisé pour les interroger.

Ce dernier reprend les données socio-démographiques des patients et répond à plusieurs questions :

- L'existence ou non d'une couverture sociale
- Pour les patients de moins de 60 ans nous leur avons demandé s'ils avaient un emploi
- La prise ou non d'un traitement au long cours

- S'ils ont ou pas un médecin traitant
- S'ils ont pris un avis médical avant de se rendre au SAU et si oui de quelle manière et dans le cas contraire pour quelles raisons
- La durée d'apparition de leurs symptômes
- S'ils considèrent venir au SAU pour un problème urgent
- Les raisons pour lesquelles ils ont préféré venir aux urgences plutôt que de consulter un médecin généraliste
- Combien de fois ont-ils consulté au SAU en une année
- S'ils connaissent l'existence de la MMG et dans l'affirmative pourquoi ne s'y sont-ils pas rendus.

Il est à noter que pour les patients ne sachant ni lire, ni écrire, le questionnaire leur a été formulé verbalement et nous avons noté nous-mêmes les réponses.

Pour ceux qui n'étaient pas en mesure de répondre leur capacité intellectuelle ne leur permettant pas, ou leur état de santé les en empêchant, le questionnaire a été soumis à l'entourage.

4.2.3.5 Exploitation des données et outils statistiques

Toutes les données ont été reportées dans un tableau type Excel® avec l'accord de la CNIL (récépissé de déclaration 1792296). Ce récépissé est produit en annexe 3.

Nous avons ensuite repris tous ces résultats sous forme de statistiques en établissant des tableaux et graphiques.

5. Résultats

5.1 Nombre global de patients

Durant la semaine de l'étude le nombre total de passages s'était élevé à 367.

42 mineurs et 3 étrangers avaient été exclus de l'étude.

5.2 Données générales sur l'ensemble des usagers

5.2.1 Sexe

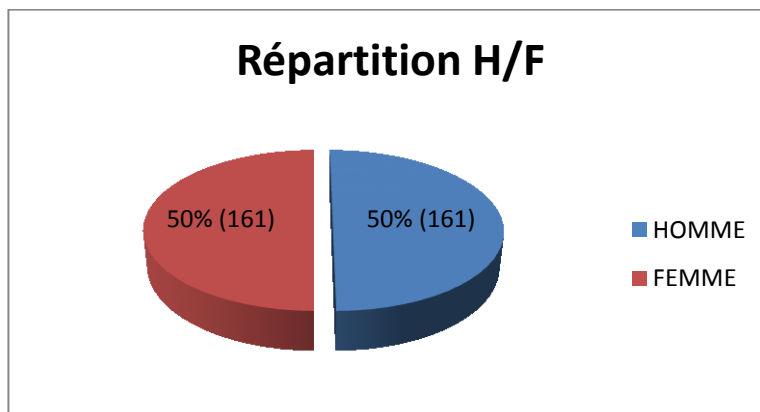


Figure 1. Répartition par sexe sur l'ensemble des consultations

Durant la semaine du 16 au 23 juin 2014, il y a eu 161 consultations de femmes et 161 consultations d'hommes.

5.2.2 Age

La moyenne d'âge globale était de 58,9 ans pour les hommes et 56,7 ans pour les femmes.

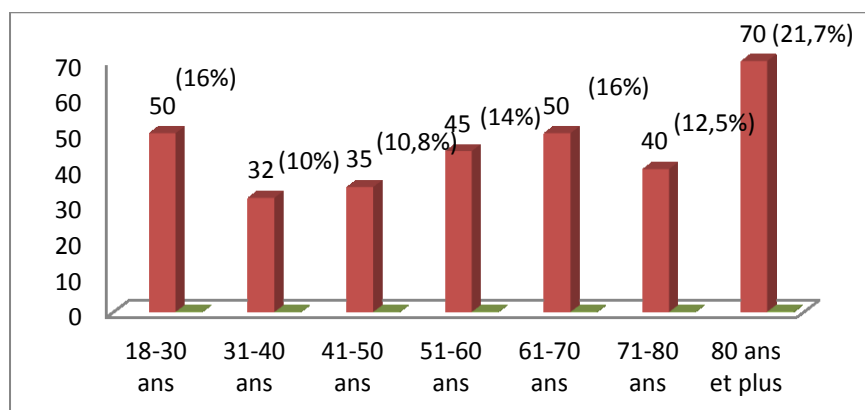


Figure 2. Nombre de passages par tranche d'âge sur l'ensemble des consultations.

Les plus de 70 ans représentaient 34,2% des consultations durant la semaine de l'étude soit 110 patients.

5.2.3 Commune de résidence

Commune	Nombre	Pourcentage
Sainte Marie	80	24,80%
Robert	50	15,50%
Trinité	42	13%
Lorrain	33	10,20%
Gros Morne	25	7,70%
Le François	23	7,10%
Le Marigot	15	4,60%
Basse Pointe	12	3,70%
Le Lamentin	9	2,70%
Grand Rivière	6	1,80%
FdF/Schœlcher	5	1,50%
Ajoupa Bouillon	4	1,20%
Macouba	3	1%
Le Vauclin	3	1%
Saint Joseph	3	1%
Métropole	2	0,60%
Ducos	1	0,30%
Rivière Salée	1	0,30%
Sainte Luce	1	0,30%
Morne Rouge	1	0,30%
Saint Esprit	1	0,30%
Diamant	1	0,30%
Rivière Pilote	1	0,30%

Tableau 1. Nombre de passages par commune pour l'ensemble des consultations

270 patients soit 83.8% qui avaient consulté aux urgences du Centre Hospitalier de Trinité étaient résidents de la zone « Nord Atlantique », soit des communes de Trinité, Robert, Ste Marie, Lorrain, Gros Morne, Ajoupa Bouillon, Macouba, Marigot, Basse-Pointe et Grand-Rivière.

5.2.4 Devenir

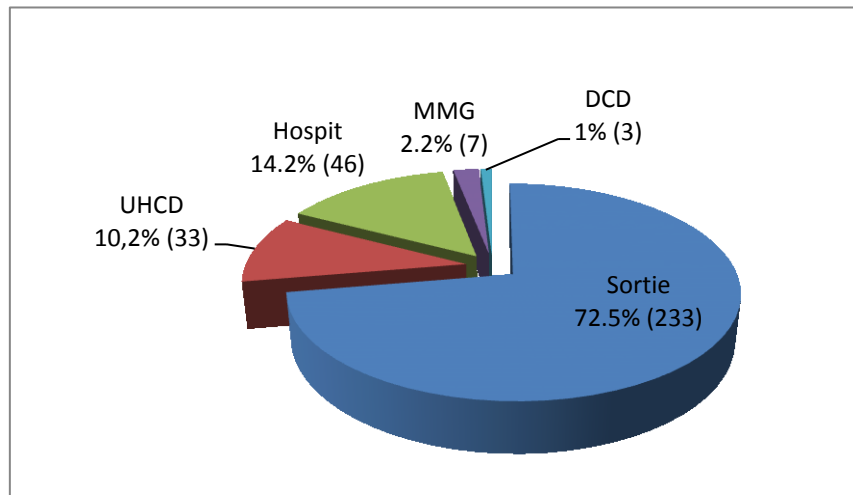


Figure 3. Devenir de l'ensemble des patients

233 patients consultant aux urgences étaient sortants directement soit 72.5%, 79 patients avaient été hospitalisés soit 24.4% et 7 avaient été réorientés vers la Maison Médicale de Garde soit 2.2%.

5.2.5 Nombre de passages par jour

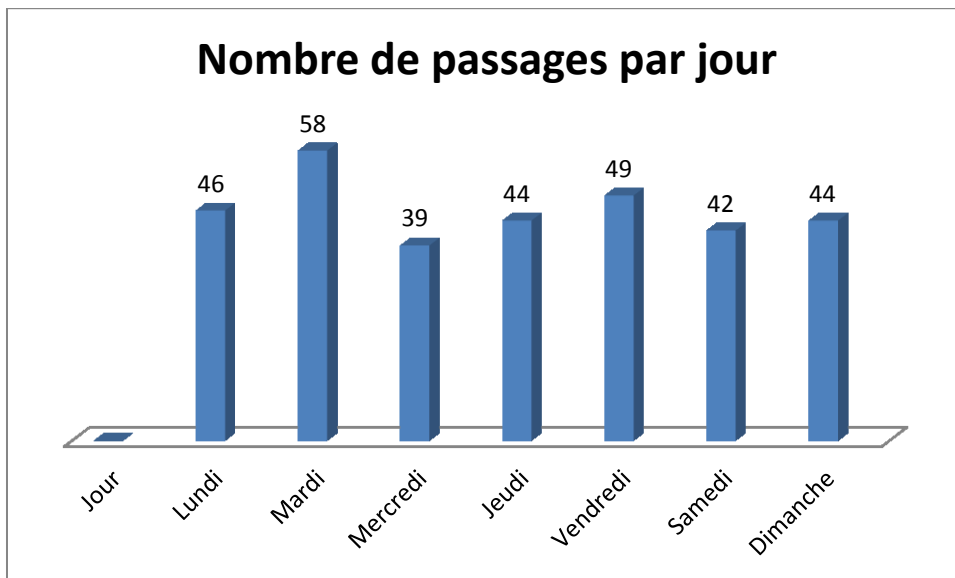
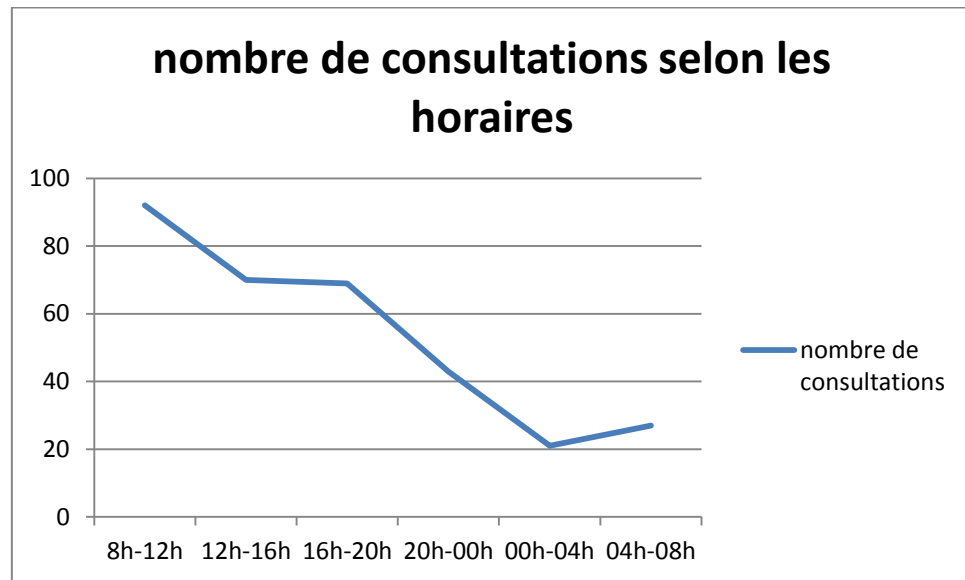


Figure 4. Nombre de passages par jour sur l'ensemble des consultations

86 consultations avaient eu lieu le week-end soit 26.7% et 236 avaient eu lieu durant la semaine soit 73.3%. Le test de Student retrouve un p-value à 0.26. Ce résultat est statistiquement non significatif sur la différence de fréquentation la semaine et le week-end.

5.2.6 Nombre de consultations selon les horaires



Graphique 1. Nombre de consultations selon les horaires

Nous avons observé une diminution progressive de la fréquentation au cours de la journée avec une légère augmentation des passages au petit matin.

5.2.7 Proportion de patients consultant par moyens personnels

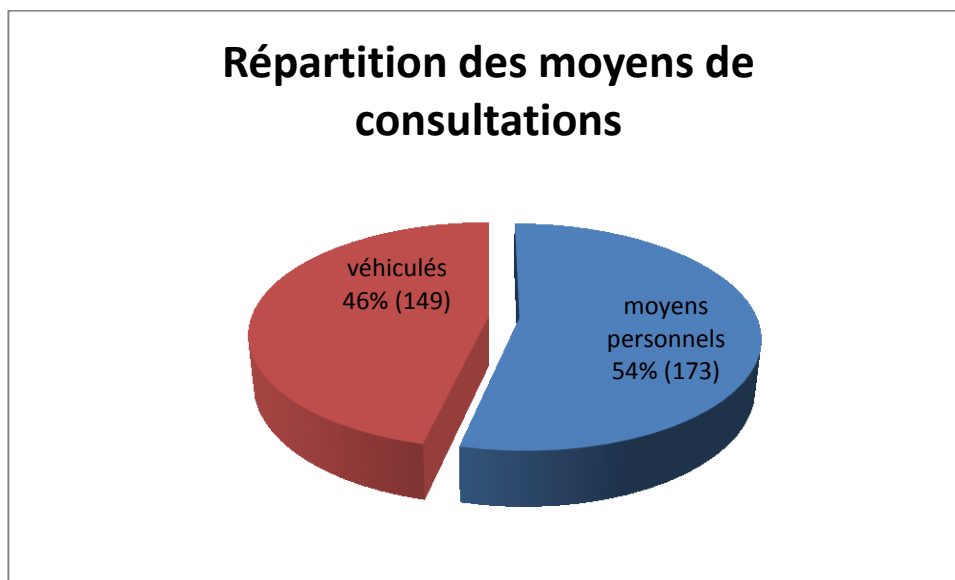


Figure 5. Proportion de consultations par moyens personnels

173 patients consultant aux urgences étaient venus par leurs propres moyens soit 54%.

