HAL
open science

Parcours de soins des urgences traumatiques simples : analyse et pertinence

Audrey Maxit

To cite this version:

Audrey Maxit. Parcours de soins des urgences traumatiques simples : analyse et pertinence. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01207691

HAL Id: dumas-01207691

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207691v1

Submitted on 1 Oct 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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2015

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MAXIT Audrey

NÉE LE 15/01/1988 A THONON-LES-BAINS (74)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/09/2015

PARCOURS DE SOINS DES URGENCES TRAUMATIQUES SIMPLES : ANALYSE ET PERTINENCE.

PRÉSIDENT DE JURY : Pr Luc-Marie Joly

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Vincent Lemarié

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - **MÉDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie

Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** HCN Chirurgie plastique

Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)* HCN Chirurgie pédiatrique

Mr Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie

Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Jacques **BENICHOU** HCN Bio statistiques et informatique médicale

Mr Jean-Paul **BESSOU** HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre) HCN* Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité

Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)* HCN Réanimation médicale

Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie

Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)* HCN Médecine et santé au travail

Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie

Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN	Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Épidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie

Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEURS AGRÉGÉS OU CERTIFIÉS

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIÉ

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHÉS TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIÉS À MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS À MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly, qui me fait l'honneur de présider le jury de thèse.

Pour votre aide précieuse lors de l'élaboration du questionnaire, votre disponibilité et pour avoir accepté que le service des urgences du CHU de Rouen participe à l'étude, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Philippe Chassagne.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Je garderai un excellent souvenir de mon apprentissage au sein de votre service où les connaissances restent au service de l'humain.

À Monsieur le Professeur Fabrice Duparc.

Pour avoir accepté de participer au jury de thèse et trouvé un peu de temps à consacrer au jugement de ce travail, votre présence aujourd'hui m'honore.

Au Docteur Vincent Lemarié, mon directeur de thèse.

Merci de l'intérêt que tu as porté à ce travail, pour tes conseils et ta disponibilité.

Au Docteur Benoît Brousse.

Pour avoir accepté que le service des urgences du CHI d'Elbeuf participe à l'étude.

Au Docteur Jean-David Hounkpati,

À l'intérêt que tu as porté à cette étude et pour ton aide lors de ses balbutiements.

Sans oublier ta contribution active au CHI d'Elbeuf.

<u>Aux équipes infirmières des urgences d'Elbeuf et des autres centres ayant participé.</u>

Pour votre investissement tout au long de l'étude et le rappel à l'ordre des médecins.

<u>Au Docteur Gauthier Rouellan.</u>

Pour ton investissement et ta contribution au sein de la Clinique de l'Europe.

À Philippe Hildenbrandt, relais investi au CHU.

À Quentin Luzurier, du département de biostatistique.

À tous les professionnels de santé qui ont participé de manière directe ou indirecte au recueil des données.

A Baptiste, merci pour ta précieuse aide statistique et bien sûr pour toutes ces années.

A ma mère, pour m'avoir soutenue et encouragée depuis toujours.

Au Docteur Jean-Paul Marcou, qui m'a guidé et permis d'avancer au moment où la médecine n'était plus une évidence.

A Denis, parti bien trop vite.

A toutes les autres personnes, famille et amis, sur qui j'ai pu compter, merci à vous.

« Ceux qui ont le privilège de savoir ont le devoir d’agir. »

Albert Einstein

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION…….p. 20

II. DÉFINITIONS…….....……p. 23

II.1 Les urgences……..……...……..p. 24

II.1.1 Le terme urgence : une définition plurielle….……...……..p. 24

II.1.2 Les structures d'urgences……...……..p. 25

II.1.3 La permanence de soins en milieu ambulatoire (PDSA)....….p. 26

II.2 Pathologies traumatiques courantes……..…….....p. 28

II.3 Le département de Seine-Maritime…….p. 29

II.3.1 Démographie : généralités…….……p. 29

II.3.2 Démographie médicale…….....……p. 30

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE……p. 34

III.1 Type d'étude..…….....……...p. 35

III.2 Lieux de l'étude…….....……..p. 36

III.2.1 Le CHU de Rouen/Urgences adultes…….……..…p. 36

III.2.2 Le CHI d'Elbeuf…….……..…p. 37

III.2.3 La clinique de l'Europe……...……...p. 38

III.3 Critères d'inclusion…….....……...p. 38

III.4 Information des patients et des médecins.…….....……p. 39

III.5 Analyse des données….……..p. 39

IV. RÉSULTATS……...p. 40

IV.1 Population étudiée…….....p. 41

IV.1.1 Nombre de patients et répartition par centre……...……p. 41

IV.1.2 Démographie……..……p. 42

IV.2 Caractéristiques des médecins traitants…….…….…….....p. 46

IV.3 Parcours de soins.……p. 49

IV.3.1 Choix des urgences…….…….……p. 49

IV.3.2 Patients ayant consulté aux urgences en première intention : motifs de consultation..……..……p. 50

IV.3.3 Horaires de consultation.……..….....……p. 52

IV.4 Diagnostics et prises en charge envisageables.....……..…p. 54

IV.4.1 Diagnostics retenus.…….....……..p. 54

IV.4.2 Prise en charge hôpital/ville et conditions...……..p. 59

V. DISCUSSION……...…p. 60

V.1 Parcours de soins du patient…….…….....…….…….…p. 61

V.1.1 Résultats principaux……..……...……....…….……..p. 61

V.1.2 Résultats secondaires……..…….…….....…….……p. 62

V.2 Comparaison à l'étude de la DREES……..…….…p. 63

V.3 Forces et limites de l'étude……..…….……p. 65

V.3.1 Les biais….……..…….……p. 65

V.3.2 Les forces……...……..p. 66

V.4 Organisation et connaissance du système de soins ambulatoire……...……..p. 67

V.4.1 Étude ECOGEN……..……..……..p. 67

V.4.2 Offre de soins en libéral..…….……..……p. 67

V.4.3 Formation des médecins.……..……...p. 68

V.4.4 Coût ville /hôpital……p. 69

VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVE DE SOINS……..…p. 71

ABRÉVIATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Pyramide des âges médecins généralistes libéraux ou d'exercice mixte.

Annexe 2 : Densité de médecins généralistes libéraux (Haute-Normandie – 2008).

Annexe 3 : Classification CCMU.

Annexe 4 : Questionnaire de l'étude.

Annexe 5 : Critères d'Ottawa et classification de Masters.

SERMENT D'HIPPOCRATE

I. INTRODUCTION.

Depuis une dizaine d'années, les enquêtes épidémiologiques[29] recensent un nombre croissant de prises en charge aux urgences. De 13,6 millions de passages en 2002, les services d'urgences français assument en 2011, 18,5 millions de consultations.

D'après les données de l'ARS[1], la région Haute-Normandie n'est pas épargnée puisque de 1998 à 2004, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 25,6 % (et plus particulièrement + 6,05 % pour le bassin Rouen-Elbeuf). Un accroissement toujours retrouvé pour la période 2006-2010, même s'il est moins important (+ 0,5 % pour la région et + 1,8 % pour le bassin Rouen-Elbeuf). En 2010, le territoire de santé Rouen-Elbeuf a comptabilisé 224 657 passages aux urgences.

Parallèlement, il a été constaté que de nombreux recours à ce service sont inappropriés. Une étude de 2004 menée en région PACA[10], interrogeant les professionnels de santé, estimait à 33 % les passages aux urgences qui relevaient de la médecine ambulatoire. Une des conséquences directes de cet afflux étant bien sûr l'engorgement des services d'urgences. Dans cette même étude, les professionnels de santé soulignaient le risque de perte de chance des cas graves dû à l'encombrement de cette institution. Ils remarquaient également que leur pratique quotidienne se rapprochait davantage de la médecine générale que de la médecine d'urgence.

Or parmi les usagers, 62 % ont pris seul ou avec leur entourage la décision d'aller dans ce service[3] c'est-à-dire sans avoir consulté un médecin (au cabinet ou par téléphone), ni appelé le 15 au préalable. Et au final, ce sont 81 % des passages aux urgences qui se soldent par un retour à domicile[2].

Les pathologies traumatiques sont particulièrement concernées. D'après une première enquête nationale conduite par la DREES en 2002 sur les urgences hospitalières (150 structures), la traumatologie arrive en tête des motifs d'admission (48 %) à égalité avec les motifs médico-chirurgicaux (48 %). Ceci alors que la plupart des pathologies traumatiques courantes (entorses, contusion, plaie et même certains types de fractures) ne sont pas des urgences au sens médical du terme.

Cette thèse s'intéresse donc aux raisons de cette affluence aux urgences en analysant l'épidémiologie de ces pathologies, l'offre de soins sur le territoire seinomarin, le parcours de soins des patients et sa justification.

La question de fond étant pourquoi les patients viennent-ils aux urgences pour des motifs qui n'aboutiront pas à une hospitalisation ou à une prise en charge chirurgicale alors que théoriquement la médecine de ville offrirait le même résultat ?

L'objectif secondaire est d'estimer la proportion de patients qui auraient pu être pris en charge en ville et sous quelles conditions.

II. DÉFINITIONS.

II.1 Les urgences.

II.1.1 Le terme urgence : une définition plurielle.

L'urgence en matière de santé est définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » (Pr Delbarre).

Au premier abord, l'urgence semble donc correspondre à une détresse vitale, ou du moins est ressentie comme telle. En réalité, selon le point de vue qui est adopté, la définition est tout autre.

En pratique, l'urgence n'est pas la même selon les acteurs[9] : pour l'urgentiste il s'agit d'une détresse vitale.
Pour le médecin généraliste, à cette définition s'ajoutent également[11] :

- la notion de tout soin non programmé qui interrompt son activité,
- les recours des patients déclarant avoir « besoin de consulter un médecin dans la journée »,
- les recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet,
- les recours aux médecins des associations urgentistes de ville.

Enfin pour le patient[9], l'urgence correspond plutôt à une rapidité d'intervention ou de résolution du problème dans son entièreté. Être pris en charge dans les plus brefs délais est la préoccupation première. La notion de gravité dans ce cas passe fréquemment au second plan.
La terminologie a ainsi peu à peu évolué dans la littérature : d'urgence vitale à urgence ressentie, la formule « demande de soins non programmés » est désormais communément admise. Cette dernière appellation correspondant au recours spontané des patients à la médecine.

La prise en charge des malades et des blessés dans un service d'urgences survient selon plusieurs schémas.

Soit le patient a été amené par un service de secours (ambulances, SAMU, pompiers…), dans ce cas il peut y avoir été contraint.

Soit le patient est venu par ses propres moyens. Dans cette circonstance, il peut avoir demandé avis à un professionnel de santé dans un premier temps. Mais cette situation est loin d'être majoritaire selon l'étude de la DREES[3] qui s'intéressait aux trajectoires de recours aux urgences hospitalières (à peine plus du quart des patients déclaraient avoir essayé de joindre leur médecin traitant).

Sur le plan national, les recours urgents ou non programmés représentent 12 % de l'activité des généralistes libéraux[11]. Cela équivaut à 35 millions de recours annuels en médecine générale.

II.1.2 Les structures d'urgences.

Depuis le décret du 22 mai 2006, les SAU, POSU et UPATOU ont été remplacées par les structures d'urgences sans catégorisation.

A l'entrée, les patients sont classés sur une échelle CCMU de 1 à 5 par l'IOA en fonction de la gravité clinique de leur pathologie.
Bien sûr, il s'agit d'un premier tri, avec parfois des erreurs d'appréciation.
Près de 3/4 des patients sont jugés CCMU 2, c'est-à-dire ayant un état clinique jugé stable. Pour la plupart d'entre eux, il est envisagé la réalisation d'actes complémentaires techniques à visée diagnostique ou thérapeutique au service des urgences.
Les CCMU 1 regroupent environ 14 % des patients, ne nécessitant pas à priori le recours à un acte complémentaire.
Enfin la catégorie CCMU 3 (11 % des passages) représente les malades dont l'état clinique risque de s'aggraver aux urgences sans engager le pronostic vital.
Les CCMU 4 et 5, rares, sont définies par un pronostic vital d'emblée engagé (4 % de CCMU 4 et 0,2 % de CCMU 5).

II.1.3 La permanence de soins en milieu ambulatoire (PDSA).

La mission de Permanence Des Soins Ambulatoires[5] est une mission de service public dont l'objectif est de répondre aux demandes de soins non programmés et ce aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé. Elle doit y répondre par des moyens adaptés, structurés et régulés. Elle s'inscrit dans une démarche plus globale de permanence de soins qui concerne aussi bien les structures ambulatoires que les établissements de santé, avec une collaboration étroite entre ces deux secteurs.

La circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences souligne que la PDSA doit répondre au « besoin de consultation exprimé en urgence ». La PDSA aurait donc comme buts de prendre en charge les urgences ressenties et d'offrir des soins de proximité. Les services d'urgences retrouvant ainsi leur rôle c'est-à-dire se concentrer sur les patients ayant une défaillance vitale ou un pronostic fonctionnel engagé.

Indirectement, ces constations amènent à penser que la PDSA pourrait avoir un rôle dans le désengorgement des urgences.

La permanence des soins ambulatoires est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Depuis le 1er avril 2012, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires est bien définie dans un cahier des charges régional décliné par département. Elle s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins ambulatoires (SROS).

Le Directeur Général de l'ARS, en lien avec les préfets des départements décide des principes d'organisation de prise en charge des demandes de soins non programmées. La PDSA s'organise sur le territoire régional (effectivité, régulation, rémunération).
Des priorités d'actions sont définies, elles seront ensuite adaptées à chaque territoire de permanence des soins, en fonction des besoins de santé et des spécificités locales.

Les médecins peuvent participer à la permanence des soins ainsi qu'à l'activité de régulation sur la base du volontariat. L'inscription se fait auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour un secteur de garde donné.

Les médecins concernés sont ceux exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que les médecins pratiquant dans les associations de permanence des soins (SOS médecins ...).

La PDSA peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité a été attestée par le conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

La participation est formalisée par une convention entre le médecin et le Directeur Général de l'ARS, transmise au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Désormais la PDSA peut également être assurée par les établissements de santé en relais de la médecine libérale lorsque l'offre médicale et la demande de soins le justifient.

En mai 2011 la région Haute-Normandie comptait dix maisons médicales de garde, toutes situées en Seine-Maritime : Barentin, Déville-lès-Rouen, Dieppe, Fontaine le Bourg, Le Havre, Neufchâtel en Bray, Petit-Quevilly, Rouen, Tôtes, Yvetot.

II.2 Pathologies traumatiques courantes.

Il n'y a évidemment pas de définition médicale stricte de ce que sont les pathologies traumatiques courantes.

Le traumatisme se définit dans la langue française par une blessure, une lésion secondaire à un impact mécanique, physique.

Cependant il est possible de considérer que le terme de pathologie traumatique courante regroupe tous les traumatismes ou microtraumatismes ne nécessitant ni prise en charge chirurgicale urgente au bloc opératoire ni hospitalisation après première consultation chez le médecin généraliste ou aux urgences. Le médecin après l'anamnèse et l'examen physique peut néanmoins être amené à demander des examens complémentaires (la plupart du temps radiographie ou échographie…).

Des pathologies très variées s'inscrivent derrière ce terme (entorse, contusion, plaie…). Le point commun de ces pathologies est qu'elles pourraient théoriquement être prises en charge en médecine de ville sans nécessairement recourir à un service d'urgence.

Cela demande aux médecins de ville d'être formés dans le domaine en question mais aussi de disposer du matériel adapté à la prise en charge de la petite traumatologie (suture, résine …).

A la faculté de Rouen, la traumatologie était étudiée au sein du module « appareil locomoteur » au cours de l'externat.

Sur le plan pratique, les stages aux urgences sont obligatoires durant la première année d'internat pour les internes en médecine générale. Ce stage a une durée de 6 mois. En moyenne et selon les emplois du temps de chacun, c'est 1/3 de l'activité qui est consacrée aux traumatismes.

II.3 Le département de Seine-Maritime.

II.3.1 Démographie : généralités.

Caractéristiques de la Seine-Maritime au 1er janvier 2008[5] :

- Superficie : 6 278 km²

- 1 248 580 habitants (+ 9400 habitants depuis 1999), il s'agissait d'un département à faible évolution démographique.

Malgré tout la population continuait de croître avec un total de 1 251 282 personnes en 2011[14]. Cela représentait une densité de 199,3 habitants au km^2. La Seine-Maritime se plaçait au 14ème rang des 100 départements français en terme de nombre d'habitants.

Évolution selon les territoires urbains[5].

- 5 des 11 zones urbaines gagnaient en population dont le territoire autour d'Elbeuf.

- la couronne périurbaine de Rouen ainsi que son centre ville connaissaient également un accroissement de la population (respectivement de + 0,7% et + 0,3 %).

Aspect socio-économique.

Un accroissement du taux de chômage est observé depuis 2008 passant de 8,1 % de la population active à 11,1 % au 2ème trimestre 2014.

Un Haut-Normand sur sept vivait en dessous du seuil de pauvreté c'est-à-dire avec moins de 964 euros par mois.

II.3.2 Démographie médicale.

