



**HAL**  
open science

# État des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale

Fanny Morcant

► **To cite this version:**

Fanny Morcant. État des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01283954

**HAL Id: dumas-01283954**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01283954>**

Submitted on 7 Mar 2016

**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.

UNIVERSITE JULES VERNE AMIENS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 68

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

**NOM : MORCANT Prénom : Fanny**

Née le 17 septembre 1988 à Amiens

---

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2015

---

**ETAT DES LIEUX DES CONSULTANTS AUX  
URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER  
D'ABBEVILLE RELEVANT DE LA MEDECINE  
GENERALE**

Président de Jury : **Professeur BERNA**

Membres du Jury : **Professeur LOK, Professeur WALLOIS,  
Professeur SAINT**

Directeur de thèse : **Docteur SAHBI**

**DES DE MEDECINE GENERALE**



A mon Président de jury,

**Monsieur le Professeur Pascal BERNA**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable du service de chirurgie thoracique

Pôle "Cœur - Thorax - Vaisseaux"

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour vos conseils précieux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

A ma juge,

**Madame le Professeur Catherine LOK**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Dermatologie-Vénérologie)

Assesseur du 3<sup>ème</sup> cycle

Chef du Service de Dermatologie

Chef du Pôle des 5 Sens

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assurée de mon profond respect.

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Fabien SAINT**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Urologie)

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E.)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon Juge,

**Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Sami SAHBI**

Praticien hospitalier- Médecin urgentiste

(Urgences)

Vous m'avez guidée et encadrée.

Vous avez su me rassurer.

Je vous remercie sincèrement pour tous vos conseils et votre implication dans ce travail.

A mes parents et ma sœur qui ont construit mon bonheur,

A mon fiancé et mon fils qui font mon bonheur de tous les jours.

## REMERCIEMENTS

A toute l'équipe des urgences et du service informatique du centre hospitalier d'Abbeville pour leur implication dans mon recueil de données,

Au Dr Taleb pour ses conseils avisés en statistiques,

Au Dr Wattraint pour son aide,

A Séverine Fillatre pour ses conseils précieux et son amitié sans faille,

A Marine, Mélanie et Camille pour leur présence et leur amitié à toute épreuve,

A Lucien, Emma, Paul, Yanis et Chloé.

## SOMMAIRE

	Page
I INTRODUCTION .....	12
II ARGUMENTAIRE .....	13
1. Augmentation du nombre de passages aux urgences .....	13
2. Type de population .....	13
3. Quels sont les consultants relevant de la médecine générale ?.....	14
4. Motifs de consultation .....	15
5. Qu'en est-il des recours urgents à la médecine générale ? .....	16
6. Qu'en pensent les français ? .....	16
III L'OFFRE DE SOIN DE L'AGGLOMERATION ABBEVILLOISE .....	17
1. L'hôpital .....	17
a. Les services de l'hôpital .....	17
b. Organisation du service des urgences .....	18
2. La clinique .....	19
3. Les médecins généralistes .....	19
4. Les examens complémentaires .....	19
IV OBJECTIF.....	20
V MATERIEL ET METHODE .....	21
VI RESULTATS .....	22
1. Population incluse .....	22
2. Données sociodémographiques .....	22
a. Sexe .....	22
b. Age .....	22
c. Lieu de Résidence .....	23
d. Situation assurantielle .....	24
e. Assurance complémentaire.....	24
f. Niveau de diplôme .....	25
g. Déclaration d'un médecin traitant .....	25
3. Démarches entreprises par les patients.....	25
a. Début des symptômes ayant conduit les patients aux urgences.....	25
b. Horaire de consultation .....	26
c. Démarches effectuées durant les 24h précédant la consultation .....	26
d. Croisement des réponses .....	27

4. Justification du recours aux urgences.....	30
a. Motif de recours aux urgences .....	30
1. Grandes orientations.....	30
2. Détails.....	31
b. Actes réalisés aux urgences.....	33
c. Croisements des résultats .....	33
d. Adhésion à une consultation avec un médecin généraliste .....	35
e. Degré d'adéquation du recours aux urgences.....	36
VII DISCUSSION.....	37
1. Analyse épidémiologique descriptive .....	37
2. Objectif principal.....	39
a. Le parcours de soins .....	39
b. Le motif de consultation.....	41
3. Objectif secondaire.....	44
a. Les données de notre étude .....	44
b. Solutions possibles : .....	44
a) Education.....	44
b) Les gardes des médecins généralistes .....	45
c) Le médecin d'orientation et d'accueil.....	45
d) Maison de santé pluridisciplinaire.....	46
e) Maison médicale de garde.....	46
VIII CONCLUSION.....	47
IX ANNEXES .....	48
1. Classification CCMU .....	48
2. Classification GEMSA.....	49
3. Classification CIMU .....	50
4. Questionnaire .....	51
5. Serment d'Hippocrate.....	55
X GLOSSAIRE.....	56
XI BIBLIOGRAPHIE .....	57
RESUME ET MOTS CLEFS.....	60

## I INTRODUCTION

Le nombre de consultations annuelles nationales aux urgences a augmenté de plus de 25% en 10 ans, de 2001 à 2011 [1] pour une croissance démographique de 7%. L'évolution consumériste du recours aux soins et l'insuffisance de l'offre de soins dans le secteur libéral étaient deux causes fréquemment avancées dans la littérature pour expliquer cet accroissement. Mais les choses changent. Aujourd'hui, différentes raisons sont pointées du doigt comme l'augmentation de la durée de vie, la technicisation de la médecine, la modification de la démographie médicale, les attentes accrues de la population concernant les prises en charge médicales [1].

Le service des urgences reste un acteur essentiel dans la prise en charge des soins non programmés à laquelle la médecine de ville n'apporte pas de réponse suffisante [2].

La majorité des passages aux urgences sont jugés CCMU 1 et 2 (cf annexe 1) et donc stables [3], leur pronostic vital ou fonctionnel n'est pas engagé. Seuls 22 % des consultants sur le plan national ont été hospitalisés en 2012[1]. Les patients qui viennent aux urgences le font principalement le jour (de 8h à 20h), sans augmentation le week-end, et seulement un quart de cette population est adressée après un avis médical [1].