5.3 Questionnaire

Nous avons obtenu un taux de réponse de 89%. Sur les 173 consultations par moyens personnels 154 avaient accepté d'y répondre. 19 patients n'avaient pas répondu car ils ne le souhaitaient pas, ou nous n'avions pas pu les joindre par téléphone.

Les résultats qui vont suivre portent donc sur 154 patients ayant répondu au questionnaire, ce qui représente notre sous-population d'étude.

5.4 Résultats concernant les consultations par moyens personnels

5.4.1 Sexe

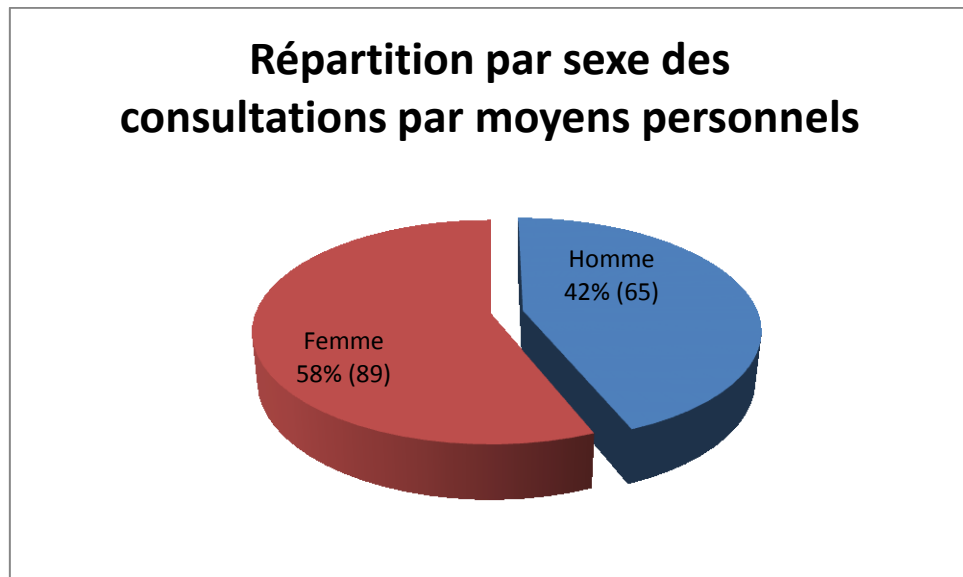


Figure 6. Répartition par sexe des consultations par moyens personnels

Nous avons répertorié 89 admissions de femmes soit 58% des consultations par moyens personnels durant la semaine d'étude.

5.4.2 Age

La moyenne d'âge pour les consultations par moyens personnels était de 50,6 ans pour les hommes et 47.1 ans pour les femmes.

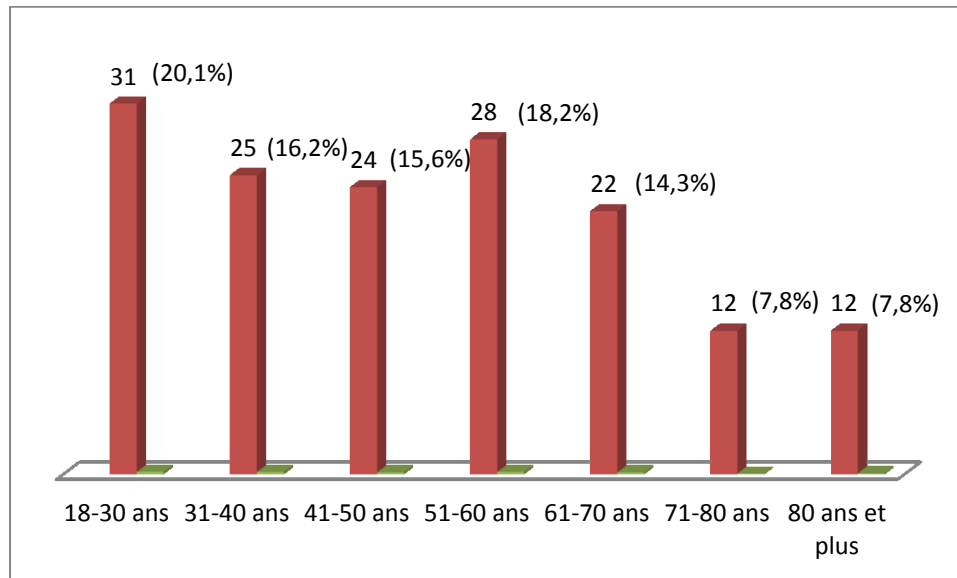


Figure 7. Répartition des consultations par moyens personnels par tranche d'âge

Les plus de 70 ans représentaient 15,6% des consultations soit 24 patients.

108 consultations concernaient les moins de 60 ans soit 70% des consultations par moyens personnels.

5.4.3 Commune de résidence

Commune	Nombre	Pourcentage
Sainte Marie	44	28,60%
Robert	28	18,20%
Trinité	23	15%
Lorrain	13	8,40%
Gros Morne	12	7,80%
Le François	7	4,50%
Le Marigot	8	5,10%
Basse Pointe	3	2%
Le Lamentin	4	2,5%
Grand Rivière	3	2%
FdF/Schœlcher	2	1,30%
Ajoupa Bouillon	1	0,60%
Macouba	1	0,60%
Le Vauclin	0	0%
Saint Joseph	3	2%
Métropole	2	1,30%
Ducos	0	0%
Rivière Salée	0	0%
Sainte Luce	0	0%
Morne Rouge	0	0%
Saint Esprit	0	0%
Diamant	0	0%
Rivière Pilote	0	0%

Tableau 2. Nombre de consultations par moyens personnels par commune

On dénombrait 136 consultations par moyens personnels de patients vivant dans la région « Nord-Atlantique » soit 88,3%.

5.4.4 Devenir des consultations par moyens personnels

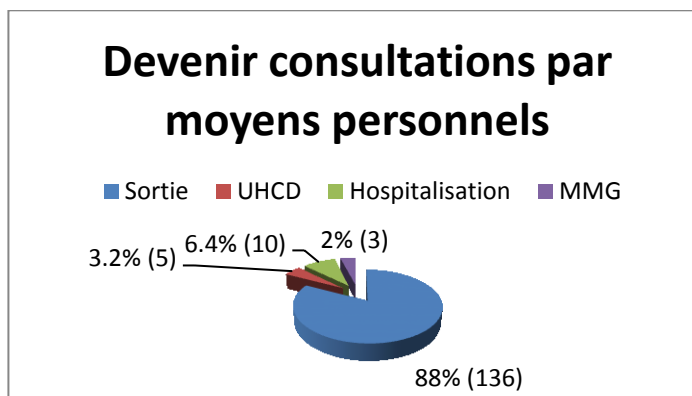


Figure 8. Devenir des consultations par moyens personnels

136 consultations par moyens personnels étaient sortantes soit 88.3%. 15 nécessitaient une hospitalisation soit 9.7%. 3 consultations étaient réorientées vers la Maison Médicale de Garde soit 2%.

5.5 Résultats du questionnaire

5.5.1 Couverture sociale

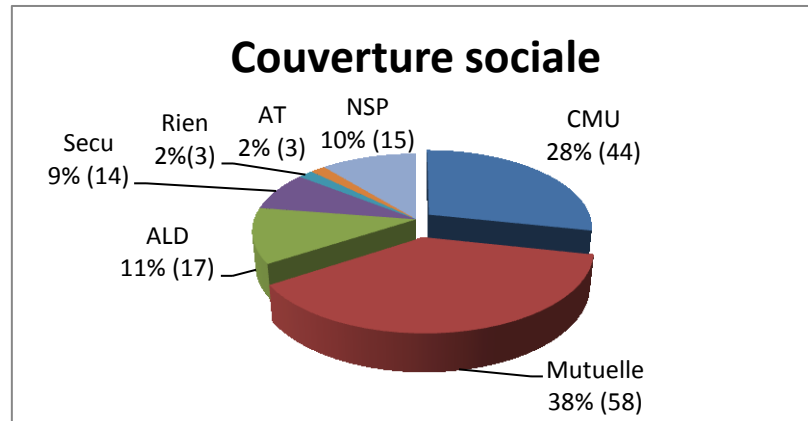


Figure 9. Répartition des consultations par moyens personnels et couverture sociale

58 patients avaient une couverture mutuelle soit 38%, 44 avaient une CMU soit 28%, 17 patients consultaient en rapport avec une ALD soit 11%, 9% étaient seulement inscrits à la CGSS, 2% n'avaient aucune couverture sociale, 2% consultaient pour accident de travail et 15 patients ignoraient s'ils possédaient une assurance maladie soit 10%.

5.5.2 Emploi

Après avoir soumis cette question uniquement aux patients de moins de 60 ans, nous obtenons les résultats suivants :

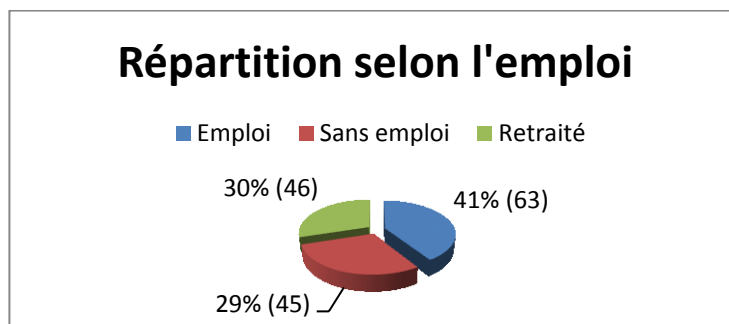


Figure 10. Répartition des consultations par moyens personnels selon l'emploi.

45 patients consultant par leurs propres moyens aux urgences étaient sans emploi soit 29%.

5.5.3 Traitement quotidien

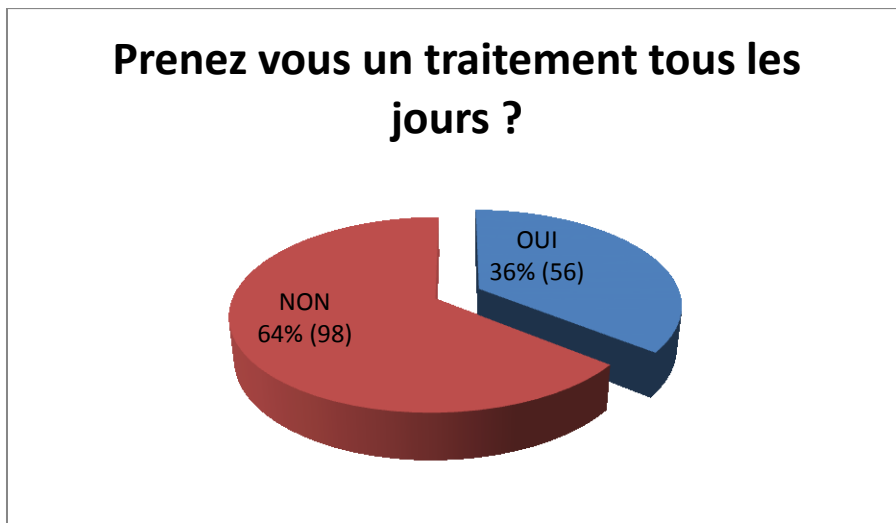


Figure 11. Répartition des consultations selon la prise de traitement quotidien

98 patients ne prenaient aucun traitement quotidiennement soit 64%.

5.5.4 Médecin traitant

97,4% des sondés déclaraient avoir un médecin traitant soit 150 usagers des urgences. 1 patient signalait ne pas avoir déclaré de médecin traitant. 3 patients soit 2% ne savaient pas s'ils en avaient un.

5.5.5 Avis médical avant de se rendre au SAU

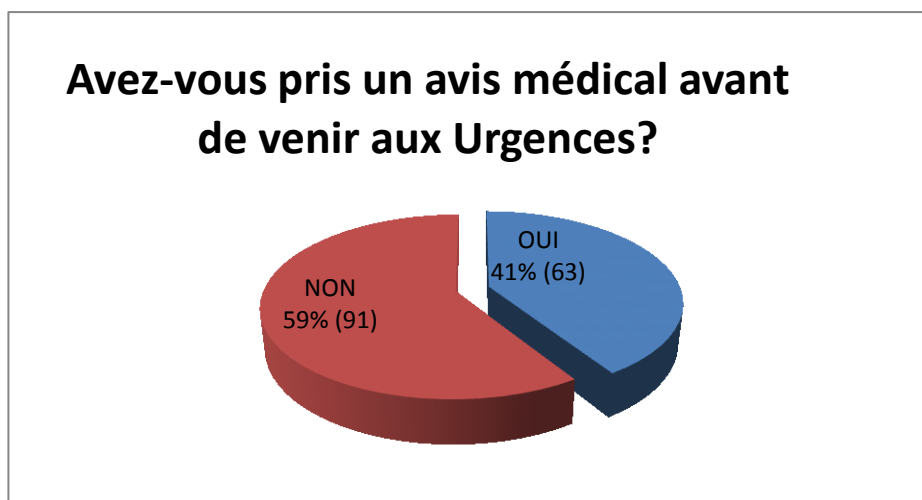


Figure 12. Répartition des consultations selon un avis médical antérieur

63 patients avaient pris un avis médical avant de se présenter aux urgences soit 41%.