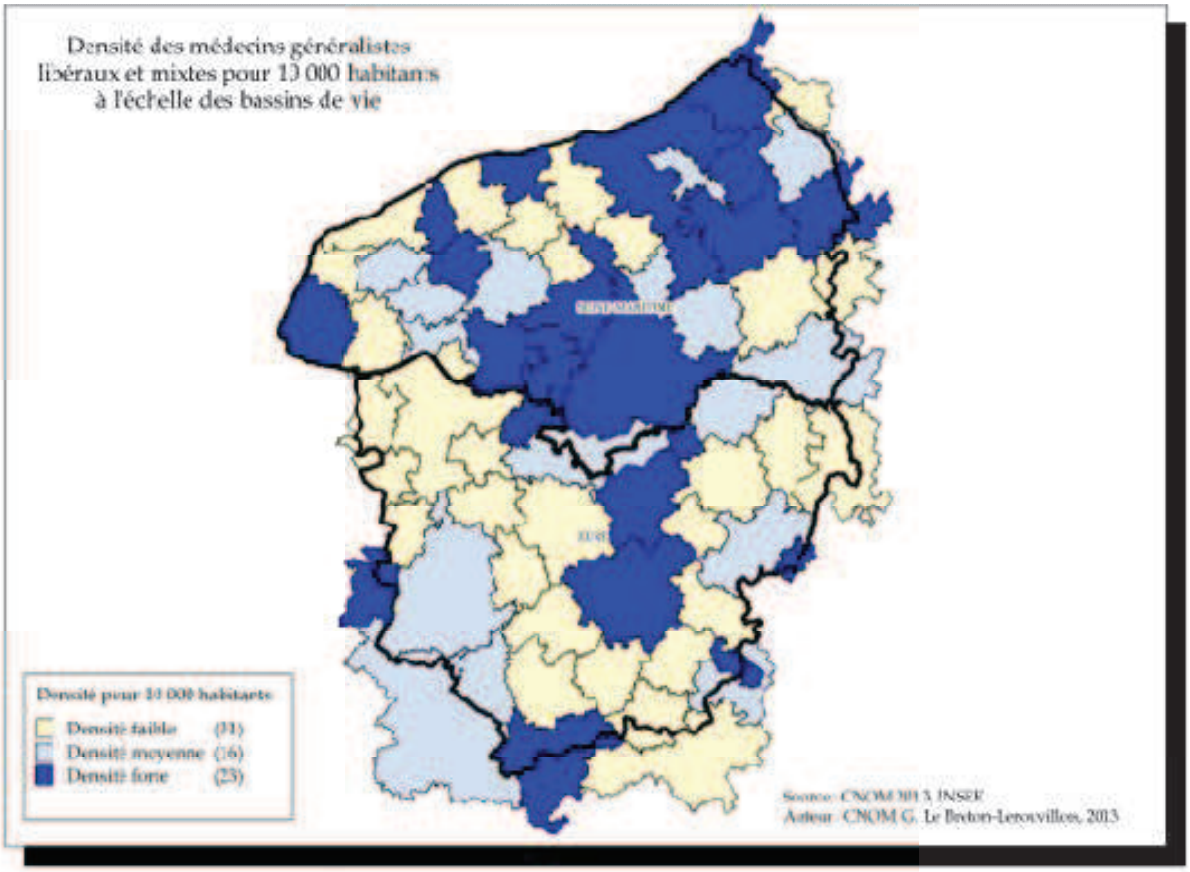
En France, le nombre de médecins a atteint son maximum en 2009, depuis lors il amorce une décroissance. Son niveau le plus faible devrait être atteint en 2030. Parallèlement la population française va croître de 10 % selon les études démographiques. Et toutes les régions ne seront pas égalitaires...

La Haute-Normandie : une région sous dotée.

La région Haute-Normandie avec ses 2 départements (l'Eure et la Seine-Maritime) regroupe 2,3 % de l'effectif national de médecins. La Seine-Maritime quand à elle concentre 79 % des effectifs de la région. La densité médicale de médecins généralistes pour cette région est de 132,8 médecins pour 100 000 habitants (219 pour 100 000 habitants à Paris), la plaçant en 3ème position des régions à plus faible densité après la Picardie et la région Centre.

L'étude de la démographie médicale en Seine-Maritime[17] a montré une diminution des médecins généralistes en activité régulière. De 1785 médecins généralistes en 2007, le nombre de médecins généralistes est passé à 1653 médecins généralistes en 2014. Durant ces six dernières années a ainsi été observée une baisse de 6,1 % des effectifs de cette profession.

Étude des bassins de vie.



D'un point de vue géographique, en s'intéressant aux bassins de vie de la Seine-Maritime, il est remarqué une diminution du nombre de médecins généralistes pour les secteurs de Fécamp, Notre-Dame-de-Gravenchon, Saint-Valéry-en-Caux et du Havre mais avec une diminution de la population générale.

Par contre pour les bassins de vie de Rouen et Elbeuf (lieux de l'étude), la population a augmenté parallèlement à la diminution du nombre de médecins généralistes.

Si Rouen et Elbeuf restent encore bien dotés (modélisation de recours aux médecins généralistes à moins de 10 km et densité de médecins pour 10 000 habitants, en annexe), cela pourrait bien se dégrader posant le problème des recours aux soins primaires.

Au total, ce sont 44 % des bassins de vie qui sont sous dotés en Haute-Normandie.

Une démographie médicale vieillissante.

En Seine-Maritime, la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 52 ans et 23 % des médecins généralistes ont plus de 60 ans.

Médecins généralistes à l'échelle départementale.

	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	>=60 ans
Eure	54 ans	36%	10%	31%
Seine-Maritime	52 ans	43%	13%	23%

Avec les nombreux départs à la retraite prévus pour ces prochaines années et les effets du numérus clausus instauré en 1971, la diminution des médecins généralistes devrait se poursuivre : l'Ordre des Médecins a estimé à 1577 le nombre de médecins généralistes en 2019 (versus 1785 médecins généralistes en 2007).

La féminisation de la profession.

La féminisation de la profession est en marche, 43 % des médecins généralistes en Seine-Maritime sont des femmes.

Une enquête du ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique (2007), a montré que 11 % des médecins libéraux travaillaient à temps partiel, il s'agissait en majorité de femmes. Par ailleurs, la durée de travail hebdomadaire des femmes était inférieure à celle des hommes : elles travailleraient en moyenne 10 heures de moins par semaine.

Les promotions à venir seront majoritairement féminines, les femmes vont donc être de plus en plus nombreuses à exercer ce métier ; avec probablement une fréquence accrue de temps partiel.

La fin d'un sacerdoce[24].

Les modes de vie changent et différentes enquêtes réalisées auprès des jeunes générations ont souligné qu'elles souhaitent davantage privilégier loisirs et vie de famille. Si actuellement les médecins généralistes déclarent travailler entre 52 et 60 heures par semaine, une étude menée auprès des internes en médecine générale (2010-2011) a montré qu'ils souhaiteraient travailler 42,7 heures par semaine en moyenne.

L'ensemble de ces données porte à croire que dans les années à venir, les patients auront de plus en plus de mal à obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables chez leur médecin traitant et de ce fait consulteront plus rapidement aux urgences.

D'où l'intérêt de ce travail : analyser les motifs de recours aux urgences traumatologiques (argumentaire des patients) afin de donner des pistes utiles dans la réflexion à un parcours de soins plus pertinent, permettant de gérer au mieux les flux de patients.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE.

III.1 Type d'étude.

Il s'agissait d'une **étude transversale descriptive** basée sur des auto-questionnaires. Elle a eu lieu dans 3 services d'urgences de Seine-Maritime du lundi au vendredi et le samedi matin, aux horaires ouvrables des cabinets de médecins généralistes (soit de 9 à 19 h la semaine et de 9 à 12 h le samedi matin).

L'étude s'est étendue sur la période du 15 janvier au 13 février 2015.

Les questionnaires comportaient 2 parties dont l'une était destinée au patient et l'autre au médecin qui avait pris en charge ce patient.

Le questionnaire « patient » était basé sur des données existantes dans la littérature, notamment les enquêtes de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique), concernant les motifs de consultations des usagers des urgences.

Les questions étaient soit fermées, soit semi-ouvertes.

L'étude était anonyme, les patients volontaires répondaient au questionnaire.

Le questionnaire comportait un total de quinze items. Le recueil s'intéressait aux données démographiques, au parcours de soins, au premier contact avec le système de santé et aux raisons qui motivaient ces consultations. Les patients affiliés à la CMU devaient le préciser.

Les parents accompagnant un enfant pouvaient remplir le questionnaire.

Le questionnaire « médecin » devait évaluer le caractère urgent de la consultation, préciser le diagnostic retenu. La question d'une prise en charge des pathologies en médecine de ville était abordée. Si une prise en charge en ville pouvait être envisagée, les médecins devaient notifier sous quelles conditions.

Avant diffusion, la relecture du questionnaire a été faite par 2 médecins généralistes et 4 médecins urgentistes, afin d'évaluer sa faisabilité et sa pertinence.

Le questionnaire a été testé avant le début de l'étude pour estimer le temps nécessaire à son remplissage. La durée de réponse était en moyenne de 3 minutes pour le patient et le médecin.

III.2 Lieux de l'étude.

L'étude se déroulait au sein des services d'urgences de 2 hôpitaux publics dont un Centre Hospitalier Universitaire (CHU de Rouen), un Centre Hospitalier Intercommunal (CHI d'Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil), et une clinique privée (Clinique de l'Europe). Tous ces établissements sont situés en Seine-Maritime. La clinique de l'Europe tout comme le CHU est localisée sur la commune de Rouen.

III.2.1 Le CHU de Rouen/Urgences Adultes (accueil des patients de plus de 16 ans).

Il est évidemment centre de référence dans le SROS. À noter que ce service n'accueille pas de pédiatrie (les urgences pédiatriques étant un service à part entière au CHU).

Il s'agit du plus grand centre d'accueil des urgences de Seine-Maritime. En 2011, c'était le 2ème établissement de France en nombre de passages annuels, après le CHU de Montpellier.

En 2014, ce service a dénombré 101 597 passages dont la moitié était des urgences chirurgicales (comprenant la traumatologie). En 2004, étaient dénombrés 62 405 passages. Entre 2004 et 2014, la fréquentation a augmenté de 62,8 %.

C'est un service important également de part sa taille avec 3195 m^2 de locaux.

Le Service d'Accueil et de traitement des Urgences de Charles Nicolle comprend :

- une zone d'accueil et d'orientation,
- un secteur chirurgical regroupant un secteur gris (urgences traumatiques) et un secteur orange (urgences abdominales chirurgicales),
- un secteur médical,
- un secteur de déchoquage (urgences vitales),
- une zone de consultations externes (polyvalentes, spécialisées, médico-sociales, psychiatriques, médico-judiciaires),
- l'UHCD, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (12 lits) pour des séjours inférieurs à 24 heures.

Ce service a un accès au « bloc d'urgence » et possède un service de radiologie avec un scanner dédié.

Il accueille en moyenne :

- 50 % d'urgences relatives,
- 10 % d'urgences vitales,
- 40 % d'urgences ressenties.

Par ailleurs, 55 % des patients pris en charge sont blessés et 45 % d'entre eux sont malades.

15% des patients ont plus de 75 ans.

Il faut noter que 25 % des patients pris en charge aux urgences du CHU sont domiciliés hors agglomération et que 50 % des patients domiciliés rive gauche viennent au CHU.

L'unité de Petit-Quevilly (Saint-Julien) ne participait pas à l'étude.

III.2.2 Le CHI d'Elbeuf.

Il s'agit d'un hôpital périphérique du département de Seine-Maritime. Il est également l'un des centres de références dans le SROS.

Concernant le service d'urgences d'Elbeuf (Louviers et Val-de-Reuil ne participaient pas à l'étude car situés dans l'Eure), il comprend :

- une zone d'accueil et d'orientation,
- un secteur chirurgical accueillant des patients ayant eu une pathologie traumatique (quelque soit l'âge),
- un secteur médecine dédié aux urgences médicales adultes,
- une zone de déchoquage,
- un accès au plateau technique de l'hôpital (radiologie).

Grâce au DIM (Département d'Information Médicale), la quantification du nombre de passages par secteur était possible. Pour l'année 2014, 37 973 patients ont été accueillis aux urgences d'Elbeuf, la majorité dans le secteur chirurgical (soit 19 082 personnes).

Semaine type du 26/01/2015 au 31/01/2015, heures ouvrables des cabinets de ville (DIM).

	CCMU 1	CCMU 2	TOTAL
Nombre de passages	39	213	252
Nombre d'hospitalisations	1	10	11
TOTAL	40	223	263

III.2.3 La clinique de l'Europe.

La structure d'urgence est implantée dans un établissement de santé privé à but lucratif avec plateaux techniques en imagerie (radiographie, échographie, scanner, IRM) et biologie. L'établissement comporte également des unités de chirurgie et de médecine.
Les urgences atteignent 27 000 passages par an (soit une moyenne de 110 passages par jour), avec des patients de tout âge aussi bien pédiatriques que gériatriques.
Le service d'urgence est composé d'une zone d'accueil et d'orientation et d'un secteur commun à la médecine et à la chirurgie.

III.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion étaient :

- un âge inférieur à 75 ans (Selon une étude de la DREES, les motifs de recours aux urgences pour des pathologies traumatiques sont rares après 70 ans, par ailleurs les problématiques gériatriques associées sont fréquentes et riches. La moitié de ces patients sera hospitalisée après passage aux urgences) ;

- avoir une pathologie traumatique ou micro-traumatique, quelles que soient les circonstances de survenue ;

- être venu aux urgences par ses propres moyens (véhicule personnel, transport en commun, amené par une personne de la famille ou amie) ;

- être classé CCMU 1 ou 2.

Étaient donc exclus les patients amenés par les pompiers ou par les ambulances, ainsi que les patients ayant une détresse vitale.

III.4 Informations des patients et des médecins.

Dans les 3 centres, les médecins participant ont été informés par écrit et à l'oral, en staff, individuellement ou par petits groupes.

Un médecin ou interne était référent dans chacun des 3 sites pour éviter au maximum les biais d'inclusion et s'assurer de la progression de l'étude.

Les questionnaires étaient remis aux patients par les médecins assurant leur consultation ou par les internes référents de chaque centre.

A l'issue de la consultation, les patients remettaient le questionnaire au médecin responsable de sa prise en charge, lui-même devant compléter les items qui le concernait.

Pour les patients, une note explicative précédait les questions. Elle précisait l'objectif des questions, à savoir connaître le parcours de soins du patient et ses motivations. Le but était de ne pas culpabiliser le patient d'être venu aux urgences. De même le patient devait répondre de la manière la plus objective possible et les questions ne devaient pas le mettre mal à l'aise, sinon le risque était d'avoir de fausses informations ou des refus de participation.

III.5 Analyse des données.

Les paramètres des questionnaires ont été reportés dans un tableur (logiciel Excel). L'analyse des données était dans un premier temps descriptive.

Les tests comparatifs de l'analyse statistique ont été conduits à l'aide du Khi ^{2}. Ce test était réalisé avec un risque α de 5 %. Le seuil de significativité était positif lorsque $p \leq 0,05$. Le logiciel EPI Info a été utilisé pour les analyses de variance.

Pour les petits effectifs (moins de 5 personnes), un test de Fischer a été appliqué.

IV. RÉSULTATS.

IV.1 Population étudiée.

IV.1.1 Nombre de patients et répartition par centre.

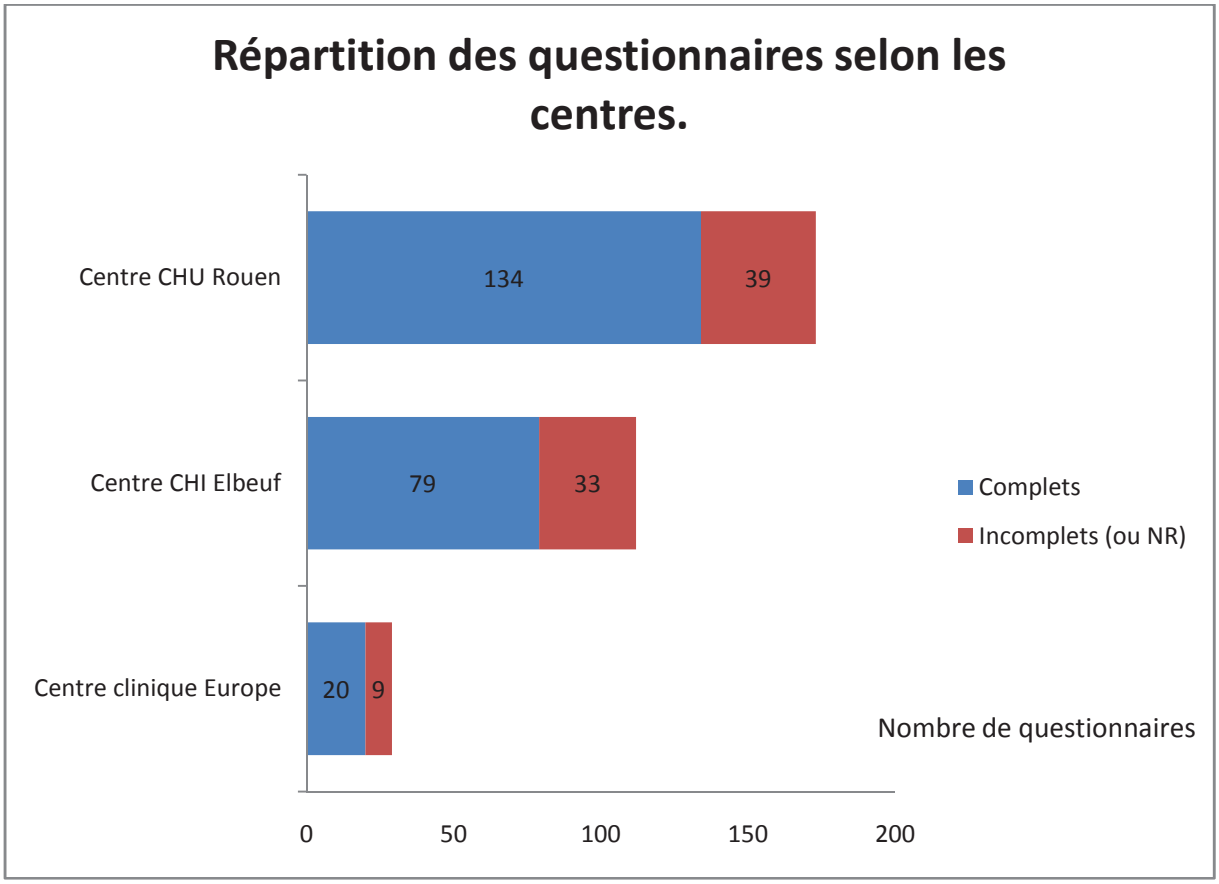
Deux patients ont refusé de participer à l'étude pour des raisons personnelles et un patient n'a pas été en mesure de remplir le questionnaire car non francophone.