A la lumière de ces éléments, se pose alors la question de la place des consultants aux urgences qui relèveraient de la médecine générale.

Pourquoi cette population s'adresse-t-elle aux urgences ?

Cette thèse vise à réaliser une description précise de la population consultant aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville pour un problème relevant de la médecine générale afin de comprendre les raisons qui ont poussé ces patients à se rendre aux urgences plutôt que chez un médecin généraliste. Cette description tient compte des caractéristiques sociodémographiques de la population, de son motif de recours aux urgences et de son parcours de soins.

## **II ARGUMENTAIRE**

### **1. Augmentation du nombre de passages aux urgences**

Au niveau national, le nombre de consultations annuelles au service d'accueil des urgences (SAU) est passé de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011 [1] avec une estimation journalière de 50 000 passages en 2013 [4]. La fréquentation des urgences avait préalablement doublé de 1990 à 2001, passant de 7 à 14 millions de passages [2]. En 21 ans, on observe donc une augmentation de plus de 260 % de l'activité et la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation [2].

En Picardie, la densité particulièrement faible des médecins généralistes implique un investissement des établissements de santé, et en particulier des services d'urgences, dans la prise en charge des soins non programmés de premiers recours [5]. Le taux de recours régional aux urgences en 2010 était de 2 629 passages pour 10 000 habitants [5] alors que la moyenne nationale est de 2 200 passages [2]. Il existe en effet un lien entre l'évolution de la densité de médecins généralistes et le taux de recours aux urgences [5].

L'augmentation de l'activité des urgences pose le problème de l'organisation de notre système de soin et de sa régulation qui sont un enjeu majeur puisque la surcharge des services d'urgence augmente la morbi-mortalité des patients [6].

### **2. Type de population**

Les enfants de moins de 1 an et les personnes de plus de 75 ans ont les taux de recours les plus élevés [7]. Le taux d'hospitalisation national est de 20 % des consultants des urgences [7] contre 25 % pour la Picardie [5].

Un tiers des patients ont effectué des démarches concernant leur état de santé avant de s'adresser aux urgences [7] ce qui est relativement stable depuis 2003 [3]. Celles-ci ont été entreprises trois fois sur quatre auprès d'un médecin. En 2003, au centre hospitalier d'Abbeville, plus de 35 % des patients prenaient un avis médical préalable avant de se rendre aux urgences [8].

### 3. Quels sont les consultants relevant de la médecine générale ?

Les SAU ont pour mission d'orienter le patient parmi les filières de soin [9]. Parfois, la meilleure solution est une consultation de médecine générale. Les médecins régulateurs peuvent orienter les patients lorsque le recours à l'aide médicale urgente est fait par voie téléphonique. Il n'en va pas de même pour les patients se présentant spontanément au service d'urgence. Selon l'ARS de Picardie, l'activité susceptible d'être prise en charge par la permanence ambulatoire représente environ 18 % des passages aux urgences [5].

Dans l'enquête du 11 juin 2013 de la DREES sur les services d'urgence, le motif de consultation est en lien avec l'insuffisance de l'offre de ville : deux patients sur dix expliquent leur venue par l'impossibilité de faire appel au recours habituel, et six patients sur dix par l'accessibilité qu'offrent les services d'urgence [7].

Il n'y a pas de consensus pour définir ce qui relève de médecine générale ou de la médecine d'urgence.

Les consultants pouvant être pris en charge par un médecin généraliste sont les patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, de soins urgents ou de mise en place de thérapeutiques urgentes. Selon l'American College of Emergency Physicians, relève de la médecine d'urgence un patient « dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau courant de connaissances en santé, soit amené à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire ».

Il existe de nombreuses classifications de patients « non urgents » (GEMSA par exemple cf annexe 2) qui aboutissent à des proportions très variables de consultations inappropriées aux SAU, de 4,8% à 90% selon les études [10]. Les patients classés en CIMU 5 (cf annexe 3) ne représenteraient que 2,5 % des consultants à l'échelle nationale [11] alors que les patients classés en CCMU 1 (cf annexe 2) représentent 14 % des passages et 74 % pour les CCMU 2 [3]. Tous ces patients pourraient être gérés par un médecin généraliste mais les pourcentages varient si l'évaluation est faite à leur arrivée ou à la fin de la consultation. La décision a priori qu'un patient soit « non urgent » est donc une technique dangereuse [11].

Pour notre étude, une répartition sera réalisée à la fin de la consultation par les urgentistes ou les internes qui étaient en charge des patients ; seront inclus ceux dépendant de la médecine générale selon l'avis de ces médecins.

#### 4. Motifs de consultation

Selon une étude de la DREES en juin 2013, les diagnostics des patients à la sortie des urgences se répartissent de la façon suivante [7]:

<b>DIAGNOSTICS</b>	<b>PART EN %</b>
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	39,8
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	17
<i>Symptômes et signes généraux (malaise, fatigue, céphalée, fièvre...)</i>	5,8
<i>Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen</i>	4,3
<i>Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire</i>	4,1
Affections de l'appareil respiratoire	5,3
Affection de l'appareil cardio-vasculaire	2,7
Affections du système digestif, maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires	5,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	5,8
Troubles mentaux	3,9
Maladies du système nerveux	2
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	3,7
Maladies des organes génito-urinaires	3,2
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille, de l'apophyse mastoïde	3,1
Maladies infectieuses et parasitaires	2,5
Affection de la peau et des tissus sous cutanés	2,6
Autres	1,3
Non-réponse	1,7
<b>Total</b>	<b>100</b>

Plus de 75 % des patients justifient leur venue aux urgences pour un motif médical. Ce dernier peut être lié à un accident, sur un conseil médical, parce qu'ils jugent leur état grave ou sont angoissés par celui-ci [7]. L'accessibilité des soins est mise en avant par 60 % des consultants. Enfin pour 21 % d'entre eux, c'est un lieu de consultation par défaut (absence du médecin traitant, absence de rendez-vous rapide en médecine de ville, ou amenés par les pompiers ou le SMUR) [7].