Dans le questionnaire nous avons demandé la manière dont l'avis médical a pu être pris et les résultats sont les suivants :

Mode d'avis médical	Nombre	Pourcentage
Physiquement son médecin traitant	40	26,00%
Téléphoniquement son médecin	15	9,70%
Téléphoniquement le SAMU	4	2,60%
Physiquement un spécialiste	3	2,00%
Téléphoniquement le SAU	1	0,60%
Pas d'avis médical	91	59%

Tableau 3. Mode d'avis médical préalable avant de se rendre au SAU

Sur les 40 patients ayant consulté physiquement leur médecin traitant 14 d'entre eux avaient un courrier d'introduction au Service d'Accueil des Urgences, soit 35%.

8 patients avaient pris un avis médical extérieur à leur médecin traitant, donc 99 patients n'avaient pas consulté leur médecin généraliste soit 64.2%.

5.5.6 Pourquoi ne pas avoir consulté son médecin traitant ?

Pourquoi ne pas avoir consulté son MT	Nombre	Pourcentage
Problèmes d'horaires	41	41.0%
Meilleure prise en charge au SAU	29	29.0%
Déjà consulté mais pas amélioration	10	10.0%
Trajet/trop éloigné	7	7.0%
conseil IDE ou Gendarmerie	4	4,0%
Problèmes financiers	3	3,0%
Refus médecin traitant	2	2.0%
Médecin décédé	1	1.0%
Pas de médecin traitant	1	1.0%
Pression familiale	1	1.0%

Tableau 4. Motifs de non consultation chez le médecin traitant

41% des usagers des urgences ne s'étaient pas rendus chez leur médecin pour des problèmes d'horaires (En dehors des heures d'ouverture, congés ...) soit 41 patients.

5.5.7 Durée d'évolution des symptômes

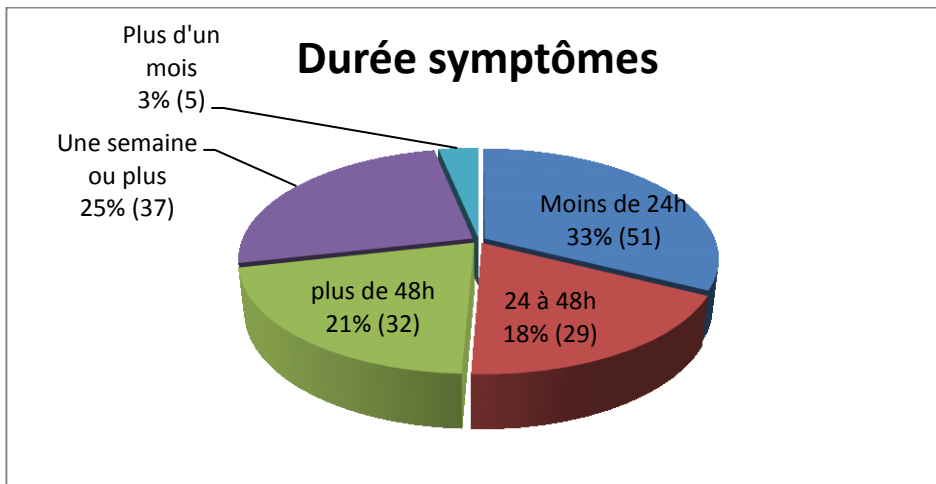


Figure 13. Répartition des consultations selon la durée des symptômes

51 patients consultaient aux urgences pour des symptômes présents depuis moins de 24 heures soit 33%. 74 s'étaient rendus au SAU pour des symptômes datant de plus de 48 heures ce qui représente 49%.

5.5.8 Pensez-vous venir pour un problème urgent ?

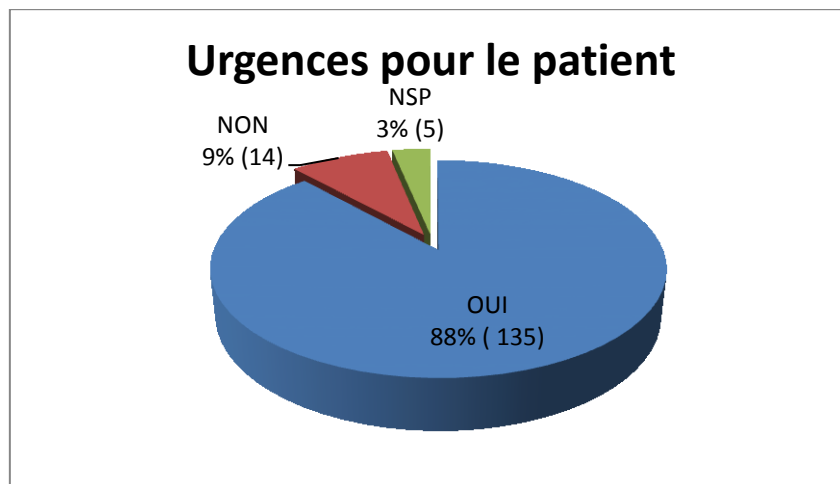


Figure 14. Urgences selon le patient

135 patients consultant au SAU jugeaient que leur problème de santé était une urgence soit 88%. 14 admettaient que leur cas ne requérait pas un passage dans un service d'accueil d'urgences soit 9%.

3% ignoraient si leur passage était justifié ou non.

5.5.9 Motivations à consulter au SAU plutôt qu'un médecin généraliste

Pourquoi les urgences plutôt que MG	Nombre	Pourcentage
Possibilité de réaliser des examens	61	39,60%
Médecin généraliste incompetent	19	12,30%
Nécessite une hospitalisation	16	10,30%
Pronostic vital engagé	15	9,70%
Moins d'attente	14	9,10%
Horaires du MG	10	6,40%
Pas d'avance des frais	6	3,90%
Trajet/trop éloigné	4	2,60%
Travail sur place	3	2%
Habite à côté	1	0,60%
Préfère les urgences	1	0,60%
Consulte toujours aux urgences	1	0,60%
Pour consulter un spécialiste	1	0,60%
Conseil gendarmerie	1	0,60%
Ne sait pas	1	0,60%

Tableau 5. Motifs de non consultation chez un médecin généraliste

Ces résultats avaient été obtenus parmi les 99 patients n'ayant pas vu ou pris l'avis d'un médecin généraliste. En effet 55 patients ont vu un médecin ou ont appelé avant de se présenter au SAU. Il était donc impossible de leur poser cette question puisque leur première intention a été de voir un médecin généraliste.

Les pourcentages sont exprimés par taux de réponse. Nous noterons donc que 61 patients sur les 99 interrogés avaient préféré venir aux urgences arguant la possibilité de réaliser des examens complémentaires soit 61.6%. Il y a plus de réponses que d'utilisateurs sondés car il s'agit d'un questionnaire à choix multiples.

5.5.10 Fréquence des consultations au SAU (Figure 15)

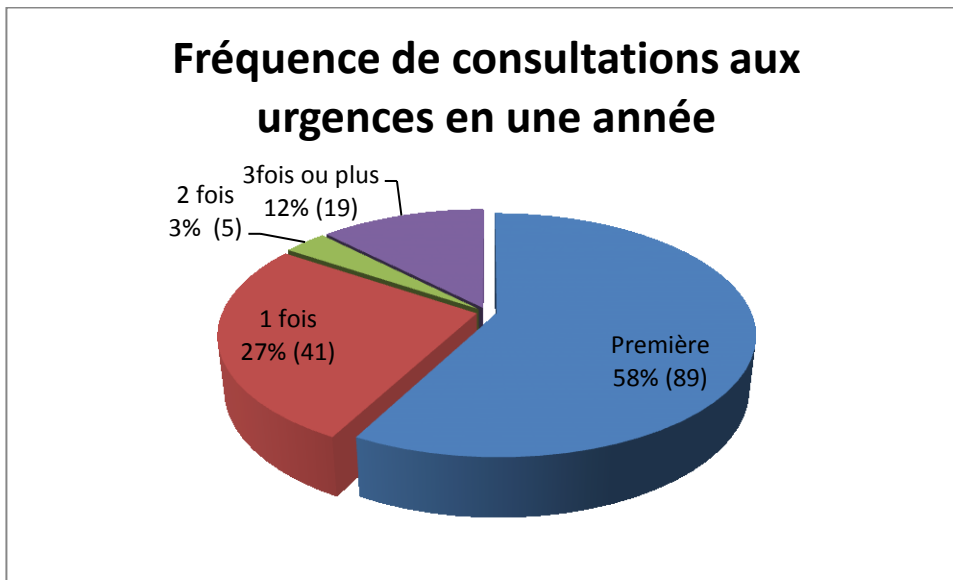


Figure 15. Répartition des consultations selon la fréquence de passages au SAU en une année.

89 patients consultaient aux urgences pour la première fois soit 58%, 27% avaient déjà consulté au cours de l'année et 19 patients avaient consulté plus de 3 fois en un an ce qui représente 12% des consultations.

5.5.11 Connaissance des Maisons Médicales de Garde

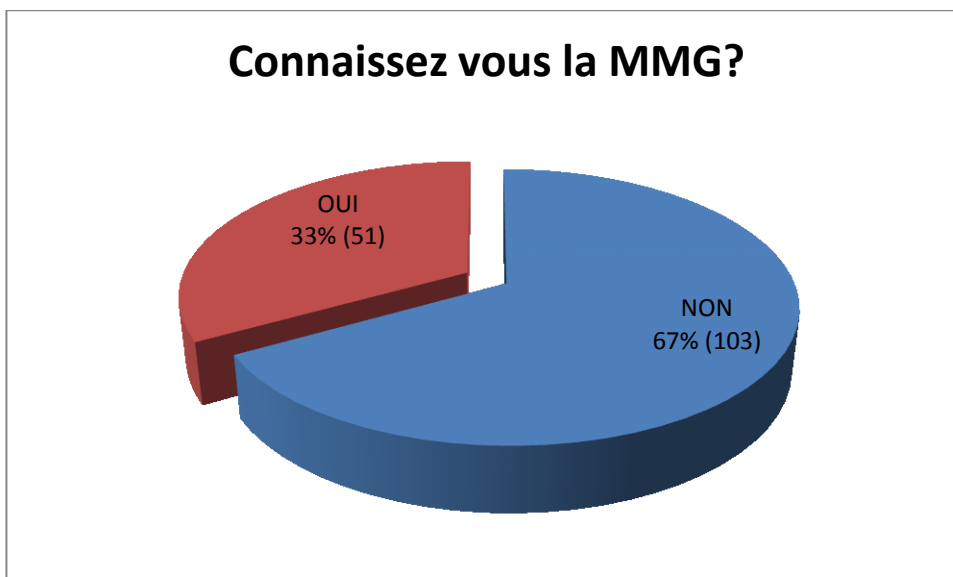


Figure 16. Nombre de patients connaissant l'existence de la MMG

103 patients ignoraient l'existence de la maison médicale de garde soit 67%.

5.5.12 Pourquoi ne pas être allé à la MMG ?

Sur 51 patients connaissant la maison médicale de garde, 26 d'entre eux n'y étaient pas allés à cause de problèmes d'horaires (hors horaires d'ouverture). Parmi ces 26 patients, 19 s'y seraient rendus si la maison médicale avait été ouverte soit 73% des patients concernés.

Pourquoi SAU plutôt que MMG	Nombre	Pourcentage
Problèmes d'horaires	26	40,60%
Trop grave	14	21,80%
Préfère les urgences	5	7,80%
Trop cher	4	6,25%
Conseil médical	4	6,25%
Travaille sur place	3	4,60%
Trop de monde	2	3,10%
Traitement immédiat	2	3,10%
Ne sait pas où elle se situe	1	1,50%
Déjà consulté mais pas amélioration	1	1,50%
Ne connaît pas le fonctionnement	1	1,50%
N'y a pas pensé	1	1,50%

Tableau 6. Motifs de non consultation à la MMG

5.6 Croisement des données

5.6.1 Comparaison âge et modes de consultations

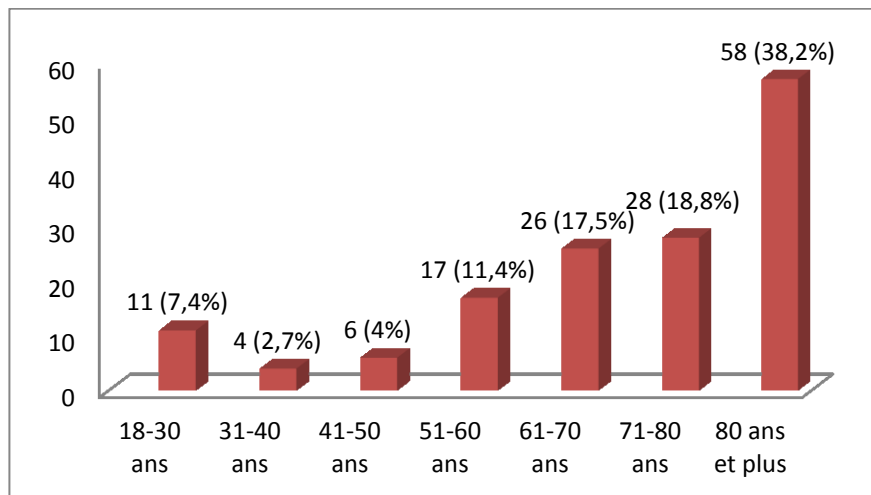


Figure 17. Répartition par tranche d'âge des consultations véhiculées

85 patients « véhiculés » avaient plus de 70 ans soit 57%.