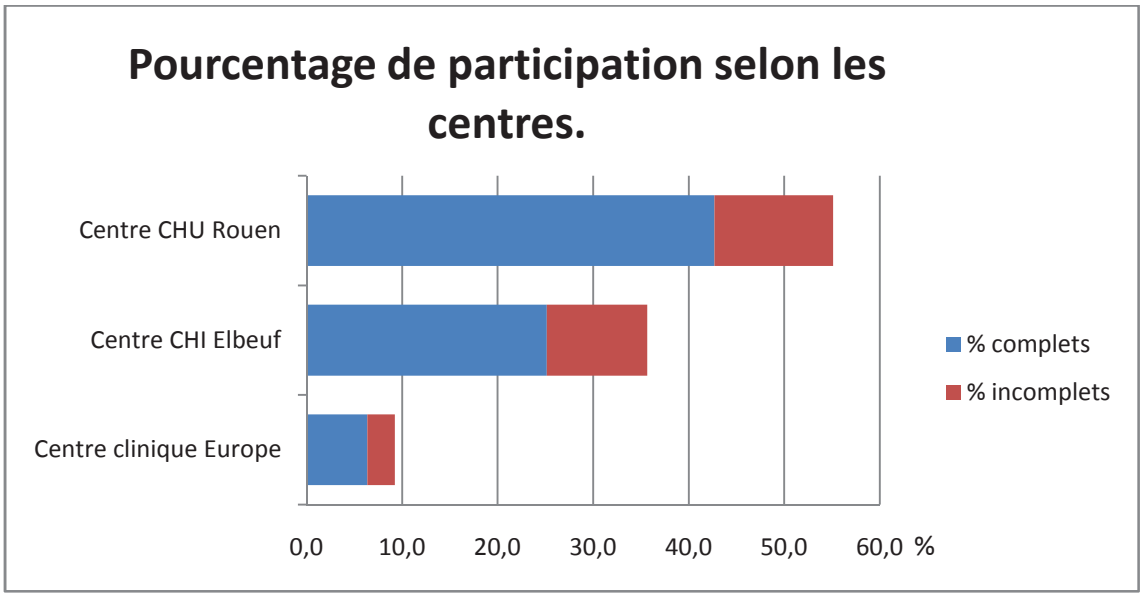
319 questionnaires ont pu être recueillis sur les 3 centres participant à l'étude.

La répartition entre les différents centres était la suivante : 178 questionnaires au CHU de Rouen, 112 au CHI d'Elbeuf et 29 à la clinique de l'Europe.

Sur les 319 questionnaires obtenus, 5 ont été écartés (issus du CHU) car les données étaient insuffisantes pour être analysées.

Parmi les 314 questionnaires exploitables et inclus dans les analyses statistiques, 81 avaient des données parcellaires soit 25,8 % d'entre eux.



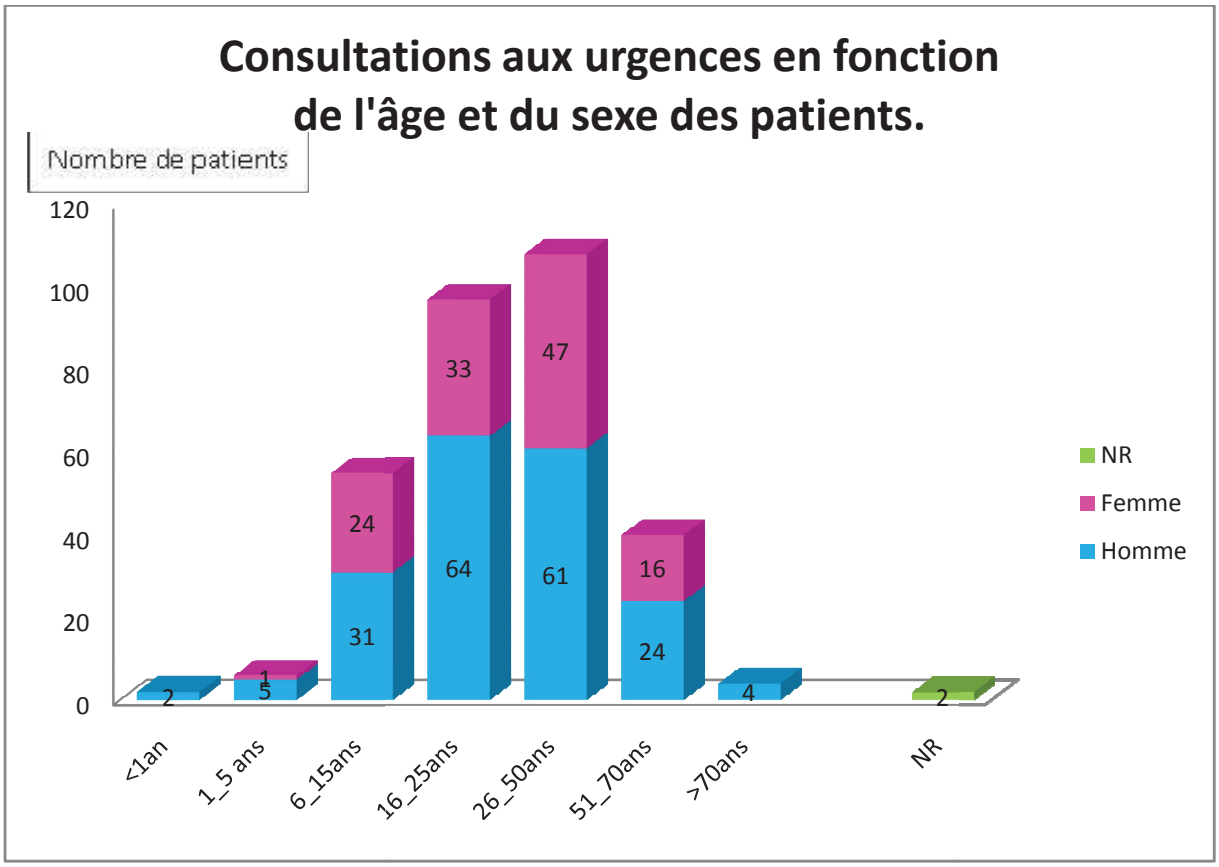


IV.1.2 Démographie.

121 personnes soit 38,7 % de la population était des femmes (sex-ratio 2,6).

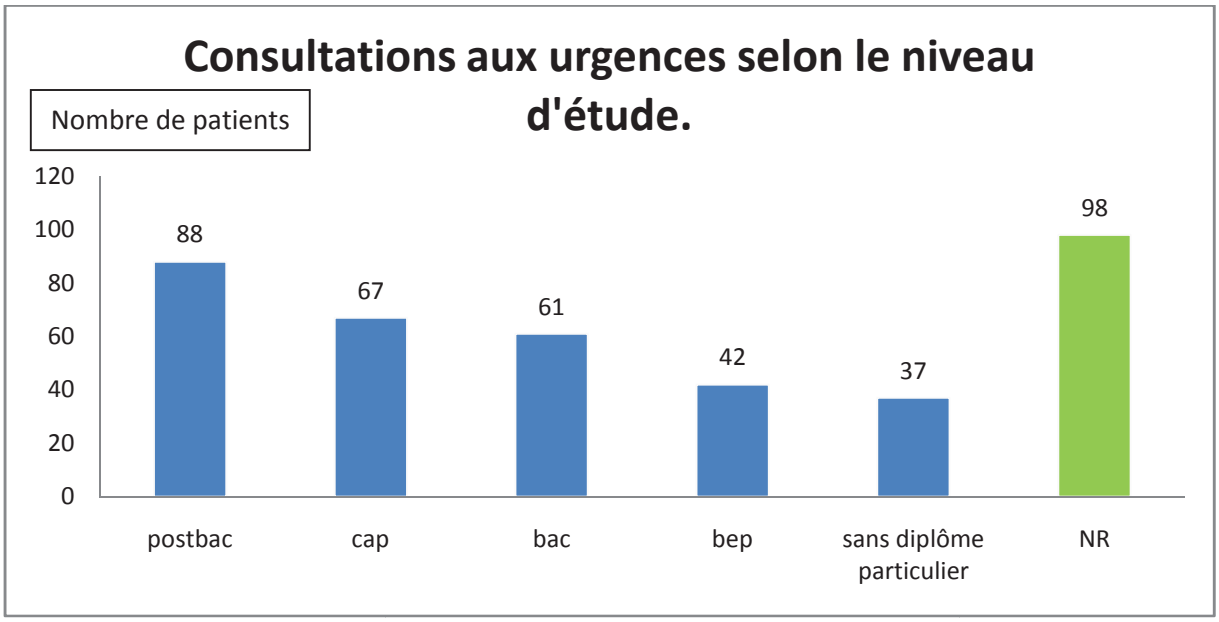
La moyenne d'âge des patients était de 29,6 ans (écart type +/- 17,1 ans).

Répartition par catégorie d'âge	Nombre de patients	Pourcentage (%)
<1an	2	0,6
1-5 ans	6	1,9
6-15ans	55	17,5
16-25ans	97	30,9
26-50ans	108	34,4
51-70ans	40	12,7
>70ans	4	1,3
NR	2	0,6
Total	314	100,0



La catégorie 26-50 ans était la plus représentée avec 34,6 % de la population de l'étude. 56 % des patients avaient entre 16 et 50 ans.

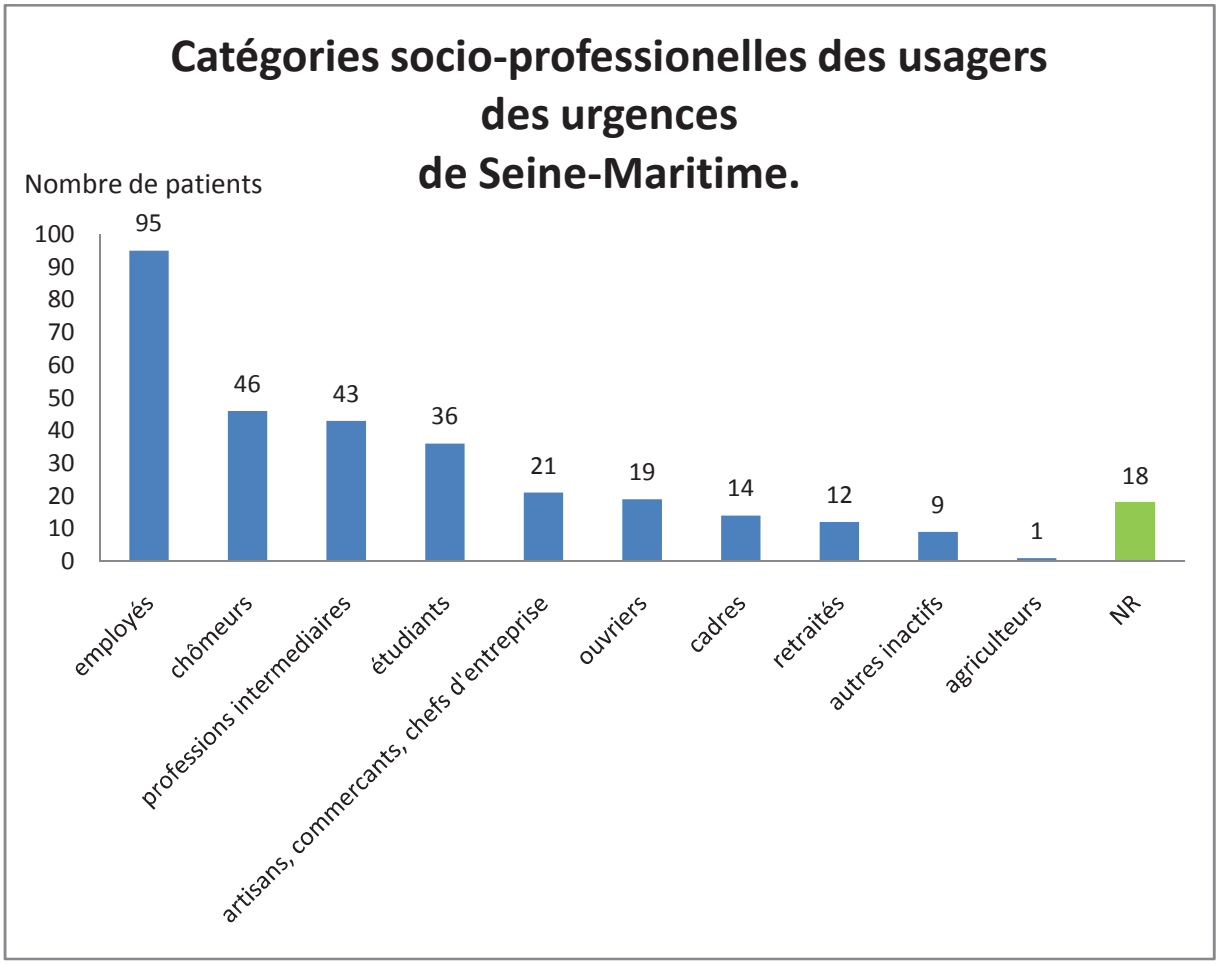
Niveau d'étude.



50,5% avait un niveau baccalauréat ou avait fait des études supérieures.

12,5% des patients n'avaient pas de diplôme.

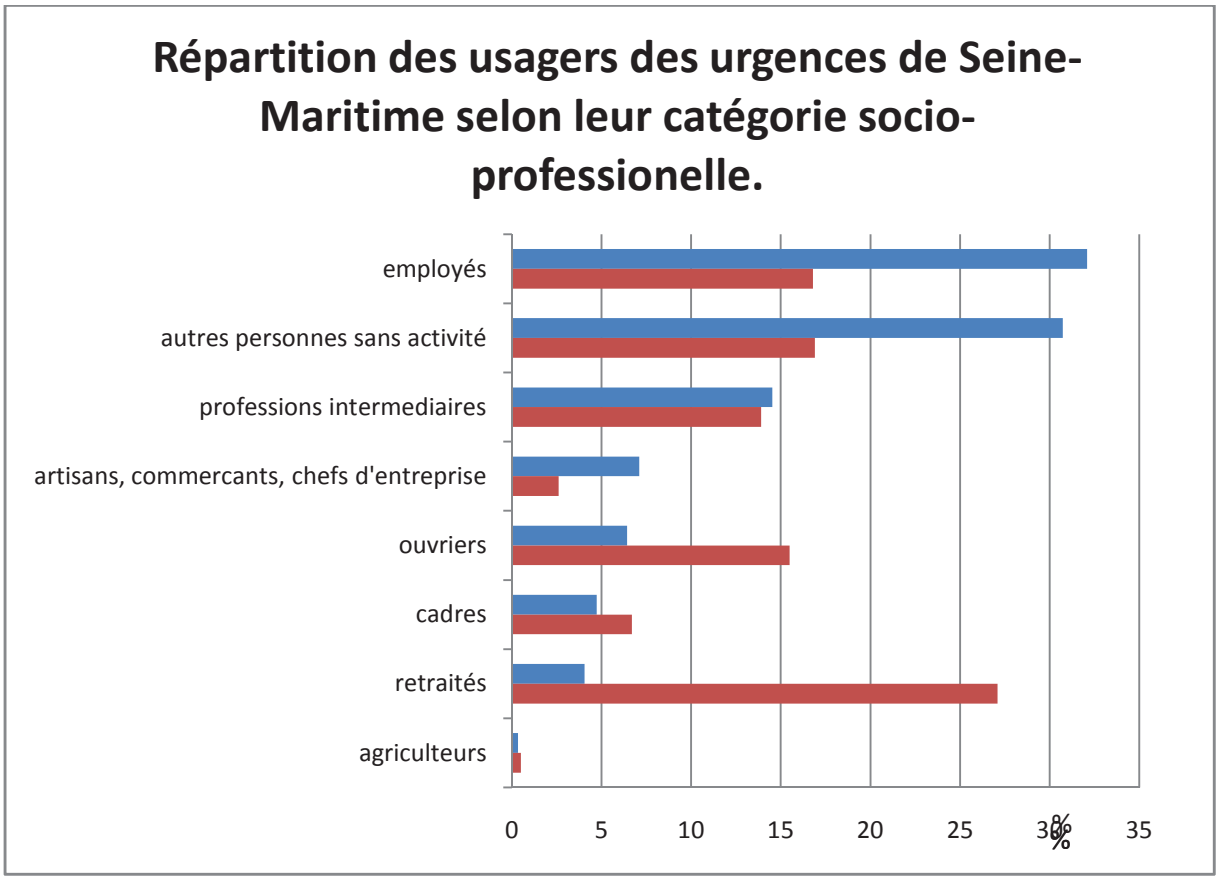
Catégories socioprofessionnelles.



32,1 % des usagers étaient employés.

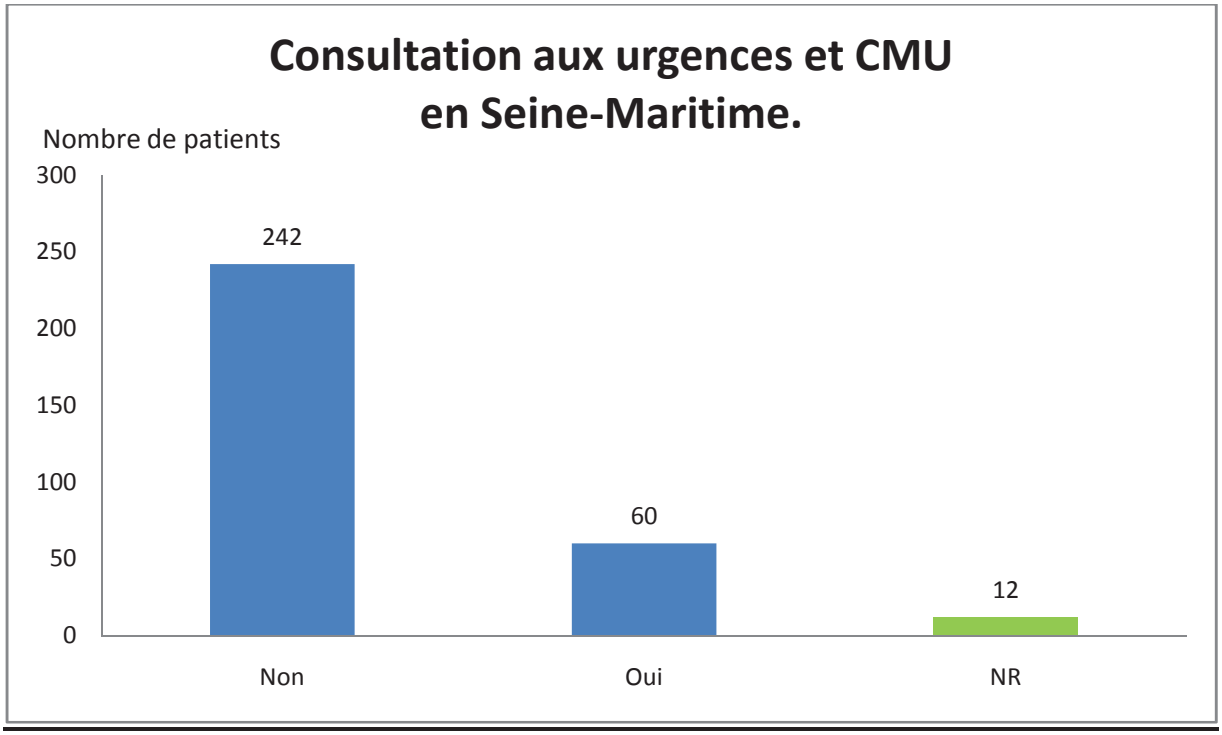
15,5 % des patients étaient à la recherche d'un emploi.