## **5. Qu'en est-il des recours urgents à la médecine générale ?**

La demande de consultations urgentes est prise en charge en grande partie par la médecine générale de ville. En 2004, 35 millions de recours urgents et non programmés étaient gérés par les médecins généralistes tandis que les urgences hospitalières enregistraient alors 14 millions de passages [12]. Les principaux symptômes motivant ces recours sont identiques quel que soit le lieu de consultation : douleur, gêne, malaise, fièvre, angoisse. Pour les accidents et les agressions, les patients s'adressent plus spontanément aux urgences hospitalières [12].

Parmi les patients adressés par leur médecin traitant aux SAU, 1 sur 2 est hospitalisé, ce qui montre que le recours du médecin traitant permet une utilisation plus rationnelle des urgences [9].

## **6. Qu'en pensent les français ?**

En 2014, environ 8 français sur 10 sont satisfaits de la qualité des soins, 7 sur 10 de l'accès aux soins [13].

En ce qui concerne les urgences hospitalières, seuls 56% sont satisfaits de l'accessibilité et 53 % de la qualité des soins [13]. Les problèmes de temps d'attente et de fréquentation élevée sont majoritairement évoqués pour expliquer ces faibles taux.

Concernant leur avis sur l'accessibilité des médecins libéraux, le taux de satisfaction a chuté de 10 points entre 2007 et 2013 [13]. Les causes principales rapportées sont la distance géographique, le manque de disponibilité des professionnels, des délais d'attentes importants ou des motifs d'ordre financier.

### III L'OFFRE DE SOIN DE L'AGGLOMERATION ABBEVILLOISE

#### 1. L'hôpital

##### a. Les services de l'hôpital

Le centre hospitalier d'Abbeville se compose [14] :

- d'un pôle anesthésie-réanimation-urgences avec
  - six lits de réanimation polyvalente
  - Le service d'accueil des urgences (SAU)/Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) avec 18 box bénéficiant tous d'une télémétrie :
    - 2 salles de déchoquage
    - 3 box de consultation en circuit long
    - 4 box de consultation en circuit court
    - 1 salle de plâtre
    - 8 lits en unité d'hospitalisation de courte durée
  
- d'un pôle femme-enfant avec
  - une maternité de niveau 2
  - une unité de néonatalogie
  - une unité de pédiatrie avec un lit d'hôpital de jour
  - un centre d'Aide Médico-sociale Précoce
  - un centre d'éducation et de planification familial
  
- d'un pôle médical avec
  - un service de médecine cardiologique avec une unité de soins intensifs
  - un service de court séjour de gériatrie
  - une équipe mobile de gériatrie
  - un service d'hospitalisation au domicile
  - un service de médecine vasculaire et neurologique
  - un service de pneumologie
  - un pôle de prévention et d'éducation du patient
  - un service de soins de suite et de réadaptation
  - une unité mobile de soins palliatifs

- d'un pôle médico-chirurgical
  - un service de chirurgie orthopédique et urologique
  - un service de chirurgie viscérale et spécialités ORL, stomatologique et ophtalmique
  - un hôpital de jour de médecine adultes et chirurgie anesthésie ambulatoire
  - un service de gastro-entérologie
  - un service de médecine interne et diabétologie
  - un service de médecine physique et réadaptation
  - une unité d'évaluation et de traitement de la douleur
  
- d'un pôle médico-technique avec un service de radiologie (radiologies standards, scanner, échographies, IRM, mammographies, panoramiques dentaires, arthrographies), un laboratoire, une pharmacie et un service d'information médical
  
- d'un pôle psychiatrique (psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte avec un hôpital de jour et une unité d'addictologie)
  
- d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
  
- un service diététique

b. Organisation du service des urgences

Le service des urgences comporte deux équipes de SMUR.

Il accueille toutes les pathologies médico-chirurgicales adultes et psychiatriques, la pédiatrie chirurgicale (traumatologie et pathologies chirurgicales). Les urgences de pédiatrie médicale sont accueillies quant à elles directement dans le service de pédiatrie, tout comme les urgences obstétricales dans le service de gynécologie et d'obstétrique.

Il y a en moyenne 90 passages au SAU par jour. L'infirmier d'accueil et d'orientation répartit les consultants en circuit court (les patients qui présentent à priori une pathologie bénigne) ou en circuit long (les patients qui sont probablement à hospitaliser).

Le temps de trajet pour rejoindre le service pour les populations les plus éloignées dans le bassin de vie Abbevillois ne dépasse pas 20 minutes [15].

Le centre hospitalier d'Abbeville enregistre 32 017 passages en 2013 contre 23 597 en 2003, soit une augmentation de plus de 25 % en 10 ans.

## **2. La clinique**

La clinique Sainte Isabelle (groupe clinifutur) située à l'entrée Nord d'Abbeville comporte une maison de la femme (gynécologie médicale et chirurgicale, gynécologie obstétricale, sexologie), un service de chirurgie ainsi qu'un service de médecine spécialisée (gastro-entérologie et un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique). Cet établissement ne possède pas de service d'accueil des urgences.

## **3. Les médecins libéraux**

En 2013, la Picardie avait une densité de 238,5 médecins (toutes spécialités confondues) en activité régulière pour 100 000 habitants, ce qui est la densité la plus faible de France [16]. On enregistre une baisse de 7,5 % des médecins généralistes libéraux et mixtes ces six dernières années [16] dans notre région. En 2013, 470 d'entre eux étaient installés dans la Somme dont 118 dans un rayon de 25 km autour d'Abbeville, soit 20 % [17].

Le bassin de vie Abbevillois regroupe 56 communes. Il a également enregistré une diminution du nombre de médecins généralistes entre 2007 et 2014 alors que le nombre d'habitants a augmenté [16].

Sur la commune d'Abbeville, de nombreux autres spécialistes libéraux exercent : cardiologue, dermatologue, gastro-entérologue, rhumatologue, pneumologue, gynécologue, ORL, pédiatre, radiologue, psychiatre [17].