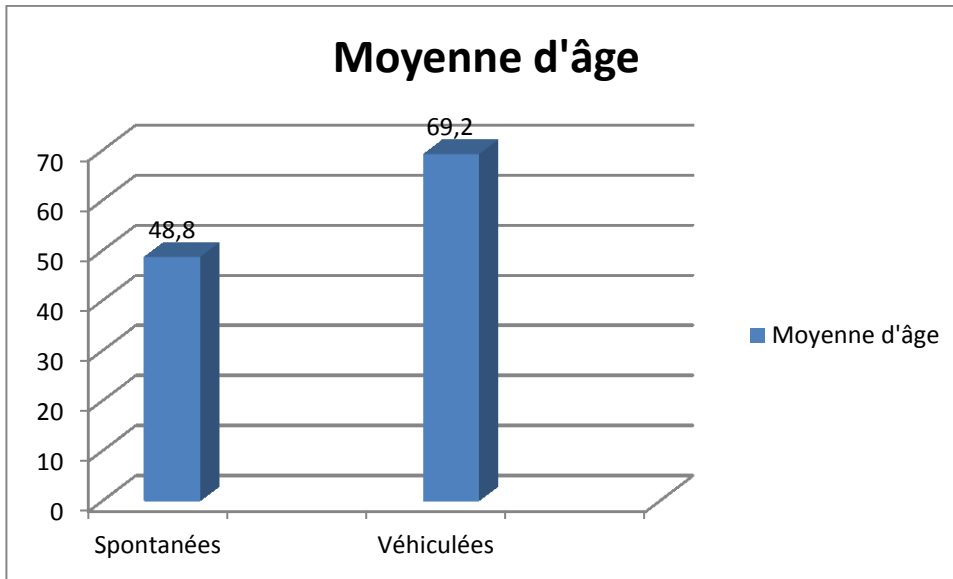
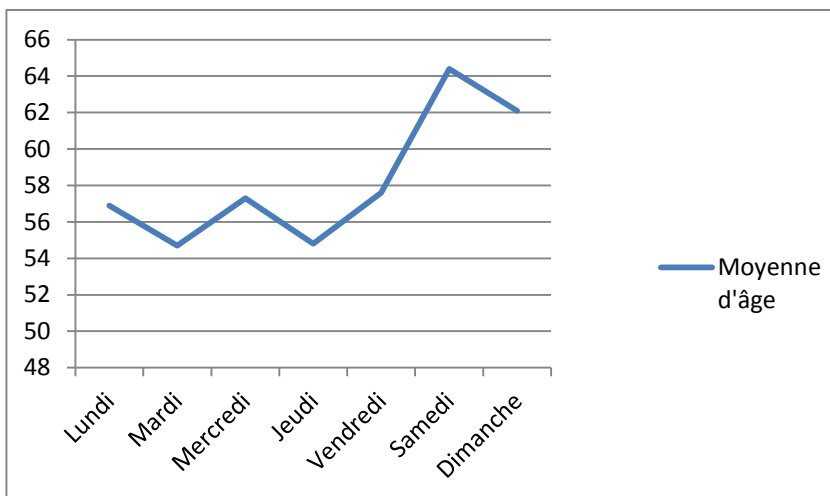


Figure 18. Moyenne d'âge selon le mode d'arrivée

La moyenne d'âge des patients consultant par leurs propres moyens était de 48,8 ans et les patients véhiculés aux urgences avaient une moyenne d'âge de 69,2 ans.

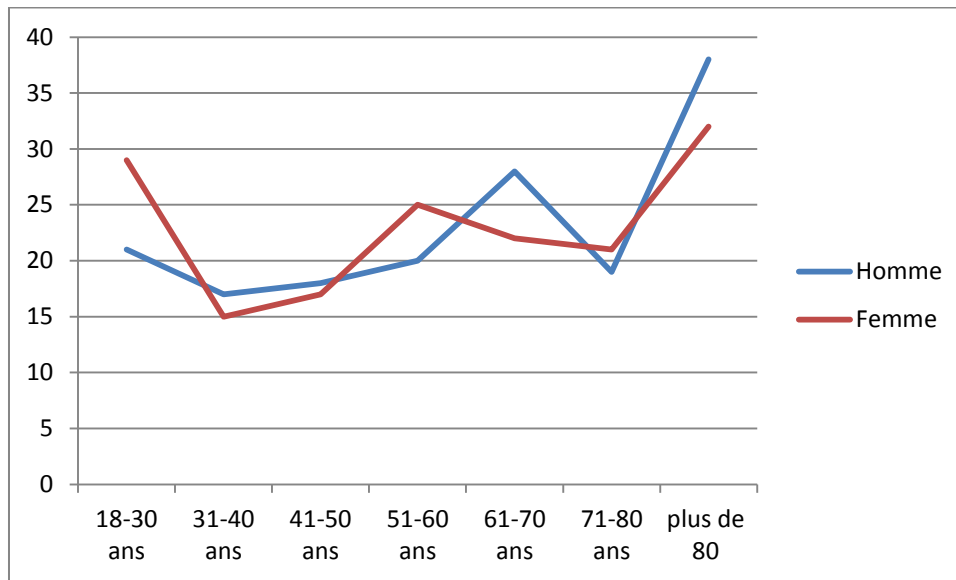
5.6.2 Moyenne d'âge sur la semaine



Graphique 2. Moyenne d'âge au cours de la semaine

La moyenne d'âge était de 63.2 ans le week-end contre 56.2 la semaine avec un p-value de 0.049 ce qui rend ce résultat statistiquement significatif.

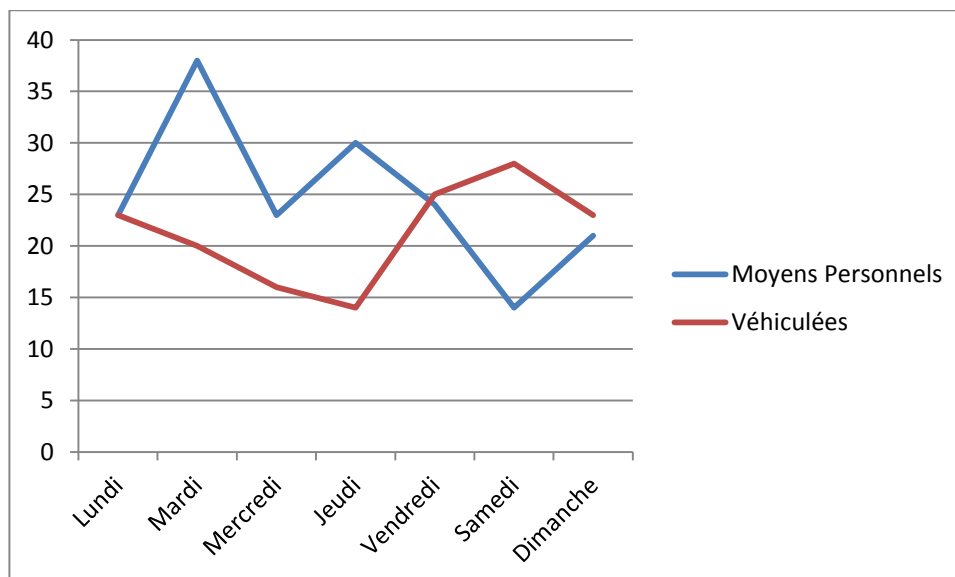
5.6.3 Nombre de consultations par tranche d'âge et sexe



Graphique 3. Nombre de consultations par tranche d'âge et sexe

Dans la tranche d'âge des 18-30 ans il y avait eu 28 consultations de femmes contre 21 chez les hommes soit 57% de cette tranche d'âge. Chez les plus de 60 ans, on dénombrait 85 consultations d'hommes soit 53% des consultations dans cette fourchette d'âge.

5.6.4 Mode de consultation sur la semaine



Graphique 4. Mode de consultations au cours de la semaine

Les consultations véhiculées augmentaient à l'approche du week-end et la courbe passait au-dessus des consultations par moyens personnels.

5.6.5 Devenir des patients selon l'âge

Devenir	Sortie		Hospitalisation		UHCD		MMG		Décès	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tranche d'âge										
18-30 ans	43	86%	2	4,00%	3	6%	2	4%	0	0%
31-40 ans	25	78,10%	2	6,25%	2	6,25%	3	9,40%	0	0%
41-50 ans	31	88,60%	1	2,80%	3	8,60%	0	0%	0	0%
51-60 ans	38	84,40%	3	6,70%	3	6,70%	1	2,20%	0	
61-70 ans	32	64%	12	24%	5	10%	1	2%	0	0%
71-80 ans	22	55%	9	22,50%	8	20%	0	0%	1	2,50%
80 ans et plus	42	60%	17	24,30%	9	12,80%	0	0%	2	2,90%

Tableau 7. Devenir des patients par tranche d'âge

137 patients âgés de moins de 60 ans étaient sortants soit 84.5%. 96 patients de plus de 60 ans étaient sortants soit 60%. 8 patients de moins de 60 ans étaient hospitalisés soit 5%, 23,7% des patients de plus de 60 ans nécessitaient une hospitalisation soit 38 usagers des urgences.

5.6.6 Traitement quotidien et fréquentation des urgences

Nombre de passages	Première		1 fois		2 fois		3 fois ou plus	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Traitement quotidien	25	28%	19	46%	3	60%	9	47%
Pas de traitement	64	72%	22	54%	2	40%	10	53%

Tableau 8. Fréquentation des urgences en fonction de la prise d'un traitement quotidien

64 patients consultant pour la première fois aux urgences ne prenaient pas de traitement quotidien soit 72%.

5.7 Justification de l'urgence

Pour les 154 patients ayant répondu au questionnaire, un avis sur le caractère « approprié » ou non de la consultation aux urgences avait été donné.

5.7.1 Avis du médecin généraliste exerçant en libéral

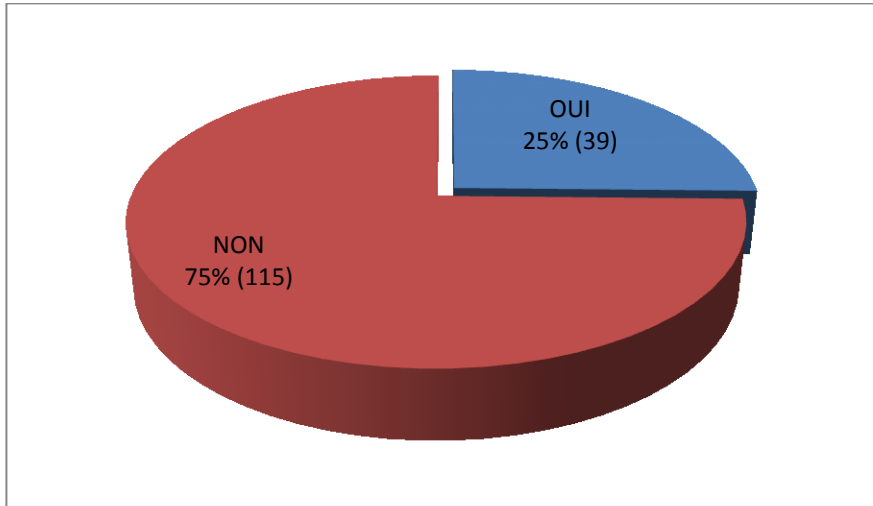


Figure 19. Avis du libéral sur la notion d'urgence

Pour le médecin libéral, 115 consultations étaient « inappropriées » soit 75%.