Parmi les étudiants, 30 ont consulté au CHU soit 55,6 % de cette catégorie.



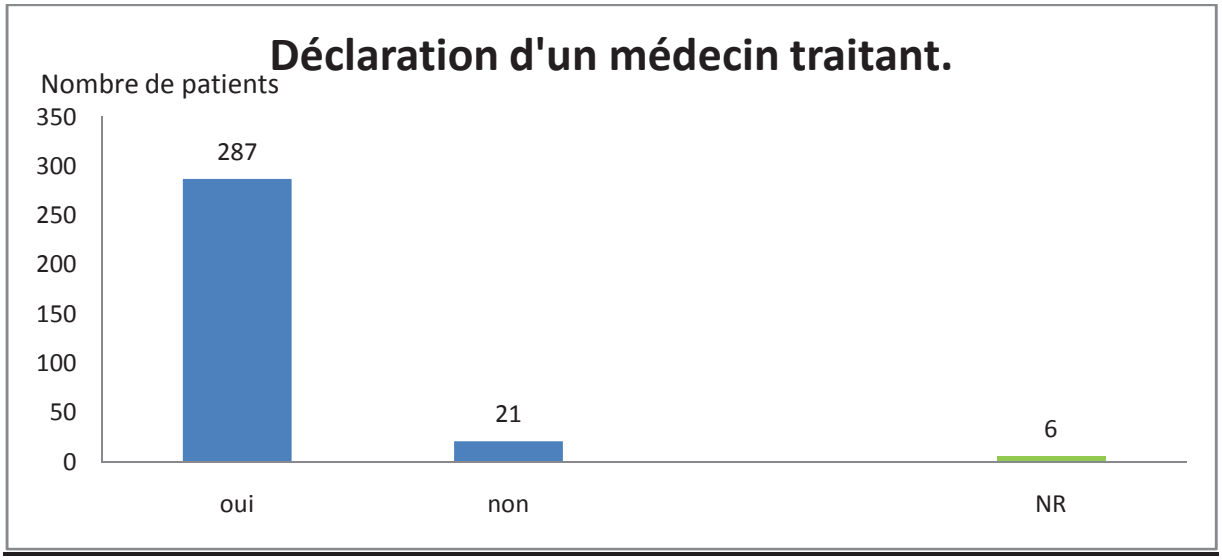
Les ouvriers représentaient 6,4 % des patients, dans la population générale de Seine-Maritime, ils sont 15,5 %.

Couverture maladie.



19,9 % des usagers interrogés bénéficiaient de la CMU. En Seine-Maritime, pour l'année 2012, 7,3 % de la population bénéficiait de la CMU (source INSEE). Un patient n'avait aucune couverture sociale.

IV.2 Caractéristiques des médecins traitants.

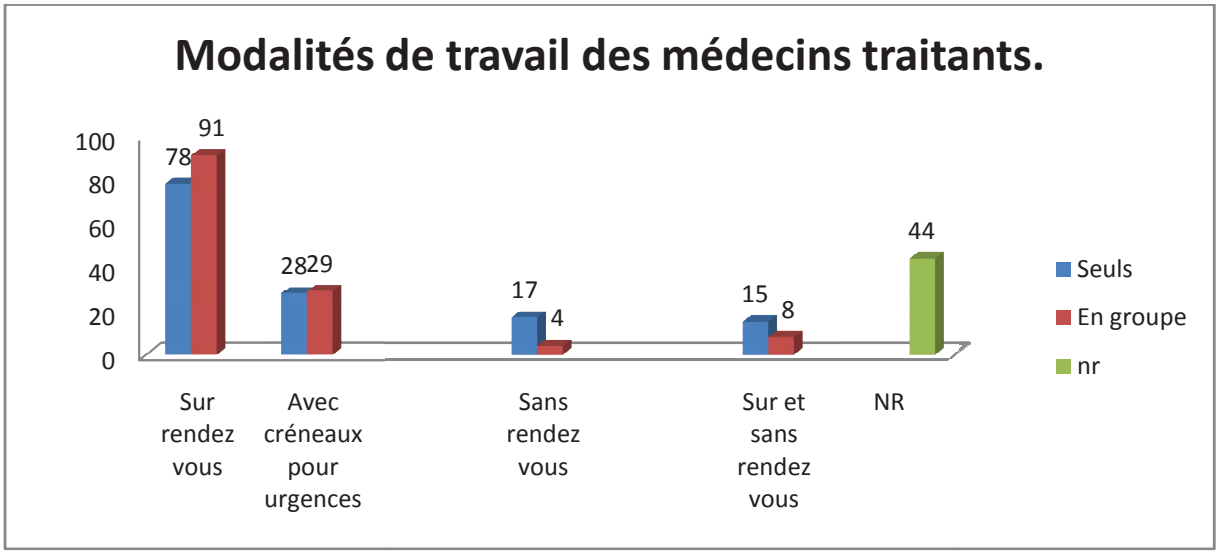


93,2 % de la population étudiée avait un médecin traitant déclaré.

En 2008, 85 % des français avaient déclaré un médecin traitant.

28,6 % des personnes n'ayant pas de médecin traitant étaient étudiantes et 28,6 % à la recherche d'un emploi.

Exercice du médecin généraliste (déclaré par le patient).

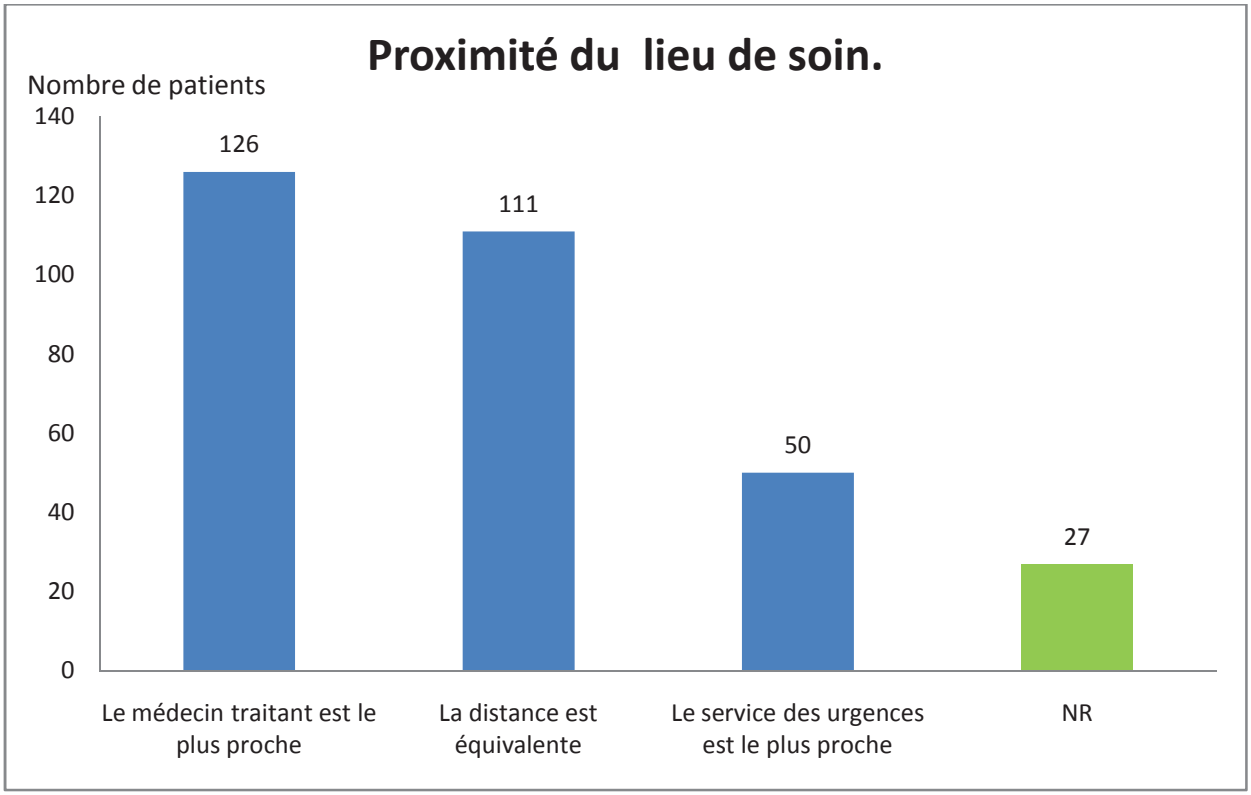


48,9 % des médecins traitants travaillaient en groupe.

Quel que soit leur mode d'exercice, ils étaient 21,1 % à garder des créneaux pour les urgences et 7,7 % à travailler sans rendez-vous.

8,5 % avait un mode d'exercice mixte (avec et sans rendez-vous).

Proximité du lieu de soins : service d'urgences et médecin traitant.



43,9 % des patients déclaraient avoir leur médecin traitant plus proche que les urgences.

82,5 % des usagers mentionnaient leur médecin traitant plus proche ou à distance équivalente des urgences.

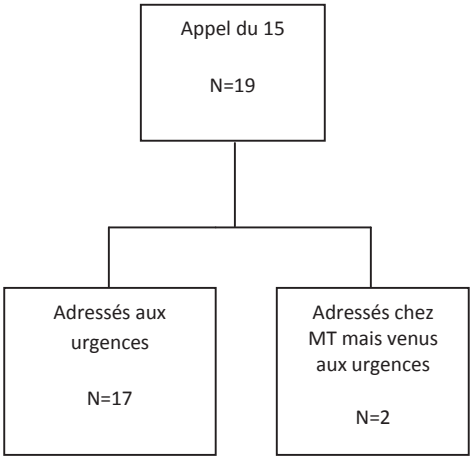
Proximité des urgences.	Consultation du médecin traitant (nombre de patients).	Pas de consultation du médecin traitant (nombre de patients).
0-5km	11	93
6-10km	11	57
11-19km	6	46
20km et plus	19	42

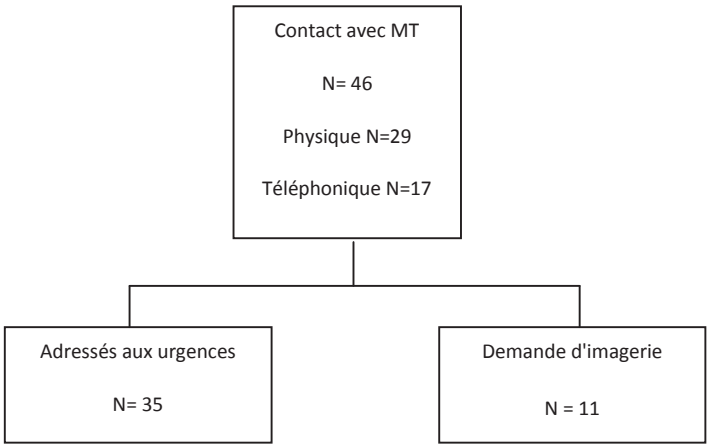
Il existe un lien significatif entre la proximité du service d'urgence et le fait de consulter aux urgences pour un premier contact médical (p de tendance = 0,0046).

IV.3 Parcours de soins.

IV.3.1 Choix des urgences.

235 patients sur les 262 ayant répondu correctement à ces items (soit 89,7 % des patients) ont recouru aux urgences pour leur premier contact avec le système de soins.





Parmi les patients ayant un médecin traitant, 82,5 % sont venus directement aux urgences sans prendre un avis (téléphonique ou consultation) auprès de leur médecin.

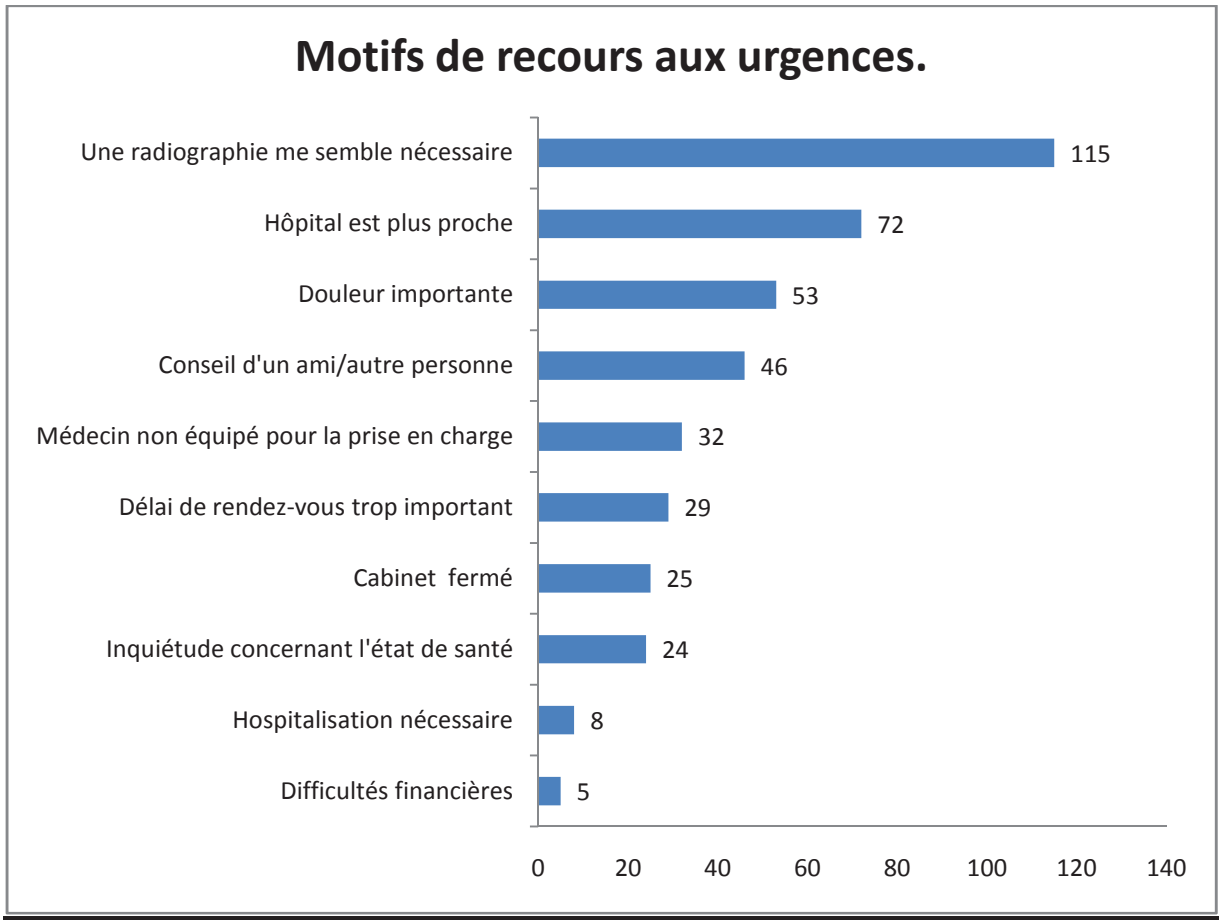
Les patients adressés par leur médecin traitant représentaient 13,3 % de la population étudiée.

7 % des usagers avaient appelé le 15.

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le niveau d'étude et le fait de consulter son médecin traitant en première intention (p = 0,160).

IV.3.2 Patients ayant consulté aux urgences en première intention : motifs de consultation.

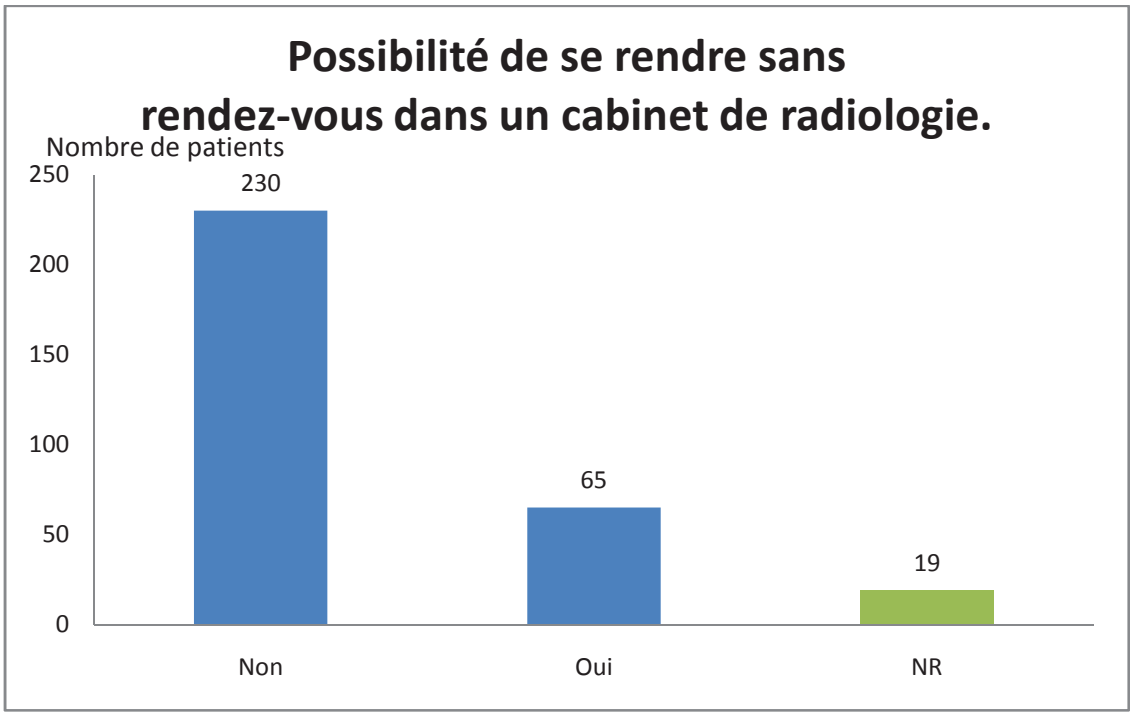
En moyenne, les patients évoquaient 1,6 raison pour leur consultation aux urgences.