## **4. Les examens complémentaires**

Il y a un cabinet de radiologie et un laboratoire d'analyse médicale situés à Abbeville. On peut y réaliser des radiographies standards, des échographies, des densitométries osseuses et des mammographies. Il existe des plages horaires pour les scanners réalisés à la clinique et pour l'IRM réalisé à l'hôpital.

## **IV OBJECTIF**

La population est de plus en plus demandeuse de soins et les professionnels de santé de plus en plus débordés. L'organisation de notre système de soins est un enjeu majeur pour les années à venir.

L'offre de soins primaires connaît des évolutions importantes liées aux changements démographiques de la profession de médecin généraliste et à l'adoption de réformes organisationnelles. Le médecin traitant a un rôle de coordinateur des soins. De nombreux patients le consulte après leur recours aux urgences [18] pour avoir un avis vis-à-vis des soins reçus, des traitements prescrits ou encore pour avoir des informations complémentaires sur leur pathologie. Le médecin traitant a pour avantage de connaître les antécédents du patient, son vécu, son adhésion à un éventuel traitement, et le contexte socio-économique dans lequel il évolue. De plus, les patients attachent beaucoup d'importance à la relation médecin-patient en particulier au fait que le médecin traitant connaisse leur histoire [19]. Ainsi la prise en charge par le médecin traitant paraît plus efficiente pour des soins non-urgents grâce à cette approche globale.

Les SAU sont régulièrement saturés et les urgentistes exaspérés face aux patients non-urgents qui encombrant leur service. Comment gérer ces patients au mieux ? La réorientation vers la médecine de ville à leur arrivée semble dangereuse de part notre incapacité à définir le patient non-urgent lors de son arrivée [11]. Nous devons donc apprendre à connaître cette population afin de prévenir leur arrivée par de l'éducation et afin de les gérer au mieux au sein de l'établissement lorsqu'ils se présentent au service d'accueil des urgences.

L'objectif de cette étude est de caractériser la population qui s'adresse aux urgences pour des consultations relevant de la médecine générale et de comprendre ce qui l'a amenée à s'adresser au service d'accueil des urgences. L'objectif secondaire est de trouver des solutions pour gérer ce flux de patients en évaluant l'intérêt d'une maison de santé rattachée à l'hôpital. Nous établirons le portrait socio-économique de cette population, son parcours de soins avant son arrivée aux urgences, leurs motifs de consultations, et le degré d'adéquation avec le recours aux urgences. Dans la discussion, nous comparerons nos résultats à ceux de l'étude sur les services d'urgences du 11 juin 2013 réalisés par la DREES sur le plan national mais aussi sur le plan régional.

## **V MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective monocentrique quantitative.

### **2. Population**

La population ciblée est celle des consultants relevant de la médecine générale. Pour cela nous interrogeons tous les consultants classés en circuit court par l'infirmier d'accueil et d'orientation 24H / 24 pendant 15 jours consécutifs. Le circuit court consiste à prendre en charge rapidement les patients valides, ne présentant pas de risque vital immédiat, pour lesquels la charge de travail médical est faible et qui ne nécessite pas ou peu d'examens complémentaires. Nous incluons les patients qui dépendent d'une consultation de médecine générale selon l'avis du médecin en charge du patient.

### **3. Méthode de recueil des données**

Le recueil des données se fait via un questionnaire (confer annexe 4) établi à partir de celui de l'enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières réalisée par la DREES en juin 2013. Ce questionnaire est intégré dans DIAMM, logiciel informatique utilisé au SAU d'Abbeville. Les questions seront posées aux patients par les infirmiers ou les aides soignants d'une part, et l'autre partie sera remplie par les internes de médecine générale ou les urgentistes ayant en charge le patient.

Le nombre de dossiers visés inclus est de 200.

### **4. Analyse statistique**

Les données anonymes ont été recueillies via le logiciel Microsoft Excel. Elles ont été traitées par le logiciel SPSS STATISTICS Viewer Version 22.

Une analyse descriptive des variables sera réalisée et elle sera croisée par des tests de chi<sup>2</sup>.

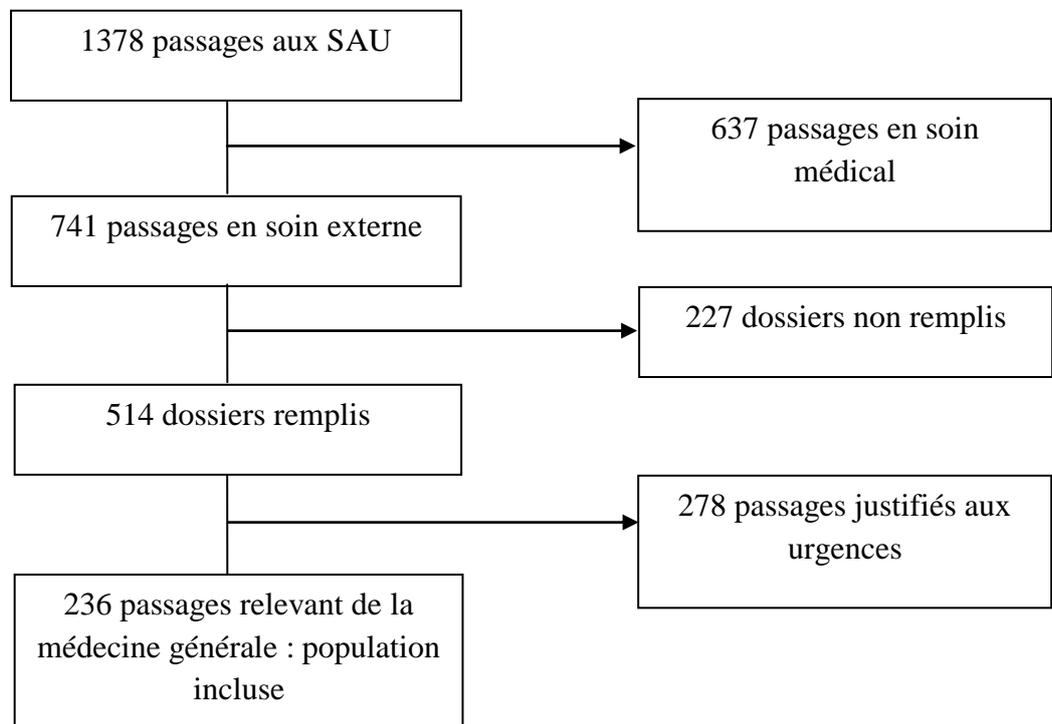
Les tests sont réalisés avec un risque alpha de 5% et une puissance de 80 %.