5.7.2 Avis urgentiste sur les consultations par moyens personnels

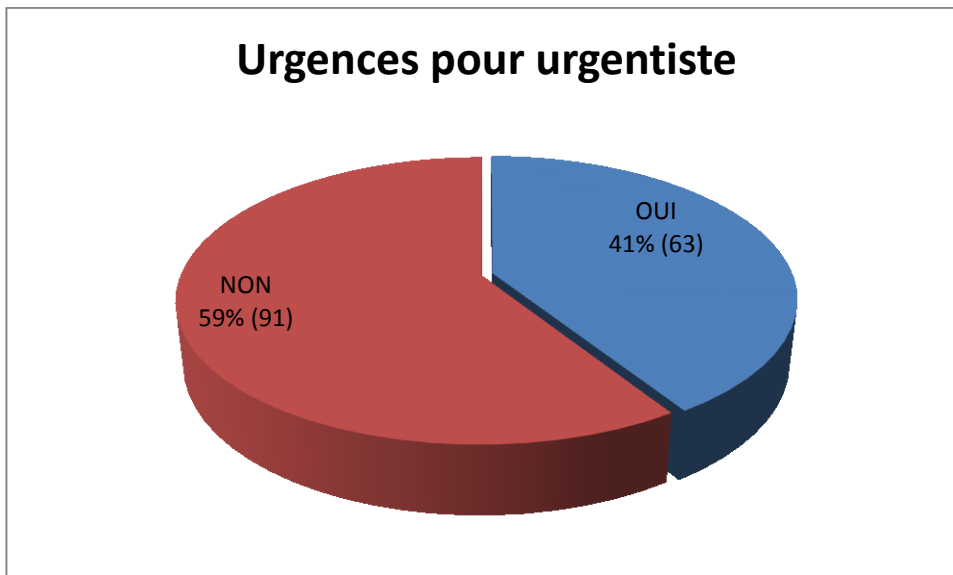


Figure 20. Avis du médecin urgentiste sur les consultations par moyens personnels

59% des consultations par moyens personnels étaient non justifiées selon le médecin urgentiste soit 91 consultations.

5.7.3 Avis global sur les consultations par moyens personnels

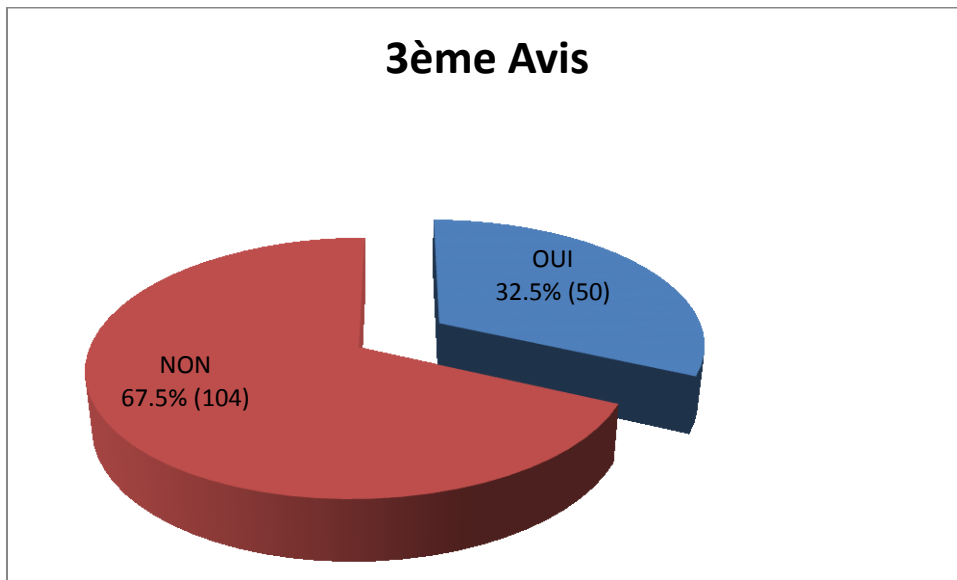


Figure 21. Avis global sur la notion d'urgence

Un avis hospitalier avait été pris sur les consultations qui avaient créées une divergence entre l'avis du libéral et celui du médecin urgentiste. 24 consultations avaient nécessité un 3^{ème} avis.

Le caractère « approprié » ou non avait été retenu à la majorité. 67.5% des consultations étaient « inappropriées » après avis de 3 médecins sur 154 consultations par moyens personnels et ayant répondu au questionnaire, soit 104 consultations.

Pour rappel comme le montre la figure 14, 14 patients soit 9% jugeaient leur consultation « inappropriée ».

5.7.3.1 Avis Global et âge

Age	Urgent		Non urgent	
	Nombre	%	Nombre	%
18-30 ans	8	25,80%	23	74,20%
31-40 ans	5	20%	20	80%
41-50 ans	4	16,70%	20	83,30%
51-60 ans	13	46,50%	15	53,50%
61-70 ans	8	36,40%	14	63,60%
71-80 ans	5	41,70%	7	58,30%
plus de 80	7	58,40%	5	41,60%
Total	50	32,50%	104	68,50%

Tableau 9. Notion d'urgence selon l'âge

20 patients de plus de 60 ans fréquentaient le SAU pour une raison justifiée soit 43.6%.

30 patients de moins de 60 ans consultaient de façon « appropriée » soit 27.7%.

5.7.3.2 Avis global et sexe

	Hommes		Femmes			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Urgent	22	43,00%	29	57,00%	51	33,10%
Non urgent	43	41.70%	60	58.30%	103	66,90%
Total	65	42.20%	89	57.80%	154	100%

Tableau 10. Notion d'urgence selon le sexe

43 hommes avaient consulté de manière « inappropriée » soit 41.7% des consultations injustifiées. 60 femmes avaient consulté de façon inadéquate soit 58.3% de ces dites

consultations. Le test de student retrouve un p-value à 0.59, ce résultat n'est statistiquement pas significatif.

5.7.3.3 Avis global et durée des symptômes

Si nous comparons ces derniers résultats avec la durée d'apparition des symptômes.

Durée symptômes	Quelques heures		24 à 48 heures		plus de 48 heures		1 semaine ou plus		plus d'un mois	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Urgent	21	42%	17	34%	8	16%	4	8%	0	0%
Non urgent	30	29%	12	11.5%	24	23%	33	31.8%	5	4.7%

Tableau 11. Notion d'urgence selon la durée des symptômes

38 patients consultant aux urgences pour des symptômes de moins de 48 heures avaient recours à ce service de façon justifiée soit 76% des consultations dites « appropriées ». 62 patients qui présentaient des symptômes depuis plus de 48 heures avaient recours au SAU de manière « inappropriée » soit 60% de ces dites consultations.

5.7.3.4 Avis global et couverture sociale

Si nous comparons désormais la notion d'urgence en rapport avec la couverture sociale.

Couverture Sociale	Mutuelle		CMU		AT		Rien		CGSS seul		ALD		NSP	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Urgent	18	36%	12	24%	1	2%	0	0%	7	14%	9	18%	3	6%
Non urgent	47	38.2%	37	30.1%	2	1.6%	3	2.4%	7	5.7%	11	9%	16	13%

Tableau 12. Notion d'urgence selon la couverture sociale

26 patients sans couverture sociale ou ne sachant pas s'ils en possédaient une consultaient de manière « inappropriée » soit 21,1% de ces consultations.

5.7.3.5 Avis global et emploi

	Sans Emploi		Emploi		Retraité		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Urgent	11	24,40%	19	30,10%	20	43,40%	50	32,50%
Non urgent	34	75,60%	44	69,90%	26	56,60%	104	68,50%
Total	45	100%	63	100%	46	100%	154	100%

Tableau 13. Notion d'urgence selon l'emploi

26 patients retraités consultaient de manière « inappropriée » soit 56.6% de ces derniers. 44 patients avec un emploi consultaient de manière non justifiée soit 69.9%. 34 patients sans emploi fréquentaient les urgences de manière « inappropriée » soit 75.6% de cette catégorie sociale.

5.7.3.6 Avis global et horaires de passages

	Urgent		Non urgent	
	Nombre	%	Nombre	%
08h-12h	18	33,30%	36	66,70%
12h-16h	11	36,60%	19	63,40%
16h-20h	13	43,30%	17	56,70%
20h-00h	2	20%	8	80%
00h-04h	3	30%	7	70%
04h-08h	3	15%	17	85%

Tableau 14. Notion d'urgence et horaires de consultations

63 consultations étaient dites « inappropriées » pendant la journée soit 63.1%. 32 consultations aux urgences durant la nuit étaient non justifiées soit 80%.

5.7.3.7 Avis global et consultation préalable avant de se rendre au SAU

	Consultation préalable		Absence consultation	
	Nombre	%	Nombre	%
Urgent	24	38%	26	29%
Non urgent	39	62%	65	71%
Total	63	100%	91	100%

Tableau 15. Notion d'urgence et consultation préalable

24 patients ayant consulté ou pris un avis médical antérieur consultaient de façon « appropriée » soit 38%. 26 usagers des urgences qui n'avaient pas pris d'avis médical antérieur consultaient de manière justifiée soit 29%.

6. Discussion

6.1 Les biais de l'étude

6.1.1 Le biais de sélection

Il existe bien un biais de recrutement au niveau de cette étude. Les patients véhiculés n'ont pas été soumis au questionnaire. Ils représentent tout de même 46% de l'ensemble des consultations.

C'est pourquoi l'étude s'est appliquée à surtout analyser le caractère « approprié » ou non des passages aux urgences des usagers spontanés.

Le taux de réponse au questionnaire est de 89% avec 19 patients n'ayant pas répondu ou souhaité répondre à ce dernier au cours de l'étude.

Il est à noter également que l'étude s'est déroulée pendant les phases qualificatives de la coupe du monde de football au Brésil. Nous avons noté une affluence beaucoup moins importante pendant les horaires des matchs.

D'autre part la durée de l'étude sur une semaine représente un biais important. En effet la période est trop courte pour être représentative d'une tendance générale aux urgences du Centre Hospitalier de Trinité et sur un comportement de ses usagers.

6.1.2 Le biais de classement

6.1.2.1 La méthode de mesure

On peut parler de biais de mesure quant à la standardisation des procédures. En effet la notion d'urgence bien que parfaitement définie par les 5 stades CCMU n'est pas identique pour un praticien libéral, urgentiste ou même hospitalier.

Dans notre étude, ces différents avis ont été pris sans répondre à une classification bien précise. Les avis ont été donnés spontanément ou a posteriori sur dossier et ont fait appel à l'avis personnel de chaque médecin ou encore à sa pratique de la médecine.

Nous avons d'ailleurs pris l'avis de plusieurs médecins urgentistes et les réponses fournies ne sont donc pas « standardisées ».

C'est pourquoi nous avons souhaité « départager » en prenant un troisième avis pour en dégager une moyenne et ainsi minimiser ce biais.

6.1.2.2 La subjectivité de l'enquêteur

Lors du questionnaire soumis aux patients la subjectivité de l'enquêteur entre en compte. Pour certains ne sachant pas lire ou écrire, le questionnaire leur a été soumis verbalement et l'enquêteur peut avoir entraîné la suggestion en posant les questions.

Ces dernières ont pu donc être posées différemment pour certains sondés. C'est pourquoi les questions posées ont été les plus simples possibles.

Entre dans cette subjectivité la notion même d'urgence comme nous le précisons précédemment.

6.1.2.3 La subjectivité de l'enquêté

Il y a eu un biais concernant l'enquête dans le refus de répondre. Ce biais est minime et négligeable puisqu'il représente 19 patients qui soit n'ont pas souhaité répondre par téléphone soit ne nous ont pas recontacté malgré plusieurs appels téléphoniques et message sur répondeur.

Par ailleurs au moment du questionnaire il existe un biais de mémorisation obligatoire sur certaines questions.

D'autre part on peut également parler de biais de minimisation (déli, culpabilité) conscient ou non chez certains sondés. Certains patients ont pu penser que le questionnaire allait entraîner une modification de leur prise en charge.

De plus il existe une anxiété chez les patients consultant aux urgences, ce qui les rend moins objectifs quant à leur réponse comme le montre l'étude de Gerdes en 1987²⁸, selon laquelle plusieurs facteurs sont générateurs d'anxiété plus importante comme l'incertitude quant à son état de santé, l'inconfort physique, l'orientation passive à l'égard de la visite, les temps d'attente plus courts, ou encore la connaissance antérieure du fonctionnement du service.

Nous noterons également que le questionnaire n'était pas anonyme. Le nom du patient apparaissant en haut de page nous a permis une relecture des dossiers.

Ce non anonymat signalé au patient pouvait orienter ses réponses et donc être considéré comme un biais négatif d'influence.

6.2 Discussion et analyse du profil des patients

6.2.1 Age

Nous remarquons dans notre étude que les plus de 80 ans représentent 21,7% de l'ensemble des consultations et sont la tranche d'âge la plus importante (Figure 2).

Nos résultats sont donc relativement en accord avec ce que dévoilait une étude sur les usagers des urgences en 2003 menée par la DREES⁵⁴. Selon cette dernière, les personnes qui consultent aux urgences sont majoritairement situées aux âges extrêmes de la vie.

Excluant dans notre étude les mineurs de moins de 18 ans nous ne tiendrons donc pas compte de la fréquentation importante des nourrissons et jeunes enfants dans les services d'accueil des urgences.

Par contre si nous tenons compte des consultations par moyens personnels ce sont les 18-30 ans qui consultent le plus à 20,1% (Figure 7). Les plus de 80 ans ne représentent que 7,8% des consultations par moyens propres.

Selon cette étude 40% des patients consultant aux urgences ont plus de 80 ans et les personnes consultant le moins (12%) ont entre 51 et 70 ans. Toujours dans cette enquête les moins de 25 ans représentent 43% des usagers des urgences.

Nous pouvons expliquer le recours important des personnes âgées aux urgences par le vieillissement de la population, même si notre échantillon est beaucoup moins important que dans l'étude de la DREES.