Les patients qui ont recouru aux urgences en première intention évoquaient comme motifs :

- Le sentiment d'avoir **besoin d'une radiographie** pour 43,8 % d'entre eux.
- La **proximité de l'hôpital** pour 27,5 % d'entre eux.
- 1/5 des patients évoquait une **douleur trop importante**.
- 17,5 % sont allés aux urgences sur conseils d'un proche ou d'IDE /pharmacien.
- 20,6 % des patients déclaraient que leur médecin traitant était fermé à ce moment-là ou que le délai de rendez-vous en ville était « trop long ».
- L'inquiétude par rapport à l'état de santé concernait 9 % des interrogés.
- 3 % pensaient qu'ils auraient besoin d'être hospitalisés.
- Les problèmes d'argent étaient évoqués pour 1,9 % des personnes de l'étude.

78 % ne pensaient pas pouvoir bénéficier d'une radiographie non programmée en cabinet d'imagerie. 81 % des patients qui pensaient avoir besoin d'une radiographie ignoraient la possibilité d'un recours non programmé aux cabinets de radiologie.



87 % des patients qui pensaient avoir besoin d'une radiographie en ont bénéficié. Aucun patient n'a bénéficié d'une échographie aux urgences.

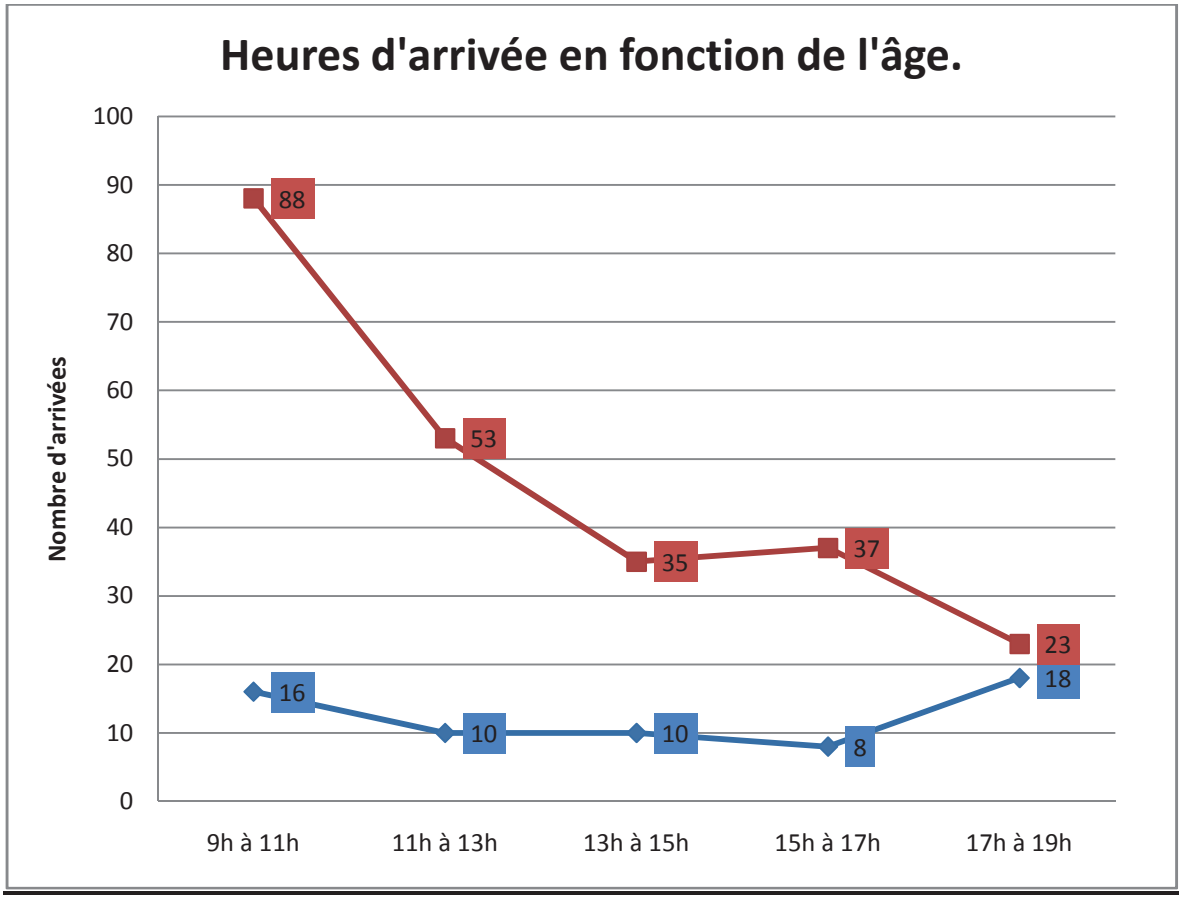
Les hommes ne consultaient pas plus pour cause de douleur que les femmes (p = 0,90).

L'inquiétude n'est pas un motif davantage évoqué chez les hommes (p = 0,99).

Pour les patients de moins de 16 ans, l'inquiétude n'était pas une raison significativement plus évoquée par les parents que chez les patients de plus de 16 ans (p = 0,35).

Les patients inquiets n'étaient pas significativement plus hospitalisés (p = 0,43). Il en était de même chez les patients qui évoquaient la douleur comme motif de recours aux urgences (p = 0,15).

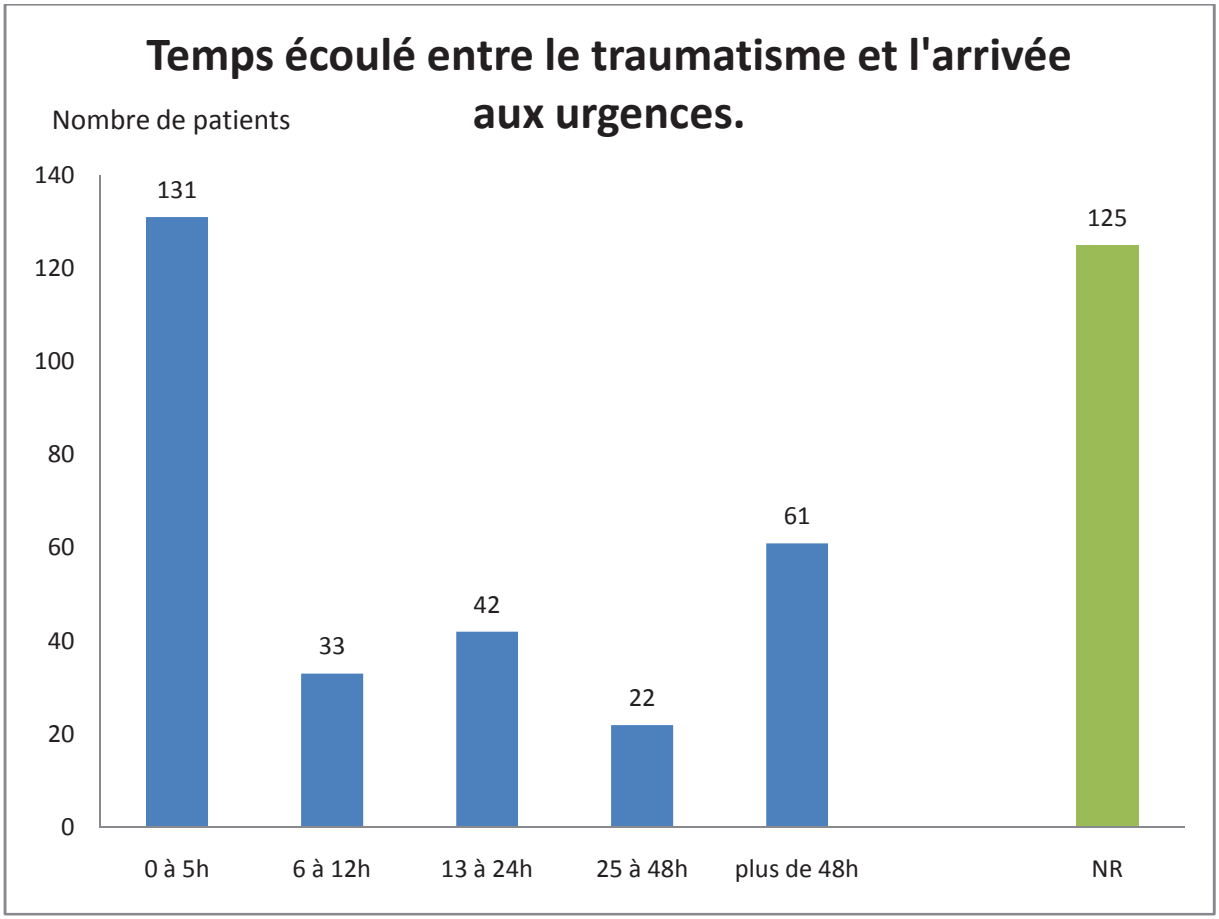
IV.3.3 Horaires de consultation.



35 % des patients étaient arrivés entre 9 et 11 heures. Plus de la moitié des patients ont consulté le matin (avant 13 heures).

84,6 % des patients ayant consulté avant 11 heures avaient plus de 16 ans.

Délai avant consultation aux urgences depuis l'incident.



L'accident s'était produit moins de 5 heures avant la consultation aux urgences pour 45,3 % des patients.

21,1 % des patients ont consulté plus de 2 jours après le traumatisme.

Les patients ayant consulté aux urgences plus de 48 heures après le traumatisme étaient plus nombreux à avoir consulté leur médecin traitant en première intention ($p < 0,05$).

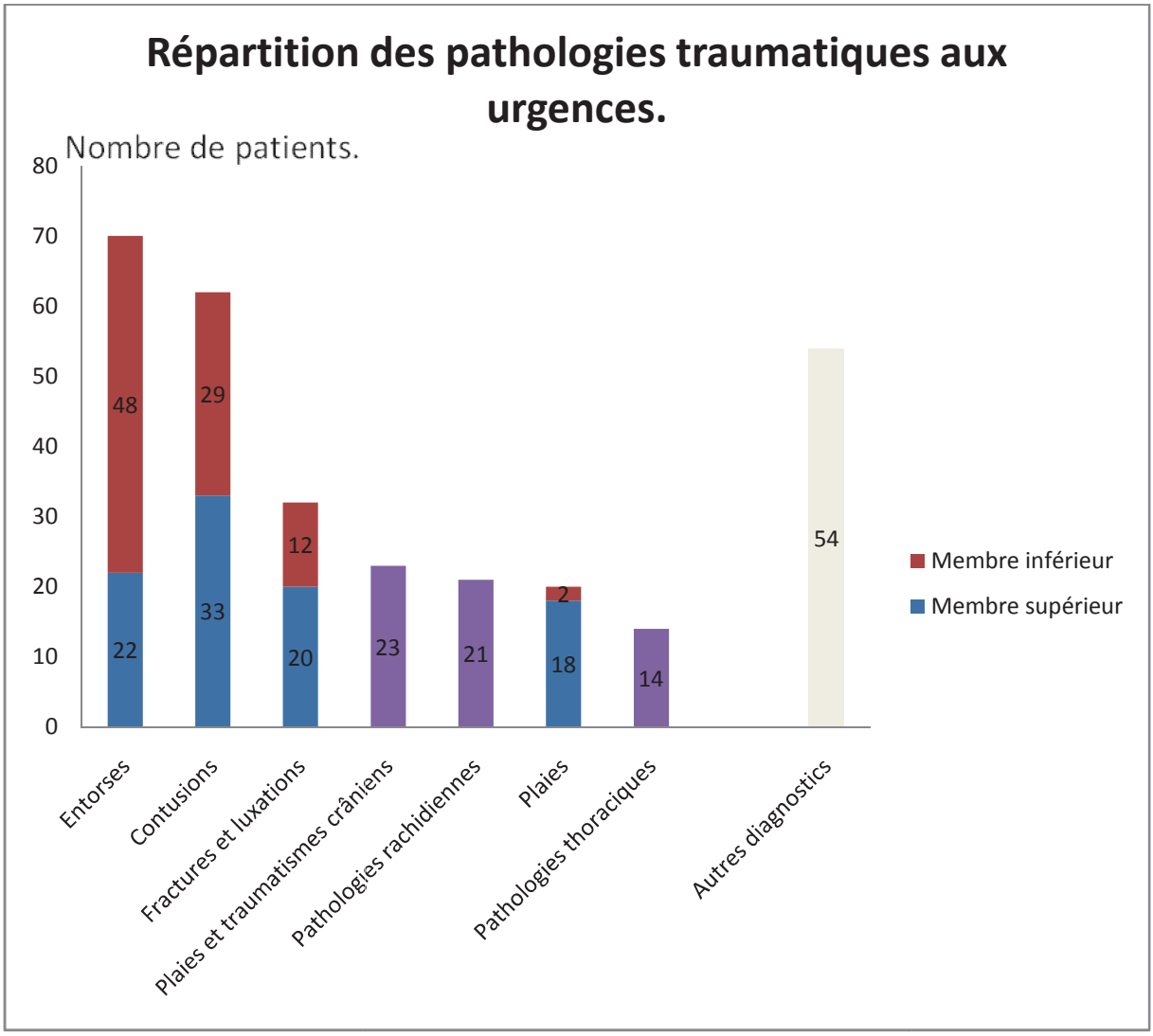
Nombre de consultations aux urgences.

En moyenne, les patients ont consulté moins d'une fois aux urgences les 6 mois précédents (moyenne 0,6 ; écart type 1,6).

Un patient a consulté 10 fois aux urgences en 6 mois.

IV.4 Diagnostics et prises en charge envisageables.

IV.4.1 Diagnostics retenus aux urgences.

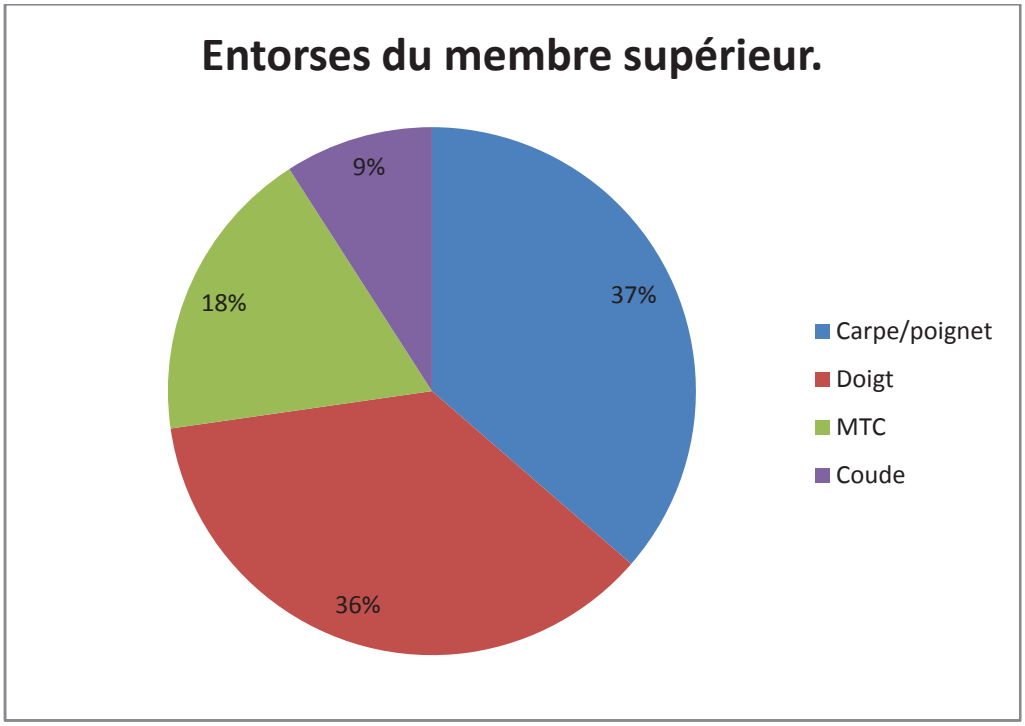


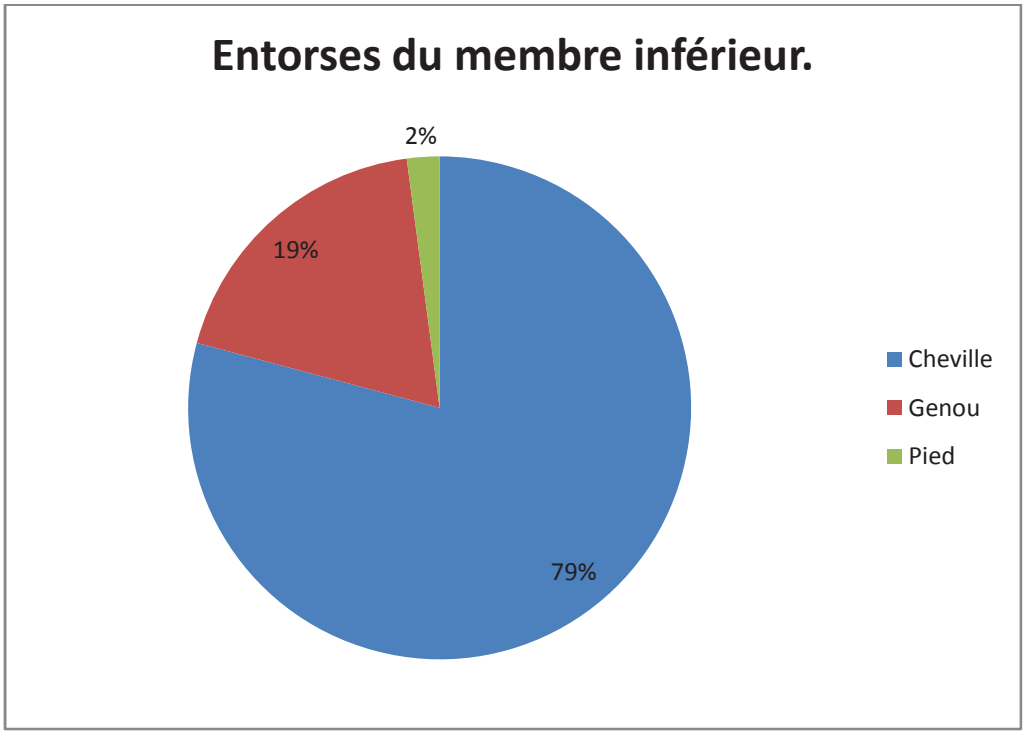
26,9 % des patients présentaient des entorses.