Le seuil de significativité sera fixé à 0,05.

## VI RESULTATS

### 1. Population incluse :

Nous avons recueillis nos données du mercredi 8 octobre 2014 au mercredi 22 octobre 2014 inclus (soit 15 jours), 24h/24.



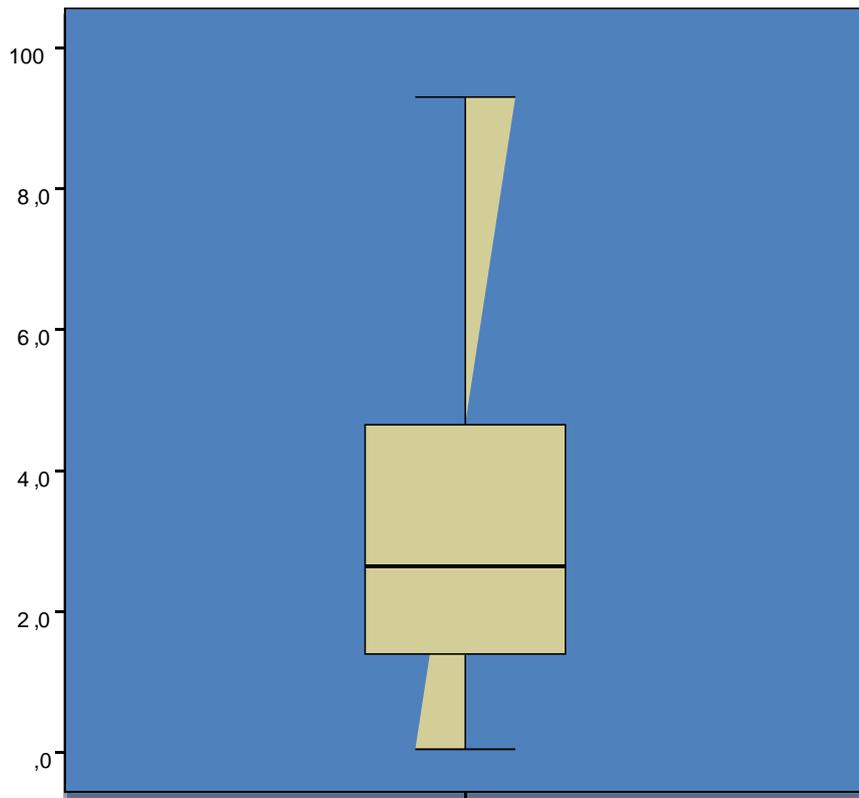
### 2. Les données sociodémographiques :

#### a. Sexe

111 femmes ont été incluses, 125 hommes soit un sexe ratio homme/femme de 1,13.

#### b. Age

La moyenne d'âge est de 30 ans avec un écart type à 22.7 et une médiane à 26.5 ans.



Graphique n° 1 : représentation de l'âge des patients

c. Lieu de résidence

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
moins de 10 km	97	41,1	43,1
entre 10 et 20 km	52	22,0	23,1
plus de 20 km	76	32,2	33,8
Total des réponses recueillies	225	95,3	100,0
Réponses manquantes	11	4,7	
Total	236	100,0	

Tableau n°1 : distance entre le domicile et l'hôpital en valeur absolue et en pourcentage

Un tiers des patients a fait plus de 20 Km pour une consultation qui relevait de la médecine générale, 43% habitaient près de l'hôpital.

d. Situation assurantielle

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
régime de la sécurité sociale	197	83,5	90,0
CMU de base	21	8,9	9,6
aucun droit ouvert en France	1	,4	,5
Total des réponses recueillies	219	92,8	100,0
Réponses manquantes	17	7,2	
Total	236	100,0	

Tableau n°2 : situation assurantielle en valeur absolue et en pourcentage

Aucun patient n'était bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat, presque 10 % de la population de l'étude dépendait de la CMU de base et 90 % des patients étaient sous un régime simple de la sécurité sociale.

e. Assurance complémentaire

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
complémentaire privée	182	77,1	86,3
CMU-Complémentaire	20	8,5	9,5
aucune assurance complémentaire	9	3,8	4,3
Total des réponses recueillies	211	89,4	100,0
Réponses manquantes	25	10,6	
Total	236	100,0	

Tableau n°3 : assurance complémentaire en valeur absolue et pourcentages

Presque 1 patient sur 10 dépendait de la CMU complémentaire et plus de 4 patients sur 5 possèdent une assurance complémentaire.

f. Niveau de diplôme

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
aucun diplôme	75	31,8	38,3
niveau bep-cap	62	26,3	31,6
baccalauréat	45	19,1	23,0
études supérieures	14	5,9	7,1
Total des réponses recueillies	196	83,1	100,0
Réponses manquantes	40	16,9	
Total	236	100,0	

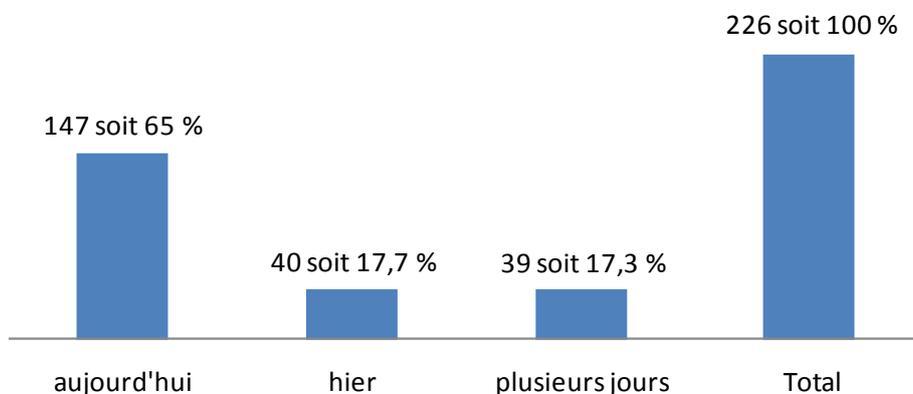
Tableau n°4 : niveau de diplôme en valeur absolue et en pourcentages

70 % des patients avaient un niveau d'étude inférieur au baccalauréat.

g. Déclaration d'un médecin traitant

90,2 % (202) des patients déclaraient avoir un médecin traitant, 9,8 % (22) n'en avaient pas. 12 réponses étaient manquantes.