En effet, selon une étude de l'INSEE³², le rythme de croissance démographique en Martinique est inférieur à la moyenne nationale (0,7% par an). Au 1^{er} janvier 2008 28,3 % de la population a moins de 20 ans et 19% a plus de 60 ans. Le vieillissement de la population se poursuit, l'âge moyen des martiniquais est de 37,8 ans ce qui en fait le département d'outre-mer le plus âgé.

6.2.2 Sexe

Lors de notre enquête, les femmes ont consulté autant que les hommes (Figure 1).

Elles étaient majoritaires en ce qui concerne les admissions par moyens personnels à 58%.

(Figure 6)

Toujours dans cette étude de la DRESS⁵⁴ les femmes, à toute tranche d'âge, consulteraient moins que les hommes.

Dans notre étude nous ne retrouvons donc pas cette tendance, que nous pouvons expliquer par le biais important que représente la courte durée de l'enquête.

Même si nos résultats ne sont pas statistiquement significatifs avec un p-value à 0.59, nous remarquons dans le tableau 10 que les femmes ont plus consulté de manière « inappropriée » que les hommes.

Dans certaines études, l'âge et le sexe sont des facteurs prédictifs d'une consultation inappropriée aux urgences. Dans l'étude de Bianco et al⁹ parue en 2003 sur une population de 541 patients, l'âge jeune et le sexe féminin sont des facteurs significatifs pronostiquant une consultation inappropriée.

Cette tendance est confirmée par d'autres études dont celle de Carret¹⁴ en 2007.

6.2.3 Commune de résidence

Comme le montre notre étude 83,5% des patients consultant aux urgences de Trinité sont originaires de la région Nord Atlantique. (Tableau 1)

Il est évident que les patients pour une question de proximité vont consulter dans un Service d'Accueil des Urgences le plus proche de leur domicile.

Selon une étude de l'ARS² Martinique parue en 2011 le Nord Atlantique est la zone la moins peuplée en termes de médecins généralistes avec 65 généralistes libéraux pour 100000 habitants dont 51% ont 55 ans ou plus ainsi que 14 spécialistes.

Nous avons réactualisé ces chiffres de 2011 et selon l'annuaire santé outre-mer 2014 ⁵⁰ nous avons retrouvé 41 médecins généralistes pour la région « nord-atlantique », ainsi que 17 spécialistes dont 3 radiologues et 5 médecins biologistes concentrés essentiellement sur Trinité et le Robert.

Cette faible démographie médicale peut expliquer un recours plus important aux urgences. Une étude parue en 2010 et publiée par l'ARS ⁴ montre que seuls 20 médecins généralistes participeraient à la PDSA dans le Nord Atlantique, ce qui peut favoriser un recours plus fréquent à un service d'accueil des urgences.

Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins ⁴⁶ publié en 2014 confirme une tendance générale à la baisse de la PDS. Seuls 2/3 des départements rapportent un taux de volontaires supérieur à 60%, sur près d'un tiers des territoires il y aurait moins de 10 volontaires pour assurer la permanence de soins. La prise en charge des patients est donc alors assurée par les médecins urgentistes et régulateurs.

D'autre part comme le montre un rapport de la DREES en 2000 ¹⁹ il existe un lien entre les visites à domicile et les passages aux urgences, ces derniers pouvant être conditionnés par l'absence de déplacement de leur médecin traitant habituel.

La répartition des visites de nuit, dimanches et jours fériés est nulle en Nord Atlantique selon l'ARS⁴ suite à un rapport en 2011 et pouvant s'expliquer par un vieillissement des praticiens dans les zones déjà désavantagées sur le plan de la démographie médicale. Ces résultats sont corroborés par un rapport de la DREES paru en 2000¹⁹.

6.2.4 Horaires et jours de consultation.

Au cours de notre étude, 26.7% des consultations ont eu lieu le week-end 73.3% ont eu lieu durant la semaine. Le test de Student retrouve un p-value à 0.26 ce qui est non significatif.

(Figure 4)

Selon une étude de la DREES⁵⁵ en 2003, la fréquentation aux urgences est pratiquement identique la semaine et le week-end ce qui est confirmé par notre étude.

Nous avons observé une diminution progressive de la fréquentation au cours de la journée avec une légère augmentation des passages au petit matin (Graphique 1).

Toujours selon cette même étude le rythme des consultations varie au cours de la journée.

Elles augmentent rapidement à partir de 7 heures pour atteindre leur maximum vers 10-11 heures, puis diminuent un peu pendant la pause déjeuner pour connaître une nouvelle hausse vers 14 heures. Au cours de l'après-midi, le flux se réduit progressivement avec un palier vers 16-18 heures. Une remontée s'observe vers minuit, puis vers 1 heure du matin le rythme est au plus bas et stagne jusque 7 heures.

Dans notre étude, nous avons remarqué une augmentation de la moyenne d'âge à l'approche du week-end (Graphique2). En effet 31,4% des consultations chez les plus de 80 ans ont eu lieu le samedi et le dimanche, contre seulement 20.5% chez les moins de 50 ans.

Une étude de la Fondation Nationale de Gérontologie³ en 2006 montre que le recours aux urgences chez les personnes âgées est marqué par de fortes temporalités aussi bien annuelles qu'hebdomadaires. En effet le facteur anxigène à l'approche du week-end aussi bien pour le patient que pour les accompagnants concernant l'absence de médecin traitant est un facteur prédictif de passage dans un SAU.

De plus, l'aide à domicile ne passe pas le week-end ce qui contribue à amplifier ce phénomène, tout comme l'absence de proches.

Une étude de l'ORS Nord-Pas de Calais²⁴ en 1990 a dénombré que 5% des hospitalisations des personnes âgées s'effectuaient la veille du départ en vacances de leurs enfants.

6.2.5 Mode d'arrivée

Lors de notre étude, 54% des patients sont arrivés par moyens personnels (Figure 5). Ces résultats sont tout à fait semblables à ceux retrouvés dans une thèse¹⁰ parue en 2007 avec une évaluation de 1018 passages aux urgences de l'hôpital Cochin, 550 patients ont consulté par leurs propres moyens et n'ont pas été véhiculés, ce qui représente 54% des patients.

Un rapport du ministère de la santé⁵⁵ de 2003 évalue à 25% le taux de consultations véhiculées aux urgences, comme le confirme une étude de S.Gentile²¹ en 2007. Ces chiffres de 2002 et 2007 ont pu évoluer car les dépenses concernant les transports sanitaires sont en augmentation constante comme le montre un rapport de l'ARS⁵ publié en 2011.

Nous concernant, 82.8% des patients de plus de 80 ans ont été véhiculés au SAU. Ce même rapport montre une augmentation du recours aux transports sanitaires par rapport à l'âge et l'évalue à près de 50% chez les plus de 80 ans.

Les particularités démographiques et socio-économiques de la Martinique peuvent éventuellement être prises en compte pour expliquer cette différence.

6.2.6 La couverture sociale

A travers notre étude, les patients sans couverture sociale ou ne sachant pas s'ils en possèdent une consultent majoritairement de manière « inappropriée ». (Tableau 12)

Pour autant, la couverture sociale n'est pas un facteur que l'on peut étudier dans notre enquête.

En effet le nombre de questionnaires n'est pas suffisamment important pour permettre d'établir des données statistiques.

Dans l'étude de Mandelberg⁴¹ en 2000, ce dernier montre que la précarité est bien un facteur prédictif de consultations répétées aux urgences.

Pour autant l'étude Pisarek⁵¹ publiée en 2003 ne semble pas retrouver d'excès de consultations aux urgences chez les patients n'étant pas couvert par une assurance maladie.

Seule l'étude de Lang³⁶ parue en 1996 montre par contre que l'absence de couverture sociale est un facteur prédictif de consultations inappropriées.

6.2.7 Devenir des patients

Lors de notre étude, nous retrouvons un pourcentage d'hospitalisation à 24.4% pour l'ensemble des consultations. (Figure 3)

Ce taux d'hospitalisation augmente de façon significative avec l'âge puisque 39% des patients de plus de 70 ans sont hospitalisés suite à notre étude. (Tableau 7)

Nous parvenons à des résultats similaires sur le taux d'hospitalisation par rapport à une étude de la DREES de 2003⁵³ qui estime à 20% le taux d'hospitalisation suite à un passage dans un service d'accueil des urgences.

Ce même rapport établit à près de 50 % le taux d'hospitalisation chez les plus de 70 ans.

6.2.8 Durée des symptômes

Dans notre étude, 76% des consultations dites « appropriées » s'avèrent être des patients présentant des symptômes depuis moins de 48 heures.

60% des consultations « inappropriées » sont des patients qui présentent des symptômes évoluant depuis plus de 48 heures. (Tableau 10)

Ce critère est souvent utilisé par les experts pour déterminer le caractère urgent de la consultation. En effet l'étude de Carret et al¹⁴ tend à démontrer que le taux de consultations inappropriées est plus élevé si les patients consultent pour des problèmes survenus à plus de 24 heures.

6.3 Discussion et analyse du comportement des patients et de leur connaissance des urgences

6.3.1 Consultation préalable chez le médecin traitant

Dans notre enquête, 41% des patients disent avoir pris un avis soit physiquement soit par téléphone auprès de leur médecin traitant ou d'une autre compétence médicale. Ce résultat peut bien entendu être biaisé par un déni ou une sensation de culpabilité mais peut également

démontrer un rapport différent au corps médical par des situations socio-économiques ou culturelles différentes. Cette hypothèse n'étant que purement spéculative.

Selon un rapport du Ministère de la Santé⁵⁵ paru en 2003 concernant des échantillons en France métropolitaine, moins d'un quart des patients consultant aux urgences ont pris un avis médical auparavant.

6.3.2 Nombre de recours aux urgences

Dans notre étude nous retrouvons 58% de primo consultants. Cette différence n'est pas suffisamment significative, les patients n'ayant jamais consulté aux urgences, fréquentent ce service dans les mêmes proportions que les autres.

Nous pouvons tout de même parler de l'étude de Lucas et al³⁹ en 1998 qui montre sur une population de 6523 patients que ceux qui fréquentent régulièrement les urgences ont des pathologies chroniques et sont plus susceptibles d'hospitalisation.

Cette tendance est confirmée dans notre étude avec la notion de traitement quotidien en lien avec la fréquentation du SAU. (Tableau 8). Même si cette dernière est à nuancer car tous les patients présentant une pathologie chronique ne prennent pas nécessairement un traitement quotidien.

Dans le même cadre, on peut parler d'une étude parue en 2000 par Mandelberg⁴¹ qui a étudié une population pendant 5 ans consultant plus de 5 fois dans un service d'urgences. Il montre que la précarité, l'alcoolisme et des pathologies chroniques sont des facteurs prédictifs de consultations dans un SAU.

La répétition des consultations dans les services d'accueil des urgences seraient le reflet de plusieurs dysfonctionnements.

Soit il s'agit d'une utilisation consumériste des usagers comme nous le montre E. Lesigne³⁸ dans sa thèse de 2001, soit d'une mauvaise orientation par les urgentistes concernant le

devenir post urgences, c'est-à-dire l'orientation des patients après leur consultation dans un SAU vers une structure ambulatoire pour un éventuel suivi.

6.3.3 Pourquoi avoir choisi les urgences plutôt qu'une autre filière de santé ?

Le rapport de la DREES⁵⁴ de 2003 veut étudier de manière plus approfondie le choix du recours au SAU.

Pour cela il regroupe en 6 catégories les recours aux urgences :

Tout d'abord les patients usagers à qui on n'a pas demandé leur avis et qui représente dans cette étude près de 19%. Dans ce rapport il s'agit essentiellement des patients de plus de 70 ans amenés par les pompiers ou d'autres moyens de transport médicalisé le plus souvent. Il est donc difficile d'en apprécier la mesure dans notre étude et d'établir une comparaison puisque les patients véhiculés ont été exclus et que l'avis familial a été pris quand la personne n'était pas en mesure de répondre.

La deuxième catégorie concerne les usagers qui ont consulté sur avis médical. Dans notre étude ils représentent 41%. Le rapport de la DREES chiffre cette catégorie à 23% des patients. Nous avons discuté de ces résultats dans le chapitre 6.3.1.

Ensuite il y a les patients qui évoquent un échec des solutions précédentes et qui représentent selon notre étude 10% des usagers. Dans ce rapport ils représentent près de 15%. Nous sommes sur un échantillon de 99 patients ayant consulté spontanément sans avoir eu recours à un médecin généraliste auparavant. Nous nous référons au tableau 4 et notons au total que 10 patients sur 99 ont consulté leur médecin et n'ont pas noté d'amélioration avant de se rendre au SAU.

Gentile²⁷ dans son travail en 2003 les estime à 19%.

La quatrième catégorie représente les patients qui ont consulté au SAU comme une alternative à la médecine de ville, soit parce que leur médecin était absent, soit parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant.

Dans notre étude 43 usagers déclarent ne pas avoir eu recours à leur médecin traitant soit parce qu'il était absent, soit parce que leur cabinet était fermé ou encore parce qu'ils n'avaient pas de médecin traitant ou enfin que leur médecin était décédé, soit 28% des consultations spontanées. (Tableau 4)

Pour l'étude de la DREES elle représente 14% des usagers des urgences.

Dans une étude menée dans les Hôpitaux Nord de Marseille²², ils estiment ce taux à 24%.