13,2 % avaient des fractures et/ou des luxations.

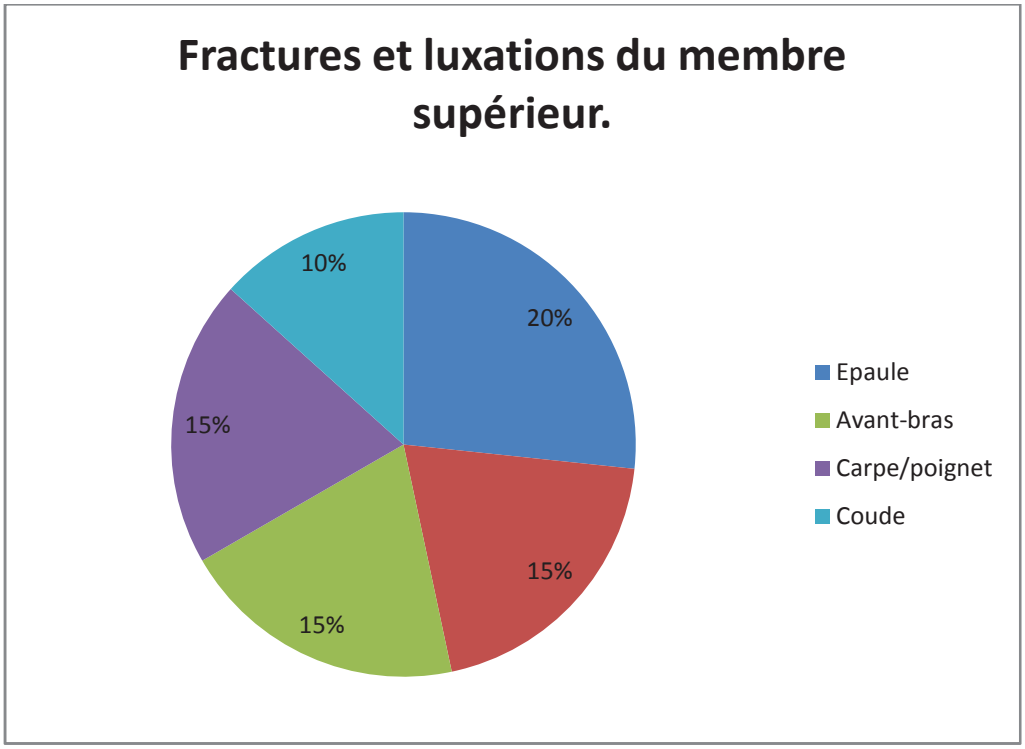
Les plaies représentaient 7,7 % des traumatismes.

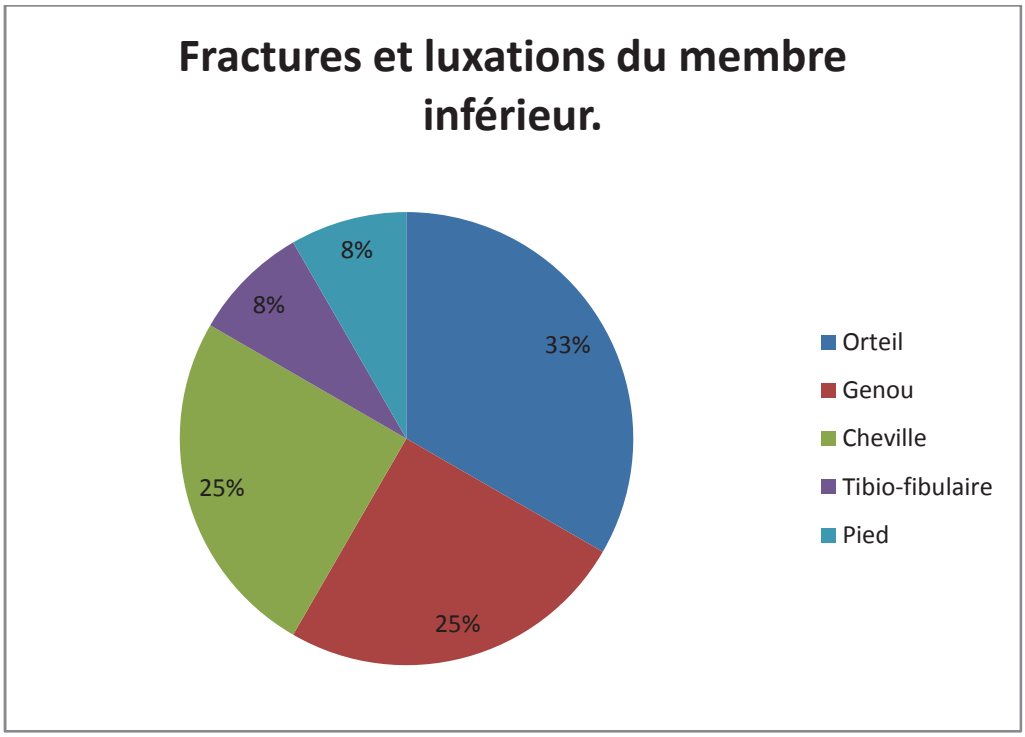
Répartition des entorses.



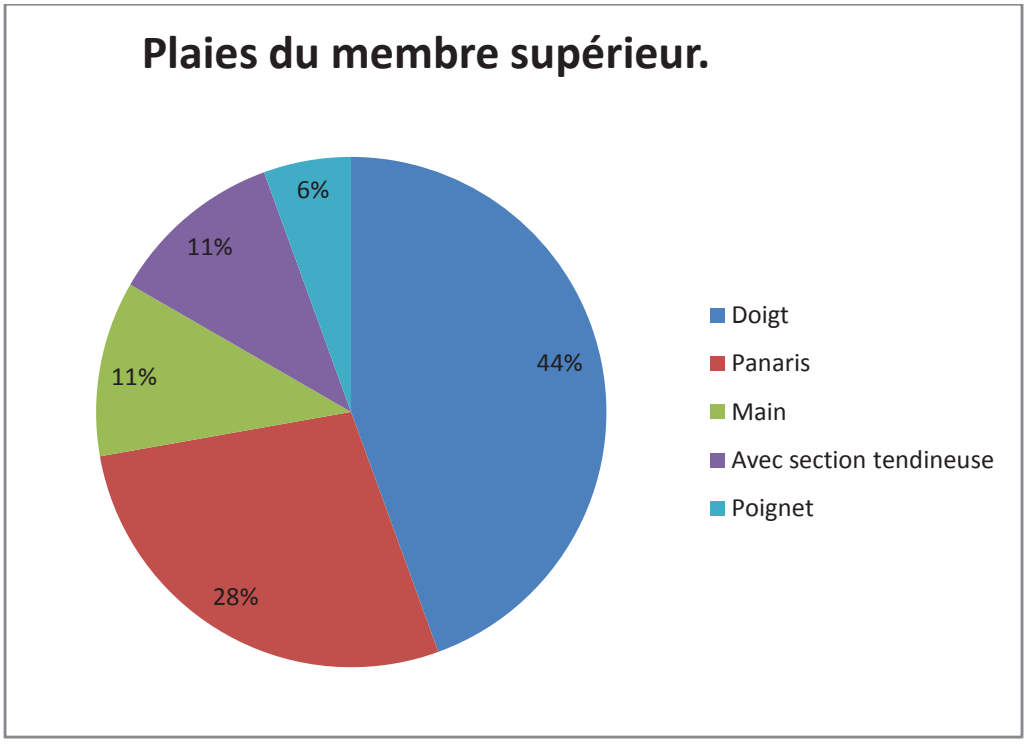


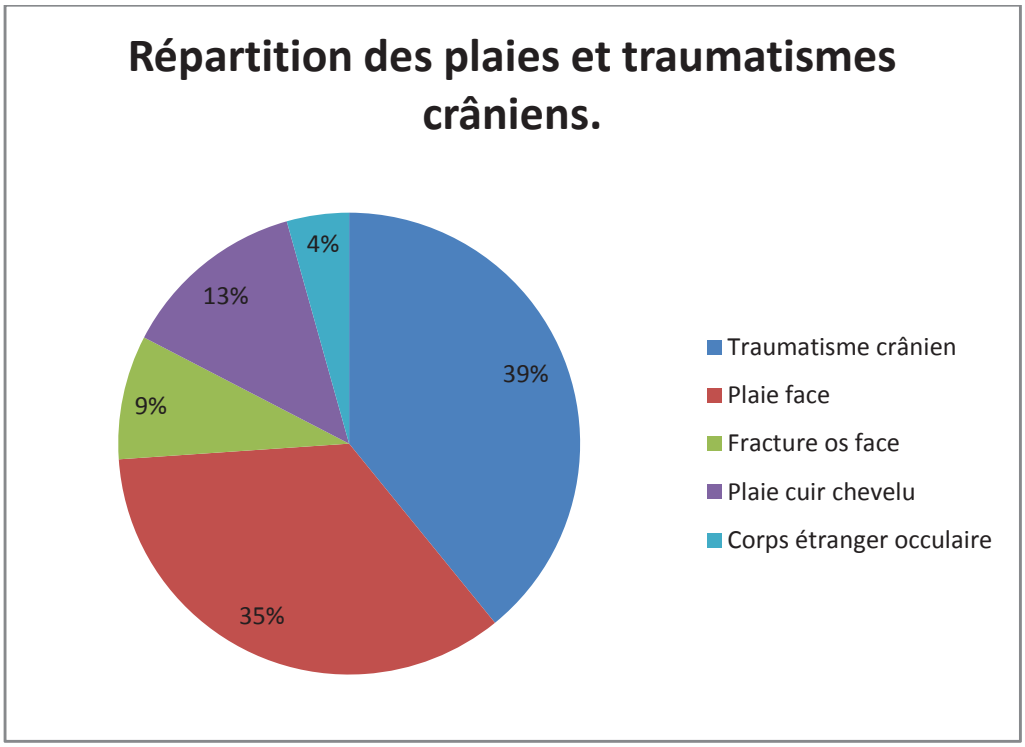
Répartition des fractures.





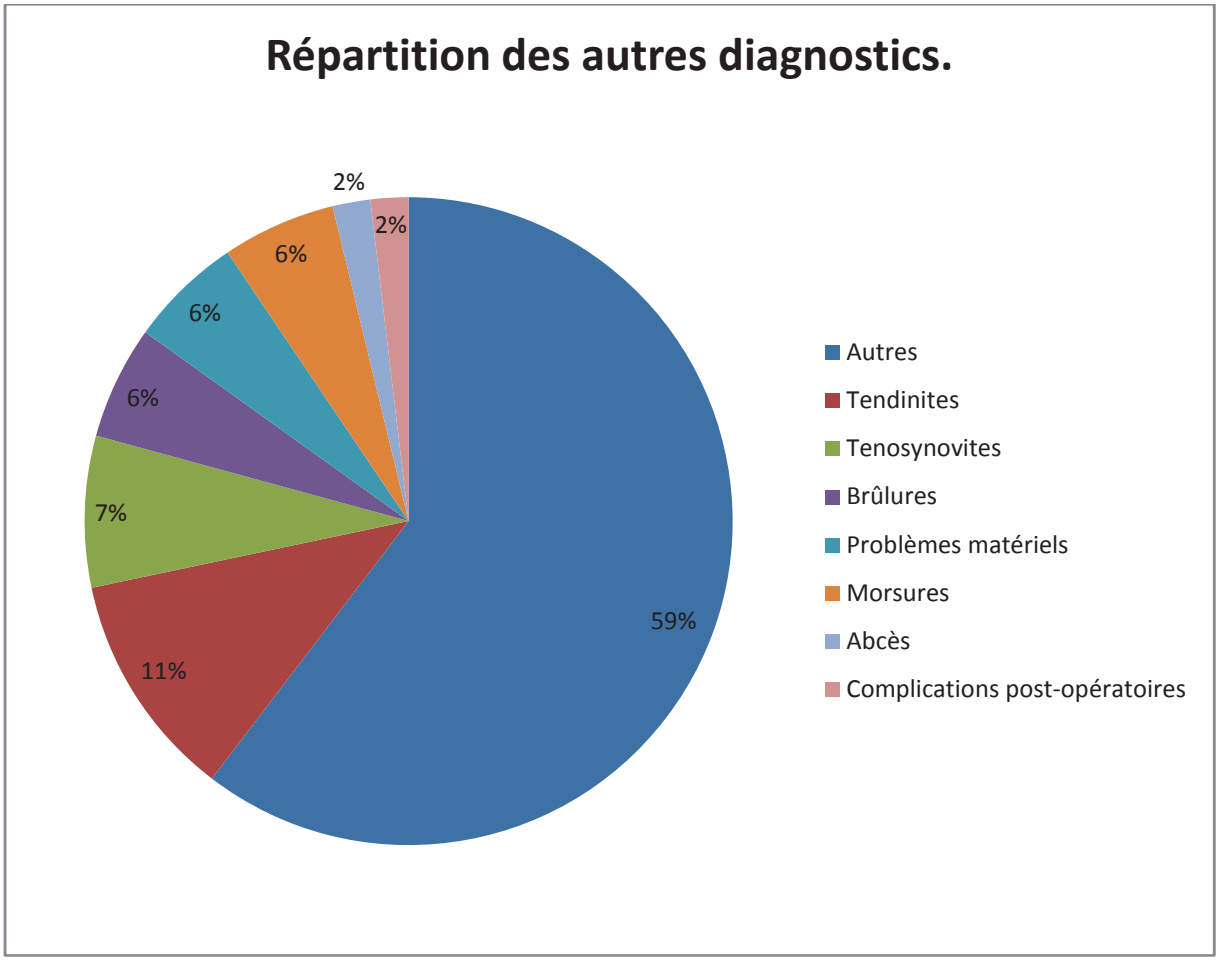
Répartition des plaies.





Parmi les patients ayant consulté pour un traumatisme crânien, 42,8 % ont bénéficié d'un scanner cérébral.

Autres diagnostics.



IV.4.2 Prises en charge ville/hôpital et conditions.

Les résultats étaient issus des questionnaires destinés aux médecins.

Prises en charge théoriques.	Nombre de patients.	Pourcentage. (%)
Obligatoire aux urgences le jour même.	71	21
Chez le médecin traitant le jour même.	74	22
Chez le médecin traitant si possibilité de radiographie le jour même.	86	26
Chez le médecin traitant si possibilité de suture.	11	3
Chez le médecin traitant si possibilité de résine.	8	2
Chez le médecin traitant le lendemain sans urgence.	86	26

Selon les urgentistes, 79 % des patients auraient pu être pris en charge par leur MG dont 31 % sous conditions.

21 % des patients nécessitaient une prise en charge aux urgences le jour même selon les médecins des urgences.

Les fractures et luxations représentaient 28 % des pathologies nécessitant une prise en charge aux urgences le jour même.

D'après le jugement des médecins, il y avait significativement plus de fractures et luxations qui nécessitaient une prise en charge aux urgences le jour même plutôt qu'une prise en charge en ville ($p < 0,05$). Il en est de même pour les plaies qui représentaient 21,1 % des prises en charge aux urgences le jour même ($p = 0,001$).

11 patients ont été hospitalisés pour une prise en charge chirurgicale. 72,7 % pour une fracture ou luxation, 18,1 % pour une plaie avec rupture tendineuse.

Parmi l'ensemble des patients ayant une plaie, 11 % avaient une section tendineuse, posant l'indication d'une réparation au bloc opératoire.

V. DISCUSSION.

V.1 Parcours de soins du patient.

V.1.1 Résultats principaux.

La majorité de la population étudiée est venue aux urgences sans autre contact préalable avec le système de soins.

Le motif principal de recours aux urgences pour un premier contact avec le système de soins était le sentiment d'avoir besoin d'une radiologie. Le deuxième motif évoqué était la proximité de la structure d'urgence. Le couple radiologie-proximité était retrouvé pour 11 % des interrogés.

En effet, il apparait que dans notre société consumériste, les urgences font office de supermarché de la médecine. Le plateau technique complet et le personnel qualifié au sein d'un même site sont un atout, même si parfois le temps d'attente avant d'être examiné par un médecin est long. Les urgences sont un lieu permettant une prise en charge complète sur place et de plus accessible à tout moment sans rendez-vous.

Dans l'étude, seulement 1/5 des patients allait aux urgences pour une douleur trop importante et 9% pour inquiétude. C'était respectivement les 3ème et 8ème motifs évoqués par ordre de fréquence. Et même lorsque ces motifs étaient évoqués, ils n'étaient pas liés à un taux d'hospitalisation plus important.

Les raisons de la venue des patients aux urgences semblaient donc majoritairement pratiques.

Pour un patient ayant besoin d'une radiographie, en circuit de ville, il est décompté trois étapes :

1 => consultation chez le médecin traitant (qui pose l'indication de la radiologie et la prescrit),

2 => cabinet de radiologie,

3 => nouvelle consultation chez le médecin traitant (qui peut alors poser l'indication d'une prise en charge aux urgences).

Trois consultations (avec parfois une douleur et une inquiétude importante) en deux lieux différents pour une même pathologie quand tout est sur place aux urgences.

Les problèmes financiers étaient anecdotiques dans l'étude. Cependant ce résultat était un peu discordant au vu du nombre de patients ayant la CMU (19,9 % des interrogés contre 7,3 % dans la population générale). Ce qui amène à supposer que c'était une raison de premier recours aux urgences (d'autant plus que le patient

pense avoir besoin d'examens complémentaires). Parallèlement, l'hypothèse que les personnes jeunes bénéficiant de la CMU se blesseraient davantage peut être évoquée, cette catégorie de population étant souvent défavorisée sur le plan socio-économique.

V.1.2 Résultats secondaires.

En ce qui concerne les urgences traumatiques, une alternative de prise en charge en milieu ambulatoire semble possible.

En effet, les deux types de pathologies les plus retrouvés étaient les entorses et les contusions qui représentaient 52,5 % des diagnostics. Les fractures et luxations arrivaient loin derrière avec 13,2 %. Suivaient les plaies (12,8 %), puis les traumatismes rachidiens (8,7 %), et les pathologies thoraciques (5,8 %) ; pathologies qui peuvent être plus difficiles à aborder pour le médecin généraliste en cabinet.