### 3. Démarches entreprises par les patients

a. Début des symptômes ayant conduit les patients aux urgences :

Graphique n°2 : début de la situation ayant conduit aux urgences.

65% des patients ont consulté aux urgences le jour même de l'apparition de leur pathologie, 10 réponses étaient manquantes.

b. Horaire de consultation :

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
cabinet ouvert	111	47,0	49,3
cabinet fermé	114	48,3	50,7
Total des réponses recueillies	225	95,3	100,0
Réponses manquantes	11	4,7	
Total	236	100,0	

Tableau n°5 : moment de consultation aux urgences.

La moitié des patients a consulté pendant les horaires de fermeture des cabinets libéraux (ouvert de 8h à 18h la semaine et le samedi matin de 8h à 13h).

71% des patients (15 personnes) ne déclarant pas de médecin traitant, consultaient pendant les horaires d'ouverture des cabinets contre 46,5 % (95 personnes) qui en déclarent un ( $p = 0,30$ ).

c. Démarche effectuées durant les 24h précédant la consultation

Sur 226 réponses recueillies, 19,9 % des patients (45) déclaraient avoir réalisé des démarches dans les 24 heures précédentes.

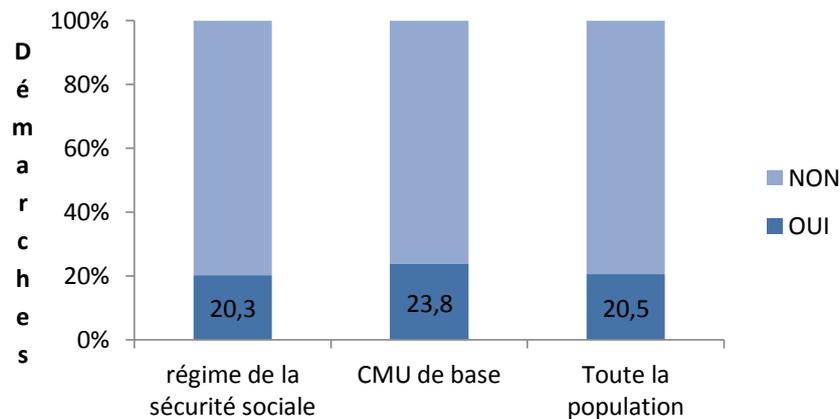
Parmi ces patients, 42 avaient détaillé leur démarche :

Type de démarche	Nombre de patient	Pourcentage	Pourcentage valide
<b>Médicale</b>	<b>32</b>	<b>71,1</b>	<b>76,2</b>
Appel du médecin traitant sans succès	3		
Appel du médecin traitant qui a conseillé les urgences	12		
Rendez-vous trop éloigné chez le médecin traitant	6		
Appel ou consultation du médecin traitant mais patient insatisfait	8		
A demander conseil à un autre médecin que le médecin traitant	1		
Appel du SAMU	2		
<b>Paramédical</b>	<b>3</b>	<b>6,7</b>	<b>7,1</b>
Conseil auprès d'un pharmacien	2		
Appel des pompiers	1		
<b>Autre</b>	<b>7</b>	<b>15,6</b>	<b>16,7</b>
Conseil auprès d'un proche	2		
Le patient a essayé de se soigner seul	5		
Total des réponses recueillies	42	93,3	100
réponses manquantes	3	6,7	
total	45	100	

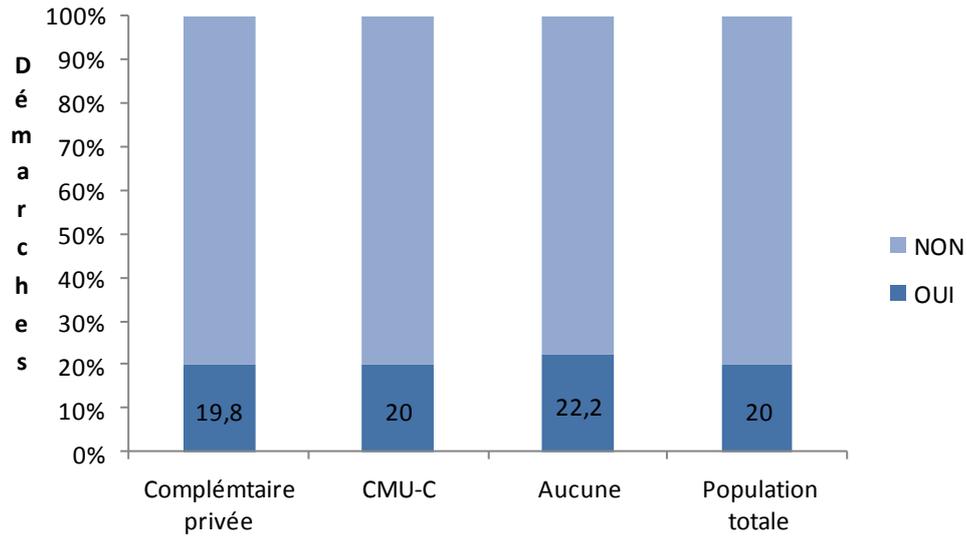
Tableau n°6 : détails des démarches effectuées avant le recours aux urgences.