Nous expliquons cette différence comme par le déficit de médecin dans la zone « Nord-Atlantique » comme nous l'avons déjà mentionné précédemment.

Viennent ensuite les patients motivés par un plateau technique et une permanence de soins qui représentent dans notre étude 61 sondés sur 99 patients (Tableau 5), ce qui représente 39.6% de l'ensemble des consultations par moyens personnels.

Selon ce rapport, ils représenteraient 25% de l'ensemble des usagers des SAU et dans l'étude de Gentile²⁷ en 2004 ce taux est estimé à 43,1%.

Finalement on trouve les usagers qui n'avouent pas leur recours aux urgences. Nous retrouvons 1 patient sur les 99 n'ayant pas pris d'avis médical avant de se rendre au SAU qui ne sait pas pourquoi il s'est rendu aux urgences. Cela représente 0,6% de l'ensemble des consultations par moyens personnels. Le rapport de la DREES les estime dans une proportion qui s'élève à 4%.

6.3.4 La notion d'urgence pour le patient

On peut affirmer que le ressenti du patient joue un rôle important dans sa motivation à consulter dans un service d'accueil des urgences.

Les usagers des SAU pensent très souvent que leur pathologie est grave.

Pour 88% des patients leur état de santé nécessite un avis médical en urgence (Figure 14).

9.7% des patients consultant spontanément pensent que leur pronostic vital est en jeu ou que leur état de santé nécessite une hospitalisation. (Tableau 5)

La culture médicale qui peut être apportée par les médecins pourrait modifier ce rapport entre ressenti et urgence réelle, l'anxiété générée par la situation étant un facteur d'incompréhension pour le patient vis-à-vis des explications fournies comme le montre l'étude de Byrne ¹² en 1997.

Les chiffres que nous retrouvons sont similaires à ceux retrouvés dans la thèse de M. Billefont ¹⁰ en 2007.

D'après la thèse du Dr Desjardins ¹⁸ en 2003, l'attitude des patients est de plus en plus consumériste avec une demande de technicité, de rapidité et d'efficacité de la permanence de soins. Les patients auraient tendance à utiliser les urgences et non plus les consulter.

Nous ne retrouvons pas cette attitude consumériste dans notre thèse, puisque plus de 40% des patients ont cherché un avis médical avant de se rendre aux urgences. Il est important de rappeler le facteur « stress, anxiété ». Le ressenti du patient sur le degré d'urgence de sa situation est subjectif et souvent non adapté à la réalité médicale. Ceci influence de manière non négligeable le nombre de passages au SAU comme le montrent plusieurs études ^{12 28}, en concluant qu'il est aussi important dans un service d'accueil de considérer l'état physique du patient que le facteur psychologique pour éventuellement les orienter vers d'autres structures.

Dans l'étude de Byrne ¹² sur 96 patients, 69 ont rapporté un état d'angoisse pour des facteurs multiples qui peuvent aller de la douleur, à ne pas savoir ce qui allait leur arriver, ou encore ignorer leur état de santé et qui les a amenés à consulter dans ces structures.

6.3.5 Méconnaissance des maisons médicales de garde

Nous retrouvons au cours de cette étude que 67% des patients interrogés ne connaissent pas la maison médicale de garde. Cette MMG est pourtant située à l'entrée du centre hospitalier de Trinité et les patients sont obligés de passer devant pour se rendre au SAU. Elle est ouverte depuis près d'un an au moment de notre étude.

L'étude de Northington ⁴⁴ en 2005 analyse les motivations de 563 patients considérés « non urgents ». 66% des patients dans cette étude ne connaissent pas d'alternative aux urgences pour le problème de santé qui les concerne.

Finalement ces résultats peuvent être liés soit à une réelle méconnaissance du patient lié à un manque d'information des autorités sanitaires et des médias concernant ces structures, soit au ressenti du patient. L'anxiété comme nous l'avons déjà évoqué, la douleur ou les sentiments peuvent altérer le jugement et contraindre le patient à accéder à une structure d'urgence.

Dans un rapport de 2006 sur les maisons médicales de garde, le Professeur Jy Grall ³¹, conseiller général des établissements de santé au Ministère de la Santé, termine en disant « une information grand public est indispensable pour bien faire connaître le nouveau système de permanence de soins ».

Il serait peut-être intéressant de développer ces structures de médecine générale à l'intérieur même des services d'urgence comme cela existe déjà dans certains centres hospitaliers (Marseille et Hôpital de la Salpêtrière).

Une alternative serait de placer en permanence un médecin dit d'accueil avec l'IAO pour pratiquer les actes de médecine générale ne nécessitant pas d'investigations en urgence.

Quoi qu'il en soit les maisons médicales de garde peuvent permettre de réduire l'afflux dans les SAU comme l'explique Jy Grall ³¹ dans ses rapports de 2006 et 2007. En effet il nous explique que « les MMG se révèlent être une solution d'avenir quant au maintien de la permanence de soins ambulatoires, elles permettent une remédicalisation du milieu rural, une réimplication des professionnels dans la permanence des soins, une meilleure filière dans la prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgences hospitaliers. Ces Maisons Médicales sont des points fixes de consultation de médecine générale et s'intègrent pleinement dans l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) qui semble être la réponse la plus adaptée à la demande de soins ou d'avis médicaux non programmés en ambulatoire ».

6.4 Discussion et analyse sur les consultations inappropriées

Selon nous 75% des consultations sont « inappropriés » pour le libéral contre 59% pour l'urgentiste concernant les consultations spontanées.

En faisant une moyenne sur 3 avis nous arrivons à 68% de consultations « inappropriées ».

Comme le démontre l'étude de S. Gentile ²⁶ la consultation dite « non appropriée » est un concept mal défini.

Le biais rencontré pour tâcher de déterminer une statistique sur cette donnée est important.

C'est pour cela que nous avons souhaité le minimiser en prenant 3 avis et dégager une majorité.

Dans notre étude le profil du patient consultant le plus de façon « inappropriée » est une femme entre 41 et 50 ans sans emploi et consultant plutôt la nuit, présentant des symptômes depuis plus de 48 heures et n'ayant pas consulté un médecin avant de se rendre au SAU.

La notion d'urgence est différente pour chaque praticien selon cette même étude.

Pour un médecin urgentiste la notion de pronostic vital est mise en avant, pour les médecins généralistes la notion d'urgence ressort lorsqu'il s'agit d'une consultation qui interrompt l'activité du cabinet. Enfin pour l'usager il s'agit d'une consultation rapide.

Ces notions dans cette étude sont bien entendu à nuancer.

Tout au long de cette enquête, nous avons pu constater que l'avis des urgentistes n'est pas si catégorique. Une certaine lassitude ou habitude fait que pour certaines consultations la notion d'urgence est tolérée alors qu'elle n'était pas évidente au départ, avec le risque de passer à côté de l'urgence⁵⁶.

Le biais de prendre des avis sur plusieurs médecins urgentistes est à prendre en considération quant à leur pratique différente de la médecine ou la méconnaissance du travail d'un médecin de ville.

En ce qui concerne l'avis du libéral, là aussi il faut nuancer cette étude. Tout dépend de l'activité du praticien en question. En effet si certains médecins vont définir l'urgence comme l'explique cette étude, d'autres vont vouloir se donner des moyens différents et pour certains créer un « réseau de spécialistes » qui pourront palier à leur manque de moyens techniques sans hésiter à interrompre leurs consultations pour des patients nécessitant plus de temps.

Dans le cas de notre enquête il est nécessaire de comprendre que l'avis du libéral dépend donc de l'activité qu'il souhaite avoir.

C'est pourquoi nous avons fait en sorte de prendre trois avis sur ces consultations pour permettre d'établir un chiffre au plus près de la réalité.

La différence entre l'avis du médecin exerçant en libéral et celui du médecin urgentiste pouvant s'expliquer par la pratique et les habitudes d'une médecine quotidienne et personnelle et la méconnaissance du travail de l'autre.

Selon plusieurs études la part des consultations « inappropriées » estimée est la suivante :

Auteurs	Année	Pourcentage estimé
Lang T ³⁶	1996	30%
Thèse Gau V ²⁵	1999	11%
Thèse Barouk S ⁸	2000	21,60%
ORS Languedoc ⁴⁵	2002	19,3% CCMU 1
Hôpital Nord Marseille ²¹	2003	18% avis IAO
Paraponaris A ⁴⁹	2004	23% CCMU 1
DREES ⁵⁴	2004	27% CCMU 1
Thèse Billemont M. ¹⁰	2007	34%
Thèse Minost J ⁴³	2009	35%

Tableau 16. Notion d'urgences selon différentes études

Nos résultats sont discordants de ces études. En effet nous avons une proportion de consultations dites « inappropriées » plus importante que dans toutes ces études.

Nous n'avons pas utilisé de critères précis quant à la définition de l'urgence. Nous avons demandé un avis personnel aux médecins qui ont dû établir le caractère approprié ou non de la consultation selon leurs propres sentiments.

Dans toutes les études comparatives ci-dessus la notion d'urgence était définie par les critères CCMU⁴⁸.

Nous avons également exclus les patients « véhiculés » lors de notre étude et cela aurait pu faire baisser ce taux de manière significative.

Le déficit médical rencontré en Martinique et dans d'autres régions métropolitaines est bien entendu un facteur déterminant dans la proportion de consultations « inappropriées » dans les services de SAU. La prévention en amont devient un enjeu crucial pour tenter de diminuer l'affluence grandissante dans les urgences hospitalières⁵⁷.

7. Conclusion

Plusieurs facteurs sont déterminants dans une consultation « inappropriée » dans un service d'accueil des urgences. Nous avons voulu dans cette étude en montrer la proportion et les vecteurs essentiels. Pour autant notre étude, en raison de ces nombreux biais, ne peut amener à des conclusions solides. Nous parvenons tout de même sur certains points à retrouver des chiffres similaires aux enquêtes nationales. Il serait intéressant de la prolonger dans le temps avec des critères plus précis quant à la notion d'urgence. On pourrait alors évaluer de façon plus détaillée s'il existe une différence régionale spécifique.

67.5% des consultations aux urgences de Trinité ont été jugées « inappropriées » au cours de notre semaine d'étude. Le coût moyen d'un passage aux urgences est bien plus important que celui de la consultation chez un médecin généraliste, on comprend bien l'intérêt économique que représente cette patientèle pour nos gouvernants. Il est donc primordial d'essayer de diminuer cette affluence pour que perdure notre système de santé.

Il serait également intéressant de renouveler cette thèse dans quelques années pour déterminer l'impact des MMG sur l'affluence dans les services d'urgence.

Mais comme nous le disions précédemment la prévention est certainement le facteur essentiel dans l'engorgement des SAU et c'est là que le rôle du médecin généraliste prend toute son ampleur. Il sera important pour un médecin libéral de s'adapter aux nouvelles demandes et d'être en mesure d'y répondre, mais surtout de prendre le temps d'expliquer et de rassurer ses patients pour qu'ils ne se jettent pas dans les bras d'un système hospitalier coûteux. La relation de confiance entre le praticien et son patient prend alors tout son sens.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Agence régionale de Santé Martinique. Projection de l'offre et de la demande de soins aux Antilles-Guyane à l'horizon 2030. ARS Martinique mars 2011 mars 2011.
- (2) Agence régionale de Santé Martinique. Statiss 2011 Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Etude Statiss Avril 2011.
- (3) Arfeux-Vaucher G., Dorange M., Besson I., Gaussens J. Recours à l'hôpital des personnes âgées prise en charge à domicile. Fondation Nationale de Gérontologie 2006 decembre 2006:8-17.
- (4) ARS Martinique. Diagnostic et cahier des charges de la PDSA. 2011 2011:Annexe 6.
- (5) ARS Martinique. Etat des lieux des transports sanitaires. 2011 2011:Annexe 3.
- (6) Assemblée Nationale CG. Prise en charge des urgences médicales. Rapport N°3672. 2007 2007.
- (7) Baillard K. Etude Statiss. 2012.
- (8) Barouk S. Etude sur les admissions injustifiées aux urgences du centre hospitalier universitaire de Nantes. Nantes: ; 2000.
- (9) Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health 2003 7;117(4):250-255.
- (10) Billefont M, Kansao J, Allo J-, Meyniard O, Vignaux J-, Pourriat J-, et al. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier Cochin-Port Royal, à partir de 245 consultations spontanées. Journal Européen des Urgences 2008 3;21, Supplement 1(0):A91-A92.
- (11) Bousquet V CC. La surveillance des urgences par le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). 2013 04 juin 2013.
- (12) Byrne G HR. Patient anxiety in the accident and emergency department. J Clinic Nurse 1997 6 juillet 1997:289.
- (13) Camus M. INSEE. Soins hospitaliers en Martinique : Des disparités territoriales marquées. AntianEchos 2013 novembre 2013;N°39.
- (14) Carret Lv, Fassa G, Kawachi I. Demand for emergency health service, factor associated with inappropriate use. BMC Health Service Research 2007 7 aout 2007:131.
- (15) Code de la Santé Publique. Article R 6123-26. 1997 30 mai 1997.
- (16) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Bulletin d'information. Bulletin d'information national de l'ordre des médecins 2008 juillet 2008;N°18.
- (17) Davido A, Lang T, Levy A, Gasparotto C, Leplat P, Ecollan P, et al. Les admissions médicalement inappropriées aux urgences. La Revue de Médecine Interne 1991 0;12(3, Supplement 1):S34.
- (18) Desjardins S. Profil et motivations des patients venant consulter spontanément aux urgences médicales. Paris 7 Bichat: ; 2003.
- (19) Dominique BAUBEAU, Annie DEVILLE, Marc JOUBERT, Caroline FIVAZ, Isabelle GIRARD, Sylvie LE LAIDIER. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES juillet 2000;N°72.