Il apparaissait donc que la majorité des patients (79 %) aurait pu être prise en charge en ville, selon même le jugement des urgentistes. Cependant certaines conditions étaient à remplir pour la plupart de ces patients puisque 1/4 devaient avoir une radiographie le jour même d'une part, et pour 5 % d'entre eux, les médecins généralistes de ville devaient disposer de matériel de suture ou de résine d'autre part.

Ces appréciations étaient cependant subjectives.

Certaines pathologies ont des prises en charge très codifiées avec des recommandations précises. C'est le cas notamment des entorses de cheville avec les critères d'Ottawa qui dictent la nécessité ou non de réaliser une radiographie. De même la conduite à tenir devant un traumatisme crânien est guidé par les critères de Masters.

Il n'existe malheureusement pas de recommandations pour toutes les pathologies. C'est à l'aide d'un faisceau d'arguments que les médecins fondent leurs prises en charge diagnostiques. Le parcours diagnostique et thérapeutique peut différer d'un médecin à l'autre. L'expérience de chaque médecin entre en ligne de compte.

Par ailleurs, il faut bien considérer que dans cette étude, aux côtés de médecins chevronnés participaient également des internes en stage dans ces services (au CHU de Rouen et au CHI d'Elbeuf). L'utilisation des examens complémentaires peut être plus importante chez ces jeunes médecins en formation, par crainte de poser un mauvais diagnostic.

En ce qui concerne les radiographies, très pratiquées (près de 65 % de patients ont bénéficié d'une radiographie), elles peuvent également s'inscrire dans une démarche dite de « radiothérapie » (terme utilisé dans certains services d'urgence).

En effet le patient qui vient aux urgences et pense avoir besoin d'une radiographie est souvent dans l'attente de cet examen et ne sera rassuré que s'il en a bénéficié.

Parallèlement, les services d'urgences ont, comme pour tout service ou médecin, une obligation de moyens[25], ce qui signifie qu'ils doivent mettre en œuvre les moyens à disposition dans leur structure pour arriver au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique qu'impose l'état de leurs patients. Ces moyens peuvent être techniques, intellectuels et humains.

De ce fait, le nombre de radiographies nécessaires a pu être surestimé.

V.2 Comparaison à l'étude de la DREES.

En 2002, la DREES organisait une étude de grande envergure sur les motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières[(2)-(3)]. 150 services d'urgences ont été préalablement tirés au sort sur l'ensemble des établissements français. Chaque service tirait à son tour au sort un échantillon de patients se présentant aux urgences la semaine de l'enquête et remplissait une fiche de renseignements médicaux et démographiques. Puis une enquête téléphonique était organisée auprès de certains patients (choix aléatoire) n'ayant pas été hospitalisés suite à leur passage aux urgences (l'appel téléphonique avait lieu dans les 15 jours suivants leur consultation aux urgences).

L'étude a été menée pendant une semaine en janvier 2002.

8765 fiches de participation ont été reçues, 3004 interviews téléphoniques ont été réalisées. La personne venue aux urgences était interrogée elle-même sauf s'il s'agissait d'une personne de moins de 15 ans (le responsable légal était alors interrogé).

Les auteurs ont pu dégager 6 profils types d'usagers des urgences. Les patients victimes d'un accident représentaient la catégorie la plus importante. 73 % d'entre eux se sont présentés entre 7 et 19 heures soit dans les horaires ouvrables des médecins généralistes d'où l'intérêt de mener l'étude dans ces plages horaires.

Dans notre étude, la population est majoritairement masculine, ce qui était attendu puisque les hommes prennent en général davantage de risques et sont donc davantage sujets aux accidents.

Dans l'étude de la DREES, la traumatologie augmente dès la tranche d'âge de 1-5 ans pour être prédominante dans les catégories d'âges de 6-15 ans et 16-25 ans (aux côtés de la psychiatrie).

A l'âge adulte, la même proportion est retrouvée entre pathologies traumatiques et somatiques. Dans notre étude, les classes d'âge qui prédominaient étaient celles de 16 à 50 ans. Cependant les enfants ont dû être sous-estimés puisque les urgences du CHU ne concernent que les patients de plus de 16 ans (urgences adultes).

Dans notre étude, les patients ont globalement un niveau d'étude supérieur à celui de la population générale : ils étaient 52,7 % à avoir au moins un niveau baccalauréat technologique ou général (contre 31 % dans la population générale). Cette constatation avait été faite dans l'étude de la DREES pour la population générale des usagers des urgences mais dans une bien moindre mesure (35 % de bacheliers).

Dans nos résultats, les retraités étaient forcément peu représentés (l'âge limite de l'étude étant de 75 ans), contrairement à la population générale. Cependant selon la DREES, c'est une catégorie de personnes qui consulte peu pour des pathologies traumatiques mais plutôt pour des problèmes d'ordre médicaux.

La proportion de personnes inactives était importante. Parmi cette catégorie, beaucoup étaient étudiants ce qui peut être expliqué par le fait que le CHU est situé dans une ville universitaire.

Chez les patients victimes d'accidents, la DREES observait que 92 % des patients avaient décidé seul de se rendre aux urgences. Dans l'étude de cette thèse, les résultats étaient superposables avec 89 % de patients dans ce cas.

Moins de 1 % des patients était venu sur avis médical, dans notre étude 24,8 % des patients avaient eu un contact avec un professionnel de santé (appel du 15 ou médecin traitant). Cela peut s'expliquer par l'entrée en vigueur en 2006, de la loi concernant la déclaration obligatoire du médecin traitant et par là, de l'habitude d'un parcours coordonné de soins.

En 2002, les 2/3 des patients avaient bénéficié d'un acte diagnostique, ce qui est retrouvé pour 64 % de nos patients, qui ont bénéficié d'une radiographie.

V.3 Forces et limites de l'étude.

V.3.1 Les biais.

- **Biais de sélection.**

Les médecins participant à l'étude ont rapporté que la distribution des questionnaires durant les périodes de forte affluence n'était pas exhaustive. En effet, le remplissage des questionnaires même s'il était plutôt rapide, pouvait monopoliser un temps précieux en période d'arrivées massives.

De même il existe une différence importante dans le nombre de questionnaires recueillis dans chaque centre. En particulier pour la clinique de l'Europe où peu de questionnaires ont été remplis du fait de difficultés organisationnelles. Ils ne représentaient au final que 9 % de la totalité des questionnaires.

Le nombre de questionnaires incomplets était important, représentant 25,8 % de l'ensemble des réponses. La clinique de l'Europe qui représentait déjà une faible part de l'étude, avait le taux de questionnaires incomplets le plus important (31 %).

Un autre paramètre rentre également dans la catégorie des biais de sélection. En effet, le questionnaire, bien que conçu pour être le plus compréhensible possible, posait parfois des difficultés lors du remplissage, par la présence des questions à choix multiples.

Enfin, au CHU, un patient non francophone n'a pas répondu du fait de la barrière de la langue.

- **Biais déclaratif.**

Une part non négligeable de patients n'avait pas mentionné le niveau d'étude ni la profession alors que toutes les autres questions étaient remplies. Certaines hypothèses peuvent être formulées : une gêne vis-à-vis de conditions socio-économiques défavorables malgré l'anonymat du questionnaire, ou une absence de réponse du fait de l'absence de diplôme ou d'emploi.

La question 11-b, qui était une question fermée (donnée quantitative) a également posé problème. Plusieurs personnes bien qu'entrant dans cette catégorie n'ont pas répondu. Il aurait été intéressant de laisser une plage libre afin que les patients puissent mentionner d'autres raisons à leur venue aux urgences (question semi-ouverte avec données supplémentaires qualitatives en traumatologie).

Un autre item présent dans certaines études aurait pu être ajouté : la volonté d'une prise en charge la plus rapide possible.

- **Biais de mesure.**

La deuxième partie du questionnaire destinée au médecin, intitulée « appréciation du degré d'urgence » se basait sur des impressions subjectives. Aucune échelle n'avait été préalablement définie concernant les critères de gravité des pathologies. Il peut y avoir une variabilité inter individuelle selon le médecin effectuant la prise en charge.

V.3.2 Les forces de l'étude.

La principale force de l'étude reposait sur le fait qu'elle était multicentrique, croisant des informations d'un centre universitaire, d'un hôpital périphérique public et d'une clinique privée.

L'échantillon recueilli sur une période brève (moins d'un mois) est important. Les résultats peuvent être considérés comme extrapolables sur l'ensemble de la population, au moins pour les établissements publics.

Au CHI d'Elbeuf ainsi qu'à la clinique de l'Europe, les enfants étaient orientés dans le même service que les adultes pour ce genre de pathologies. Cela permettait d'avoir des informations sur cette population qui sur le plan épidémiologique, représente une part importante de la traumatologie. L'étude de la DREES rapportait en effet qu'entre 2 et 25 ans, les pathologies traumatiques dominaient les autres motifs de recours aux urgences.

Un autre point important de l'étude était l'approche selon deux aspects : à la fois le parcours de soins du patient et l'avis du médecin sur la pathologie, permettant de juger l'adéquation d'un recours aux urgences.

Enfin, l'étude anonyme permettait aux patients de répondre de la manière la plus objective possible.

V.4 Organisation et connaissance du système de soins ambulatoire.

V.4.1 Étude ECOGEN.

Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique [(8)-(12)-(19)] réalisée en patientèle de médecine générale. Les investigateurs étaient 54 internes de 27 facultés de médecine, en stage supervisé de niveau 1 chez 128 maîtres de stages universitaires.

L'étude analysait les motifs de consultations des médecins généralistes au cabinet ou au domicile sur 20 jours ouvrables répartis entre décembre 2011 et avril 2012. Elle a montré que les pathologies musculo-squelettiques (définies comme des problèmes de santé ayant donné lieu à au moins une procédure de soins) représentaient 12,6 % des résultats de consultations.

Parmi ces affections, moins de 5 % était des traumatismes.

Il existait donc une discordance entre le nombre de prise en charge aux urgences et la faible part observée des traumatismes en médecine générale de ville.

Cela conforte l'idée que les patients consultent en premier lieu les urgences pour ce type de pathologie.

De même, en s'intéressant aux actes courants des médecins généralistes, la catégorie préparation ou fixation de suture, plâtre, prothèse représente moins de 0,2 % des actes interventionnels des médecins généralistes.

La procédure 56 (pansement, compression, bandage, tamponnement) devait regrouper des activités prenant en charge des traumatismes courants mais aussi des activités très éloignées (comme des soins d'ulcère…). Cette catégorie représentait 0,4 % des procédures de soins.

V.4.2 Offre de soins en libéral.

Il existe également une méconnaissance du système de soins ambulatoire puisque 78 % des patients ignoraient qu'il était possible d'aller en cabinet de radiologie sans ordonnance ni rendez-vous.

La caractéristique principale des pathologies traumatiques est leur mode de survenue : brutal, inattendu.

D'après les patients (mode déclaratif du questionnaire), les médecins généralistes travaillaient pour la plupart sur rendez-vous (78,3 % d'entre eux) et sans réserver de créneaux pour les urgences. Et ce alors même que la moitié des médecins travaille en groupe (ce qui pourrait faciliter une organisation de créneaux d'urgences).

Il est fort possible que les patients n'aient pas toujours connaissance du mode de fonctionnement de leur médecin habituel, notamment en ce qui concerne les créneaux d'urgences (qui sont en général débloqués au dernier moment).

Malgré tout, l'offre de soins ambulatoire est probablement insuffisante compte-tenu de la discordance entre croissance de la population et évolution de la démographie médicale dans ces bassins géographiques (cf. chapitre démographie médicale). 20,6 % des patients déclaraient que leur médecin était fermé ou que le rendez-vous était trop lointain.

Par ailleurs, une thèse réalisée sur le département de la Seine-Maritime[6] montrait que dans le cas des sutures, plus les médecins étaient proches des structures hospitalières et moins ils en réalisaient contrairement aux médecins des milieux ruraux.

Une hypothèse peut être formulée : il est licite de se demander si certains médecins de ville ne transfèreraient pas les compétences à l'hôpital. En effet, les sutures par exemple demandent entre autre de posséder un matériel spécifique.

D'autre part, elles sont chronophages (temps de préparation, d'anesthésie locale, d'exploration de la plaie et de suture de la plaie en elle-même) quand la plupart des médecins travaillent sur rendez-vous (au rythme d'un patient programmé toutes les 15 minutes).

V.4.3 Formation des médecins.

Dans cette même thèse[6] qui s'intéressait à la prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale, 76,2 % des médecins généralistes jugeaient qu'ils n'avaient pas eu une formation spécifique en traumatologie. Des améliorations pourraient certainement être apportées tant en période d'étude à la faculté qu'en formation médicale continue. De même, des formations communes entre urgentistes et généralistes pourraient être organisées.

La formation est primordiale, car une mauvaise prise en charge peut avoir des conséquences fonctionnelles importantes. Une plaie doit absolument être explorée avec soins afin de ne pas méconnaître une section tendineuse. Certains médecins généralistes appréhendent les brûlures, par manque de connaissances et d'expérience dans ce domaine. Enfin pour les fractures, il est important de savoir interpréter les radiographies et de savoir où s'arrête la possibilité d'un traitement orthopédique.

Cela peut également expliquer pourquoi les patients viennent d'emblée à l'hôpital alors qu'il était constaté ici que 82,5 % des patients étaient plus proche ou à distance équivalente de leur médecin traitant. Ils connaissent leur médecin traitant, sa capacité de prise en charge matérielle et leur limite professionnelle.

V.4.4 Coût ville/hôpital.

Des internes en médecine générale[28] de la région Rhône-Alpes ont réalisé une étude épidémiologique s'intéressant aux coûts pour l'assurance maladie de la prise en charge des pathologies traumatiques. Deux entités faisaient l'objet de cette comparaison : les cabinets de médecine générale en station de sport d'hiver et l'hôpital.

L'étude a eu lieu dans 8 cabinets de médecine générale en station et 3 centres hospitaliers.

Elle s'intéressait aux pathologies mono traumatiques suivantes :

- luxation gléno-humérale,

- fracture du 1/3 moyen de la clavicule,

- autre traumatisme de l'épaule,

- fracture du poignet non chirurgicale,

- entorse genou et cheville.

Il apparait que le coût de prise en charge à l'hôpital est 1,2 à 1,6 fois plus important qu'au cabinet.

Il y aurait donc un avantage économique à prendre en charge en ville un nombre plus important de pathologie traumatique plutôt qu'à l'hôpital.

Cependant, l'étude s'est faite dans une région à fort potentiel traumatologique, où les médecins généralistes se sont adaptés à ce type d'activité (médecins de montagne). Ils réalisent la plupart du temps eux-mêmes les radiographies et sont majoritairement de secteur 1.

Les coûts en cabinets de radiologie ne sont probablement pas les mêmes. En Haute-Normandie le patient serait par ailleurs obligé de se déplacer en plusieurs endroits pour obtenir un bilan complet de sa pathologie s'il va en cabinet de radiologie.

Aller aux urgences permet de disposer d'un plateau technique complet, de praticiens spécifiquement dédiés au domaine de pathologie (sectorisation des urgences) et de résoudre le problème en un seul endroit.

VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVE DE SOINS.

Cette étude a permis le recueil multicentrique des motifs de consultations des patients aux urgences pour une pathologie traumatique, tout en décrivant leur problème de santé. De même, les médecins pouvaient donner leur avis sur la prise en charge la plus adaptée de chacun, au moins d'un point de vue médical strict. La faisabilité de cette prise en charge était discutée pour chaque patient : sous quelle condition pouvait-elle se faire en ville ?

Du point de vue des pathologies traumatiques, le désengorgement des urgences semble possible.

L'étude du parcours de soins des patients ayant une pathologie traumatique montrait que le premier contact avec le système de santé se faisait préférentiellement aux urgences. Le choix de cette structure était motivé par la possibilité d'avoir une radiographie sur place et la proximité de ces services.

La plupart des pathologies auraient cependant pu être appréhendées en ambulatoire. La formation des médecins généralistes semble primordiale pour une prise en charge sécurisée. Elle pourrait se faire en lien avec des médecins urgentistes compétents dans ce domaine. Cela permettrait également de créer d'autres liens ou des réseaux ville-hôpital. Une aide à la lecture des radiographies (télétransmission) pourrait être mise en place dans les structures équipées.

De même les pathologies qui pourraient être prises en charge en ville devraient faire l'objet d'un consensus avec des recommandations précises, définies par des groupes d'experts.

L'éducation des patients entre également en jeu, le but étant d'obtenir un premier contact avec le système de santé en dehors de l'hôpital, où le généraliste, pivot et coordonnateur du système de soins reprendrait tout son sens.

Se pose alors la question de l'organisation du système de santé en milieu libéral pour une meilleure efficience. Pour rappel, les pathologies traumatiques représentaient entre 93,3 et 94,4 % des passages inappropriés[18] aux urgences en 1998. Maintenant que l'exercice de groupe prend une place de plus en plus importante et ce dès l'installation des jeunes médecins, y-aurait-il intérêt à créer davantage de pôles de santé pluridisciplinaires équipés d'appareil de radiologie, un lieu unique pour une prise en charge globale ?

ABRÉVIATIONS.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

DIM : Direction d'Information Médicale.

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

ÉCOGEN : Étude des éléments de la COnsultation en médecine GENérale.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil des urgences.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MG : Médecin Généraliste.

MTC : Métacarpien.

NR : Non Répondant.

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

PDSA : Permanence De Soins en milieu Ambulatoire.

POSU : Pole Spécialisé des Urgences.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins ambulatoires.

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

UPATOU : Unité de Proximité et d'Accueil des Urgences.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARS, Projet régional de santé Haute-Normandie, Schéma Régional de l'Organisation des soins, Médecine d'urgences 2012-2017.

2. Baubeau D., Carrasco V., « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, DREES, janvier 2003, (N°212).

3. Baubeau D., Carrasco V., « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, DREES, janvier 2003, (N°215).

4. Collet M., Gouyon M., « Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Études et résultats*, DREES, novembre 2007, (N° 607).

5. Constantinidis A., « La Seine Maritime est un département à faible évolution démographique », http://www.insee.fr, 2008.

6. Coowar B., « Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale », 24 novembre 2011.

7. Daviau S., Dumay C. and R., Université de Paris Val de Marne, « La pratique des sutures non programmées du MG en milieu urbain ».