76 % des patients ayant détaillé leur réponse avaient réalisé une démarche médicale.

d. Croisements des réponses :

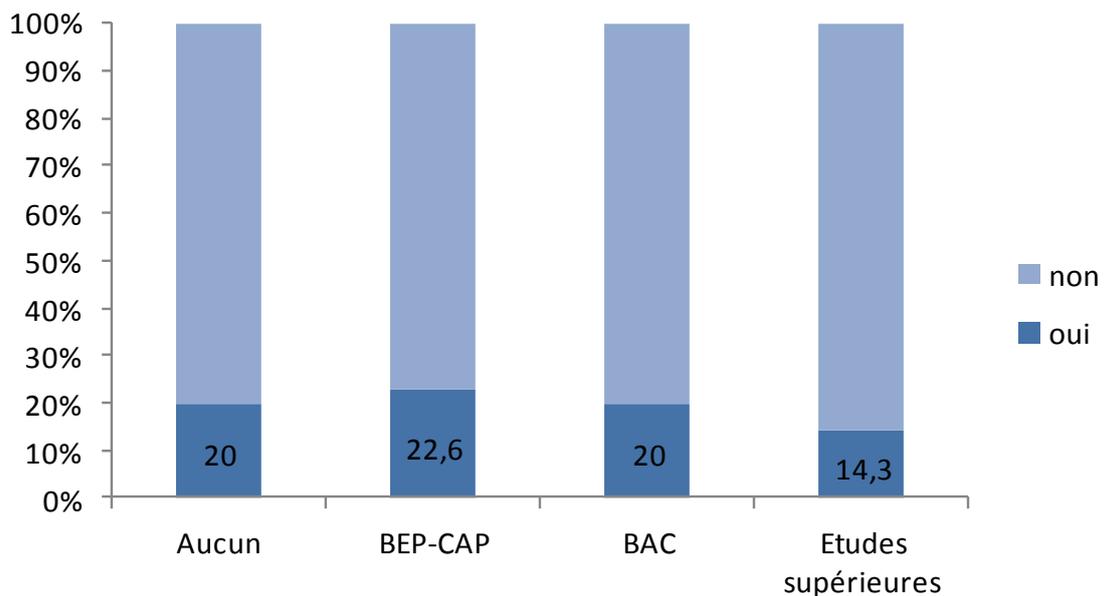


Graphique n°3 : Pourcentage de la population ayant fait des démarches en fonction de leur situation assurantielle ( $p=0,8$ )



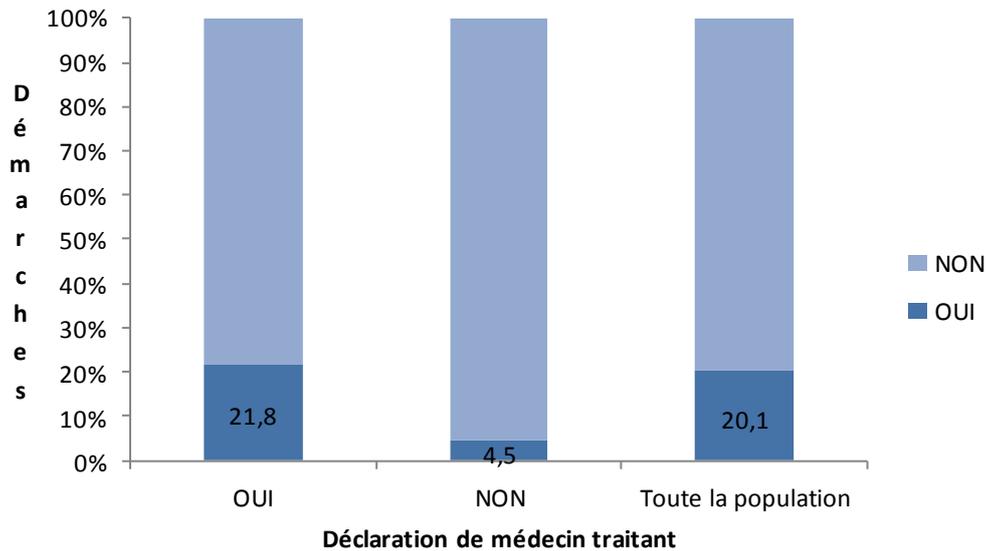
Graphique n°4 : Pourcentage de la population ayant fait des démarches en fonction de leur assurance complémentaire ( $p=0,9$ )

Le pourcentage de patient ayant effectué des démarches était sensiblement le même quelque soit la situation assurantielle ou l'assurance complémentaire.



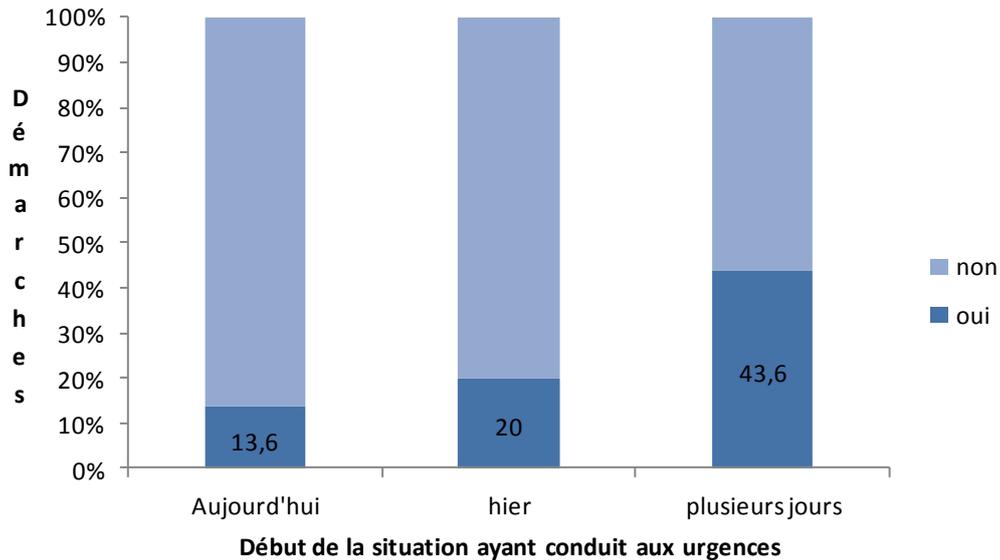
Graphique n°5 : Pourcentage de la population ayant fait des démarches en fonction de leur niveau d'étude ( $p=0,9$ )

Les patients ayant un niveau d'étude supérieur ont fait moins de démarches que les autres (14 % contre 20%).