- (20) Dr Sylvie Merle, Isabelle Prada. La Santé Observée en Martinique. Observatoire de la Santé de la Martinique Décembre 2005;N°37-38.
- (21) Durand AC, Gentile S, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. P5-7 Motifs de recours aux urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2004 9;52, Supplement 1(0):92.
- (22) Durand AC, Gentile S, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. 086 Motifs de recours aux urgences de l'hôpital nord de marseille. Journal Européen des Urgences 2004 3;17, Supplement 1(0):36-37.
- (23) Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité: Association Pour La Recherche Aux Urgences. Réanimation Urgences 1994;3(5):573-578.
- (24) Fournier P., Lahoutte T., Lebrun T., Saily J.C. Analyse des situations de rupture ayant conduit à l'hospitalisation chez des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région Nord-Pas-de-Calais. ORS Nord-Pas-de-Calais 1990 1990:62-Annexes.
- (25) Gau V. Profils et motivations des personnes venant consulter aux urgences de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon; 1999.
- (26) Gentile S, Amadei E, Bouvenot J and Al. Attitude and behavior of health services users in the face of real or perceived emergencies. Sante Publique 2004 16 mars 2004.
- (27) Gentile S, Durand AC, Amadei E, Haro J, Tardieu S, Giraud C, et al. B4-2 Analyse du recours itératif au service d'accueil des urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2004 9;52, Supplement 1(0):26-27.
- (28) Gerdes E GE. Anxiety in patients awaiting primary medical care. Medical Care 1987 25 septembre 1987.
- (29) Gifford Mj, Franaszek Jb, Gibson G. Emergency physicians and patients assessments: urgency of need for medical care. Ann.Emerg.Med. 1980 9 octobre 1980.
- (30) Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: Appropriate or not? Ann Emerg Med 1994 11;24(5):953-957.
- (31) Grall Jy. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. 2006 et 2007 aout 2007.
- (32) Horatius-Clovis H I. Année économique et sociale 2008 en Martinique. AntianEchos juillet 2009;N°71.
- (33) Institut National de Veille Sanitaire. Surveillance de la grippe H1N1. Le point epidemiologique 2009 semaine 50;N°17:2.
- (34) Isabelle Martin. La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse; 2003.
- (35) Journal Officiel. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) 9 mai 1995.
- (36) Lang,Th. Davido A, Diakite B and Al. Nonurgent care in the hospital medical emergency department in France : How much and which health needs does it reflect ? J Epidemiol Community Health 1996 aout 1996;50:62-456.

- (37) Langlois Jy and Al. Le médecin généraliste a-t-il une place à l'accueil des urgences ? Réanimation Urgences 1994 3 avril 1994.
- (38) Lesigne E. L'urgence et ses présentations, enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. Rennes: ; 2001.
- (39) Lucas Rh SS. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. Ann.Emerg.Med. 1998 novembre 1998.
- (40) M. JEANNE ROSE, H. HENRY, X.PARAIRE ARS Martinique. Diagnostic Territorial de Proximité. Indicateurs sanitaires et médico-sociaux. 2011 20 décembre 2011.
- (41) Mandelberg Jh, Kuhn Re, Kohn Ma. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. Acad Emerg Med 2000 juin 2000.
- (42) Marcelle Jeanne-Rose, Hermann Henry, Xavier Paraine. Diagnostic Territorial de Proximité. ARS Martinique INSEE 20 décembre 2011 20 décembre 2011.
- (43) Minost J. Quel est l'impact de l'absence de médecin traitant sur les recours aux urgences ?. Paris 7 Université Paris Diderot: ; 2009.
- (44) Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. Am J Emerg Med 2005 3;23(2):131-137.
- (45) Observatoire régionale de santé Languedoc-Roussillon. Moyens et activités des services d'accueil des urgences dans la région Languedoc-Roussillon. 2002 2004.
- (46) Ordre National des Médecins. Etats des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014. 2014 février 2014.
- (47) Ordre National des Médecins. Atlas démographie médicale française 2012. 18/10/2012.
- (48) ORUMIP. Classification CCMU. Chiffres clés de l'activité des urgences 2013.
- (49) Paraponaris A, Obadia Y, Ben Diane M, Bertrand F, Moatti J. Comportements de consommation de soins: Enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire. La Presse Médicale 2004 2;33(4):228-234.
- (50) Pharma Outre-Mer. Annuaire Santé Outre-Mer décembre 2013.
- (51) Pisarek W and Al. Insured versus uninsured patients in the emergency room. Is there a difference ? Eur J Emerg Med 2003 decembre 2003.
- (52) Prud'homme N., Treyens P-E. INSEE. Population légale Martinique. Premiers résultats janvier 2013;N°92.
- (53) Valérie Carrasco DB. Usagers des Urgences premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques janvier 2003 janvier 2003.
- (54) Valérie Carrasco DB. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES janvier 2003.
- (55) Wikipedia. Urgences.
- (56) 2^{ème} Assises des urgences, « Devenir, être et rester urgentiste » mai 2013
- (57) Pelloux P. Journal l'Express mai 2014

(58) DRASS DAE, Etude Statiss mai 2001

(59) Peneff J. Les malades des urgences, une forme de consommation médicale, 2000

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures :

1. Répartition par sexe sur l'ensemble des consultations	page 22
2. Nombre de passages par tranche d'âge sur l'ensemble des consultations	page 22
3. Devenir de l'ensemble des consultations	page 24
4. Nombre de passages par jour sur l'ensemble des consultations	page 24
5. Proportion des consultations par moyens personnels.....	page 25
6. Répartition par sexe des consultations par moyens personnels	page 26
7. Répartition des consultations par moyens personnels par tranche d'âge.....	page 27
8. Devenir des consultations par moyens personnels.....	page 28
9. Répartition des consultations par moyens personnels et couverture sociale.....	page 29
10. Répartition des consultations par moyens personnels selon l'emploi.....	page 29
11. Répartition des consultations personnelles selon la prise d'un traitement quotidien	page 30
12. Répartition des consultations selon un avis médical antérieur	page 30
13. Répartition des consultations selon la durée des symptômes	page 32
14. Urgences selon le patient	page 32
15. Répartition des consultations selon la fréquence de passage au SAU en une année	page 34
16. Nombre de patients connaissant la MMG	page 34
17. Répartition par tranche d'âge des consultations véhiculées	page 35
18. Moyenne d'âge selon le mode d'arrivée	page 36
19. Avis libéral sur la notion d'urgence	page 39
20. Avis du médecin urgentiste sur les consultations spontanées	page 39
21. Avis global sur la notion d'urgence.....	page 40

Graphiques :

1. Nombre de consultations selon l'horaire.....page 25
2. Moyenne d'âge au cours de la semainepage 36
3. Nombre de consultations par tranche d'âge et sexepage 37
4. Mode de consultation au cours de la semainepage 37

Tableaux :

1. Nombre de passages par commune sur l'ensemble des consultationspage 23
2. Nombre de consultations par moyens personnels par communepage 28
3. Mode de consultation préalable avant de se rendre au SAU.....page 31
4. Motifs de non consultation chez le médecin traitantpage 31
5. Motifs de non consultation chez un médecin généralistepage 33
6. Motifs de non consultation à la MMG.....page 35
7. Devenir des patients par tranche d'âge.....page 38
8. Fréquentation des urgences selon la prise d'un traitement quotidien.....page 38
9. Notion d'urgence selon l'âge.....page 41
10. Notion d'urgence selon le sexe.....page 41
11. Notion d'urgence selon la durée des symptômespage 42
12. Notion d'urgence selon la couverture sociale.....page 42
13. Notion d'urgence selon l'emploi.....page 43
14. Notion d'urgence selon les horaires de consultations.....page 43
15. Notion d'urgence selon la consultation préalable.....page 44
16. Notion d'urgence selon différentes études.....page 60

Questionnaire Thèse Patients

NOM :

AGE : **SEXE :**

1. **Avez-vous une couverture sociale ?** : OUI NON ne sait pas
Si oui : CMU ? ALD ? Mutuelle ?
2. **Avez-vous un emploi ?** : OUI NON
3. **Prenez vous un traitement tous les jours à domicile ?** OUI NON ne sait pas
4. **Avez-vous un médecin traitant ?** : OUI NON ne sait pas
Si oui êtes-vous satisfait de sa prise en charge ? OUI NON
5. **Avez-vous pris un avis médical avant de venir aux urgences ? (physiquement ou par téléphone)**

Si oui QUI ? MT/MMG/15/Autre Médecin/18

Si non pourquoi ?

- Aucune personne disponible ?
- Problèmes d'horaires ?
- Raisons financières
- Déjà consulté pour ce problème mais pas d'amélioration
- Vous pensez être mieux pris en charge aux urgences ?
- Autre :

6. **Depuis combien de temps présentez-vous les problèmes pour lesquels vous consultez ?**

- Moins de 24h
- 24 à 48h
- 2-3 jours
- Une semaine
- Plus d'une semaine

7. **Pensez-vous venir pour un problème urgent ?**

- OUI
- NON
- ne sait pas

8. Quelles raisons vous ont motivé à consulter aux urgences plutôt que voir un médecin généraliste (plusieurs réponses possibles)

- Possibilité de réaliser des examens
- Nécessité selon vous d'hospitalisation
- Gratuité des soins
- Moins d'attente que dans le cabinet médical
- Vous craignez que votre pronostic vital soit engagé

9. Combien de fois avez-vous consulté aux urgences en une année ?

- C'est la première fois
- Au moins une fois
- Plus de 3 fois

10. Connaissez-vous l'existence des MMG (Maison médicale de Garde) ? OUI NON

Si oui, pourquoi n'y êtes-vous pas allé ?

- en dehors horaires d'ouverture
- trop grave pour voir un généraliste
- trop cher
- préfère les urgences
- Autre :

Annexe N°2

le

Trinité

Je soussigné _____ accepte de répondre à un questionnaire soumis par M. FRANKOWSKI Pierre et déclare avoir été informé que je participais à une étude médicale dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale.

Signature

Annexe N°3



RÉCÉPISSÉ

Monsieur FRANKOWSKI Pierre
LES TERRASSES DE LA MARINA
D18
97290 LE MARIN

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

1792296 v 0

du 08-09-2014

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur

Service :

Adresse : LES TERRASSES DE LA MARINA D18

Code postal : 97290

Ville : LE MARIN

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0696173871

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 8 septembre 2014
Par délégation de la commission



wondershare™

Annexe N°4

M FRANKOWSKI Pierre
Terrasses de la Marina D18
97290 LE MARIN

Tel : 0696173871

Mail : frankowskipierre@tlen.pl

Monsieur le Chef de Service
Docteur BROUSTE
CH Louis Domergue
97220 LA TRINITE

Monsieur,

Je vous adresse ce courrier pour vous faire part de mon projet de thèse en médecine générale et obtenir votre accord pour une étude au SAU de Trinité.

Cette Thèse est dirigée par le Docteur GACHON Cécile.

Ma thèse a pour but d'étudier le recours au service d'accueil des urgences à Trinité et de mieux comprendre le parcours de soins des patients.

Je souhaiterais pour cela intervenir dans votre service durant une semaine pour soumettre un questionnaire très rapide aux patients consultant spontanément.

C'est pourquoi j'aurais besoin d'étudier les dossiers des patients pour connaître la proportion des personnes adressées ou amenées par véhicules de secours et ceux consultant par leur propre moyen.

Le but est de déterminer la proportion des consultations qui sont justifiées ou non au SAU.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie Monsieur de croire en l'expression de mes sincères salutations.

FRANKOWSKI P .

Annexe 6

**UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

DEMANDE D'IMPRIMATUR


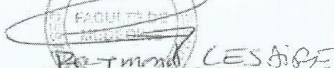


Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité Médecine Générale)

Présentée par : M FRANKOWSKI Pierre.....
Né(e) le 14 Janvier 1980 .à Vitry-le-François
Département.....Marne.....Pays...FRANCE.....

Et
Intitulée...Evaluation du recours au Service d'Accueil des Urgences au Centre
Hospitalier de Trinité.....

Jury proposé

Président : M le Professeur ARFI Serge.....
Juges : M le Professeur CABIE André.....
M le Professeur WARTER André-Ladislas.....

Vu Pointe-À-Pitre, le 10/11/15 Le Président de Thèse	Pour accord Pointe-À-Pitre, le 21/11/2015 Le Doyen de la Faculté de Médecine
 Professeur ARFI Serge	 Professeur Pascal BLANCHET
AUTORISÉ A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE	
Pointe-À-Pitre, le	
Le président de l'Université des Antilles et de la Guyane	
 	
Corinne MENCE-CASTER	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.