8. Gay B., « La CISP, une classification pour l'étude ECOGEN et la recherche en soins primaires », Exercer 2014, Volume 25, (N°114), p. 147.

9. Gentile S., Amadeï E., Bouvenot J. et al, « Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie », Santé publique, 2004, Volume 16, p.63-74.

10. Gentile S., Durand AC, Bongiovanni I., Rofritsch S. et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA, « Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé », 2004.

11. Gouyon M., Labarthe G., « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, mars 2006, (n° 471).

12. Hsiung L., Supper I., Guerin MH., et al, « Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN, Exercer 2014, Volume 25, (N°114), p.162-169.

13. http://www. ameli.fr

14. INSEE. http://www.insee-recensement.fr

15. Labarthe G., « Les consultations des médecins généralistes, Un essai de typologie », *Etudes et Résultats*, Drees, juin 2004, (N° 315).

16. Lafay V., Konepaut I., TONOLI I. et Al, « Profil de l'usager abusif du SAU », Réan Urgences, 1998, (N°7), p.43.

17. Le Breton-Lerouvillois G., « La démographie médicale en Région Haute-Normandie », Ordre National des Médecins, 2013.

18. Lesterel Ph, Duffosez F., SAMITI N. et Al, « Passages inappropriés aux urgences : est-il possible de les définir et de les quantifier ? », Réan Urgences, 1998, (N°8), p. 142.

19. Letrilliart L., Supper I., Schuers M. et al, « ECOGEN : étude des éléments de la consultation en médecine générale », Exercer 2014, Volume 25, (N°114), p. 148-157.

20. Meunier L., « Parcours de soins et motifs de consultations aux urgences hospitalières de Nanterre », 10 juin 2009.

21. Micheau J., Molière E., Sens P., « L'emploi du temps des médecins libéraux ; diversité objective et écart de perception des temps de travail », Dossiers solidarité et santé, Drees, 2010, (N°15).

22. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, circulaire DHOS/O 1 relative à la prise en charge des urgences, 16 avril 2003, (N°2003-195).

23. Ministère de l'emploi et de la solidarité, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998, une demande croissante de soins non programmés », *Etudes et Résultats,* 12 juillet 2000, (N°72).

24. Observatoire Régional de la santé d'Aquitaine, « Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux », synthèse de la littérature, décembre 2011.

25. Page O., Kierzek G., Pourriat J-L, « Les gestions des plaintes en structure d'urgence », Sfar, 2011.

26. Pire J-C., Carolet C., « Abord clinique des urgences traumatiques au cabinet du médecin généraliste », Springer-Verlag France, 2005.

27. Soriot, Zirn V. et al, « Etude sur la prise en charge des principales urgences traumatologiques courantes de l'adulte au cabinet du médecin généraliste », 2000.

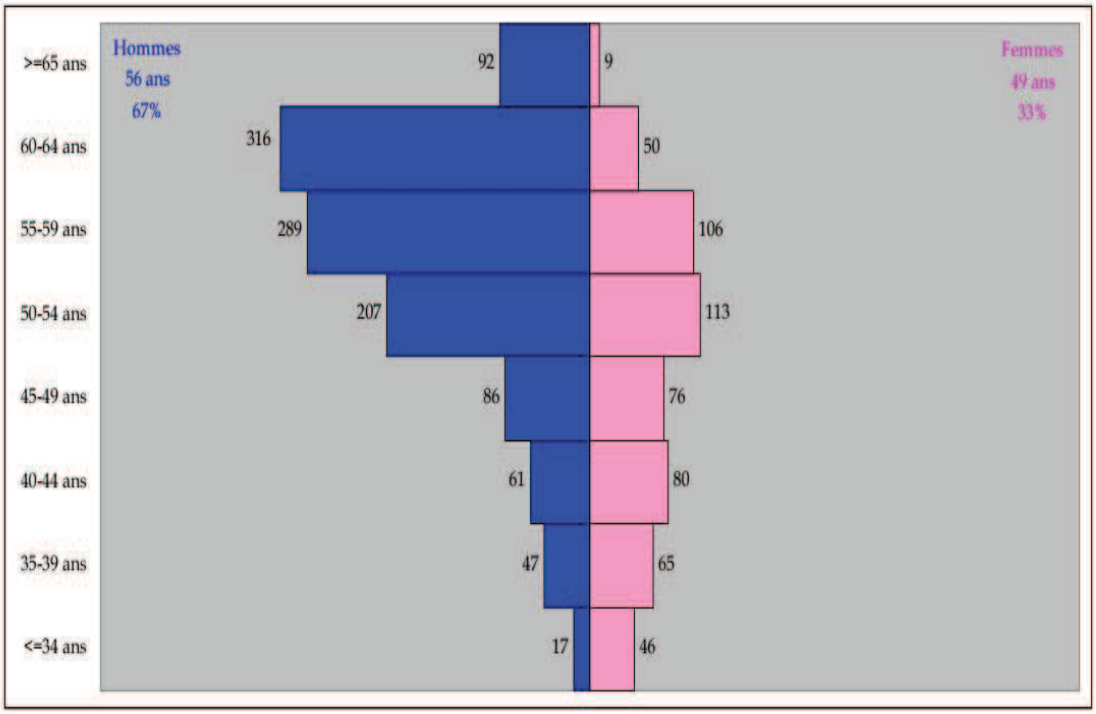
28. Virard J., Desseigne G., Coûts pour l'assurance maladie des prises en charge initiales de traumatologie en station de sports d'hiver et dans trois hôpitaux publics de la région nord alpine : étude descriptive au cours de l'hiver 2013-2014.

29. Vuagnat A., « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », Le panorama des établissements de santé, DREES, 2013, p. 11-28.

ANNEXES

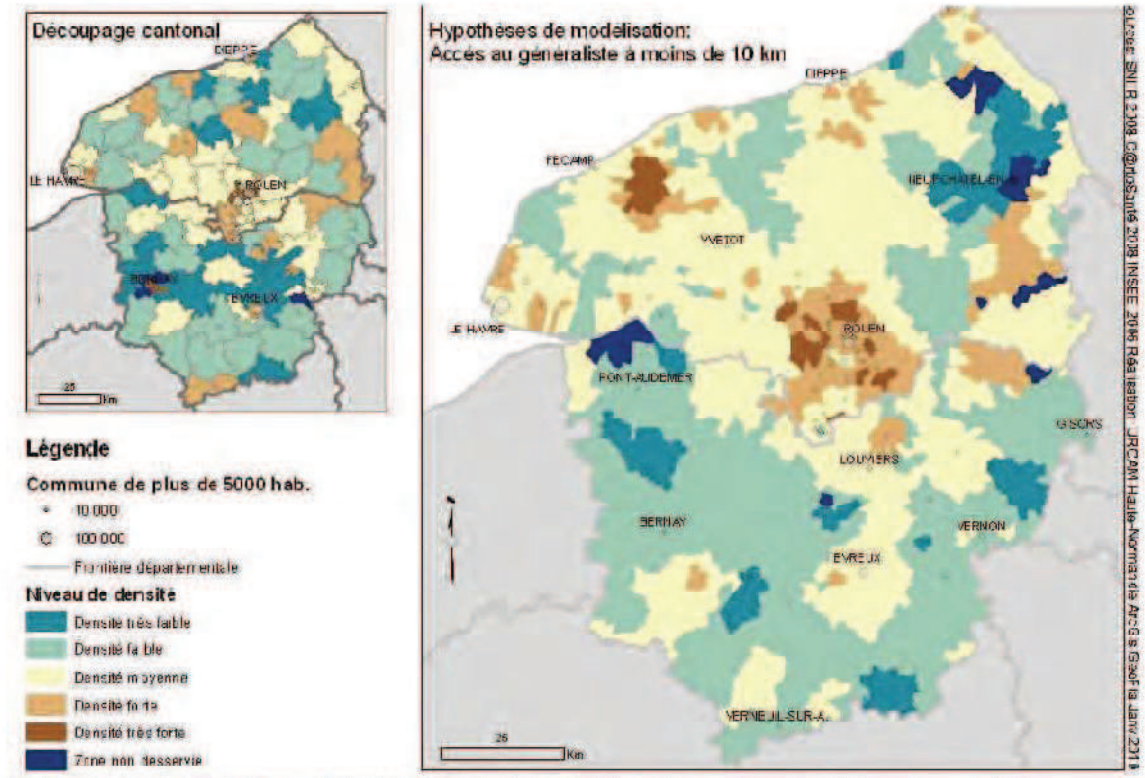
Annexe 1

Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux ou d'exercice mixte (Haute-Normandie).



Annexe 2

Densité de médecins généralistes libéraux (Haute-Normandie - 2008)



Variables retenues: 1 ETP=5000 actes _ Population pondérée par tranche d'âges selon le recours au généraliste en région en 2008

Figure 3 : Densité de médecins généralistes libéraux en Haute-Normandie en 2008

Annexe 3

CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES MODIFIÉES (CCMU).

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

- **CCMU 1 :** état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

- **CCMU 2 :** état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

- **CCMU 3 :** état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

- **CCMU 4 :** situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

- **CCMU 5 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

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

Annexe 4

QUESTIONNAIRE

Pathologies traumatiques courantes : motifs de recours aux urgences hospitalières.

Vous venez aujourd'hui aux urgences pour un problème de traumatisme. Vous avez bien fait car il est nécessaire qu'un médecin fasse le point sur cette pathologie, afin de décider du meilleur traitement et vous rassurer.

Si vous êtes venus aux urgences par vos propres moyens (transport pompier exclu), nous vous proposons de remplir ce questionnaire ***anonyme*** *; il a pour but de mieux comprendre le circuit de prise en charge des traumatismes. Remettez-le ensuite au médecin urgentiste qui va vous recevoir.*

Si votre enfant est concerné vous pouvez également remplir le questionnaire en précisant son âge.

1/ AGE du patient : ..... ans

2/ SEXE : ☐ **Masculin** ☐ **Féminin**

3/ Bénéficiez-vous (votre enfant bénéficie-t-il) de la CMU ? ☐ OUI ☐ NON

4/ Profession (du parent si enfant) : .....

5/ Niveau d'étude (du parent si enfant) :

☐ Pas de diplôme particulier ☐ CAP ou équivalent ☐ BEP ou équivalent

☐ Baccalauréat ☐ Études post bac

6/ Date de la consultation et heure : ...../...../ 2015 à .....h.....

7/ Avez-vous un Médecin Traitant (=MT) déclaré ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui :

a/ Votre médecin travaille-t-il : ☐ Seul ☐ En maison médicale

b/ Les consultations se font-elles :
☐ Sur RDV ☐ Sans RDV ☐ Sur RDV mais le il/elle garde des créneaux pour les urgences

c/ Distance domicile/médecin traitant : .....km

Distance domicile/urgences : .....km

Distance lieu accident/urgences (si vous venez directement du lieu d'accident) : .....km

8/ Combien de temps s'est écoulé entre le début de votre problème (ou celui de votre enfant) et votre venue aux urgences ? .....

9/ Combien de fois avez-vous consulté aux urgences ces 6 derniers mois ? .....

QUESTIONNAIRE

Pathologies traumatiques courantes : motifs de recours aux urgences hospitalières.

10/ Avez-vous appelé le 15 ?

☐ NON ☐ OUI, et ils m'ont dit de voir mon **MT** ☐ OUI, et ils m'ont dit d'aller aux urgences

11/ Avez-vous consulté votre médecin traitant pour cette pathologie ?

☐ NON ☐ OUI, simplement par téléphone ☐ OUI, je suis allé le consulter

a) Si oui,

A-t-il-prescrit une imagerie (radiographie, échographie ...) dans un cabinet de radiologie ?

☐ NON ☐ OUI

Vous a-t-il adressé aux urgences ? ☐ NON ☐ OUI

b) Si non pourquoi ? (une ou plusieurs réponse(s) possibles)

☐ J'ai appelé le 15 et ils m'ont conseillé de me rendre directement aux urgences

☐ Le cabinet était fermé à cette heure là

☐ Le délai de rendez-vous m'a paru trop important chez le médecin

☐ J'étais tout proche de l'hôpital

☐ J'ai des difficultés à avancer les frais chez mon médecin traitant

☐ Je pensais qu'une radiographie était nécessaire

☐ Je pense que mon médecin n'est pas équipé pour prendre en charge ce genre de pathologie (pas de matériel de suture, pas de matériel pour faire un plâtre ou une résine)

☐ J'ai pensé qu'il fallait de toutes les façons m'hospitaliser (ou hospitaliser mon enfant) et peut-être réaliser une opération

☐ Une personne (IDE, pharmacien, ami, parent...) m' a conseillé de consulter aux urgences

☐ J'avais (mon enfant avait) une douleur trop intense

☐ J'avais (mon enfant avait) une inquiétude trop importante par rapport à ma (sa) santé

12/ Pensez-vous qu'il soit possible d'aller dans un cabinet de radiologie sans rendez-vous ?

☐ OUI ☐ NON

Autre commentaire libre :

……
……
……

QUESTIONNAIRE

Pathologies traumatiques courantes : motifs de recours aux urgences hospitalières.

Partie réservée au médecin ayant pris en charge le patient :

14/ A l'issu de la consultation aux urgences :

DIAGNOSTIC retenu : .....

- Le patient a-t-il bénéficié d'une radiographie ? ☐ OUI ☐ NON
- Le patient a-t-il bénéficié d'une échographie ? ☐ OUI ☐ NON
- Le patient a-t-il été suturé (ou colle) ? ☐ OUI ☐ NON
- Le patient a-t-il été immobilisé (plâtre, attelle) ? ☐ OUI ☐ NON
- Le patient va-t-il être hospitalisé (pour une opération chirurgicale, surveillance, autre ...) ?
  ☐ OUI ☐ NON

Appréciation du degré d'adéquation du recours aux urgences (plusieurs réponses possibles)	
	Le patient nécessitait une prise en charge aux urgences le jour même (en dehors de l'urgence ressentie).
	Le patient aurait pu être pris en charge par un généraliste en cabinet si vu le jour même.
	Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet, à condition d'être vu le jour même, et d'avoir la possibilité de faire les examens complémentaires (radio, écho) le jour même.
	Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition d'être vu le jour même, et de pouvoir bénéficier d'une suture (ou colle ou résine ...) par son médecin.
	Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste le lendemain.
	Autre : .....

Annexe 5

CRITÈRES D'OTTAWA.

Pour un patient présentant une entorse de la cheville, en présence d'un seul de ces signes, la radiographie est obligatoire :

- âge > 55 ans ou < 15 ans,

- douleur à la palpation du bord postérieur de la malléole interne ou externe, et jusqu'à 6 cm au-dessus,

- douleur à la palpation de l'os naviculaire ou au niveau de la base du 5^{è} métatarsien,

- impossibilité à faire 3 pas de suite.

CLASSIFICATION DE MASTERS (traumatismes crâniens).

	Examen clinique	**Conduite à tenir**
Groupe 1	Céphalées, vertiges, hématome, contusion du cuir chevelu ou patient sans symptôme.	Pas de scanner cérébral conseillé mais surveillance les jours suivants.
Groupe 2	Histoire peu fiable des circonstances de l'accident (prise de substance pouvant interférer avec la conscience), suspicion de fracture clinique, lésion pénétrante, modification de la conscience au moment de l'accident ou dans les suites immédiates ou amnésie de l'accident, crise d'épilepsie ou convulsions après l'accident, vomissements, céphalées croissantes.	Selon les équipes, scanner cérébral d'emblée ou surveillance hospitalière 24 heures et scanner selon l'évolution clinique.
Groupe 3	Altération du niveau de conscience, diminution progressive de l'état de conscience, signes neurologiques, plaie pénétrante, modification du relief osseux lors de la palpation, poly traumatisme (au moins 2 lésions avec mise en jeu du pronostic vital).	Un scanner cérébral doit être réalisé en urgence.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. 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 leur famille dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Résumé

Introduction

Depuis 2002, le nombre de passages aux urgences n'a cessé de croître provoquant l'engorgement de cette institution précieuse. Les pathologies traumatiques arrivent en tête des motifs d'admission avec les motifs médico-chirurgicaux. L'objectif principal de ce travail était d'étudier le parcours de soins des patients et les raisons de cette affluence aux urgences. L'objectif secondaire était d'estimer le nombre de prises en charge envisageables en ambulatoire.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive réalisée dans 3 structures d'urgences de Seine-Maritime dont un CHU (Rouen), un CHI (Elbeuf) et une clinique privée (Rouen). La période de l'étude s'étendait du 15 janvier au 13 février 2015. L'outil de base est un auto-questionnaire subdivisé en 2 parties : l'une destinée au patient et l'autre au médecin. Les critères d'inclusion étaient un âge inférieur à 75 ans, avoir une pathologie traumatique ou microtraumatique, être venu aux urgences par ses propres moyens et être classé CCMU 1 ou 2.

Résultats

319 questionnaires ont été récoltés dont 314 exploitables. 61,9 % des patients étaient des hommes. La moyenne d'âge des patients étaient de 29,6 ans. 50,5 % des patients avaient au moins un niveau baccalauréat. 89,7 % des patients ont consulté aux urgences pour leur premier contact avec le système de soins. Ils évoquaient en moyenne 1,6 raison pour leur consultation aux urgences. 43,8 % d'entre eux venaient aux urgences car ils pensaient avoir besoin d'une radiographie et 27,5 % pour la proximité de l'hôpital. Les pathologies les plus représentées étaient les entorses (26,9 %) et les contusions (21 %). Selon les urgentistes, 79 % des patients auraient pu être pris en charge en ambulatoire (à condition de bénéficier d'une radiographie pour 25,5 % d'entre eux et à condition que le médecin de ville soit équipé matériellement pour 5,6 % d'entre eux).
3 % des patients ont dû être hospitalisés pour une prise en charge chirurgicale.

Conclusion

Pour les pathologies traumatiques courantes, les patients consultaient préférentiellement aux urgences, avant tout pour des raisons pratiques (prise en charge complète en un lieu unique). Cependant la plupart de ces pathologies auraient pu être prises en charge en médecine de ville. La question de la réorganisation du système de soins ambulatoire se pose (intérêt des pôles de santé pluridisciplinaires), de même que le problème de la formation des médecins généralistes.

Mots-clefs : urgences traumatologiques, demande de soins non programmés, engorgement urgences, parcours de soins, motifs de consultations aux urgences, radiographies, médecine générale, Seine-Maritime.