Graphique n°6 : pourcentage de la population ayant fait des démarches en fonction de la déclaration de médecin traitant ( $p=0,05$ ).

Les patients qui ont un médecin traitant font significativement plus de démarches avant de se rendre aux urgences que les autres.



Graphique n°7 : Réalisation de démarches en fonction du début de la situation ayant conduit les patients aux urgences ( $p=0,01$ )

Le temps écoulé depuis le début des symptômes est corrélé avec le fait d'entreprendre des démarches.

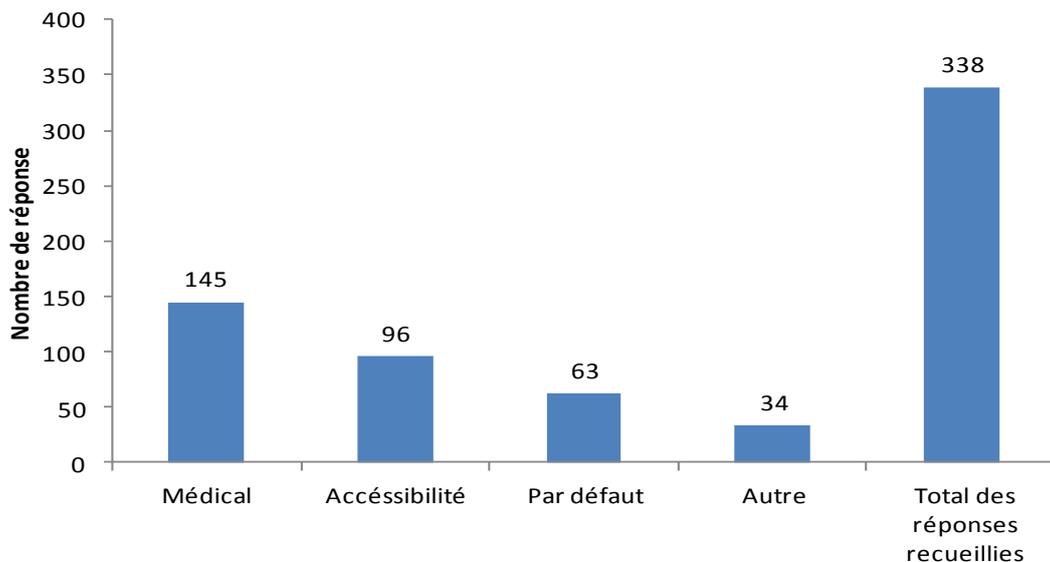
## 4. Justification du recours aux urgences

### a. Motif de recours aux urgences

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. 11 dossiers n'ont pas été remplis. 363 justifications ont été recueillies.

#### 1) Grandes orientations :

86 patients sur 225 citent plusieurs raisons à l'origine de leur venue, soit 38,2 % de la population.



Graphique n°8 : motif de recours aux urgences en fréquence

La majorité des patients venait pour un problème médical (64,4 %). Plus 70 % des patients justifiaient leur venue aux urgences en partie pour l'accessibilité aux soins qu'elles offrent (43 %) ou par l'insuffisance de l'offre de soins proposée en libéral (28 %), dont 64 patients uniquement pour l'accessibilité ou par défaut (soit 28 % des personnes ayant répondu).

## 2) Détails :

Pour le motif médical :

	Fréquence	Pourcentage des justifications
Je suis victime d'un accident	89	24,5
Sur les conseils d'un médecin	19	5,2
Je pense que c'est grave	29	8,0
Je pense que je dois être hospitalisé	3	0,8
Je suis angoissé et je ne sais pas où aller	10	2,8

Tableau n°7 : détails des réponses données pour un motif médical

6 patients avaient donné plusieurs justifications médicales à leur venue aux urgences. Deux tiers d'entre eux justifiaient leur venue par un accident.

Pour l'accessibilité aux soins :

	Fréquence	Pourcentage des justifications
Proximité des urgences	16	4,4
J'ai besoin que mon problème de santé soit réglé rapidement	42	11,6
C'est plus rapide d'attendre aux urgences que chez un médecin	12	3,3
On peut y réaliser des examens complémentaires	30	8,3
On peut consulter un médecin spécialiste	9	2,5
On peut être pris en charge en dehors des heures de travail	5	1,4
Je n'ai pas besoin d'avancer de l'argent	1	0,3

Tableau n°8 : détails des réponses données pour l'accessibilité

La rapidité de prise en charge et l'accès aux examens complémentaires étaient principalement mis en avant par les patients justifiant leur venue par l'accessibilité. 19 personnes avaient cité plusieurs justifications.

Concernant la venue aux urgences par défaut :

	Fréquence	Pourcentage
Mon médecin traitant était absent	18	4,9
Je n'ai trouvé aucun médecin en cabinet	20	5,5
Je n'ai trouvé aucun médecin qui pouvait se déplacer	5	1,4
J'ai besoin d'un examen rapidement et je n'arrive pas à trouver de rendez-vous	5	1,4
J'ai essayé de me soigner seul sans résultat	9	2,5
J'ai consulté mais je ne vais pas mieux malgré le traitement	7	1,9

Tableau n°9 : détails des justifications par défaut

L'insuffisance de l'offre de soins en secteur libéral amenait plus de 2 patients sur 3 à consulter aux urgences dans la population « par défaut ». Une personne a précisé deux réponses dans le groupe « par défaut ».

Concernant la justification « autre » :

	Fréquence	Pourcentage
Amené par les pompiers ou le SMUR	14	3,8
Ne pouvait pas rester seul au domicile	1	0,3
aucune des réponses précédentes	19	5,2

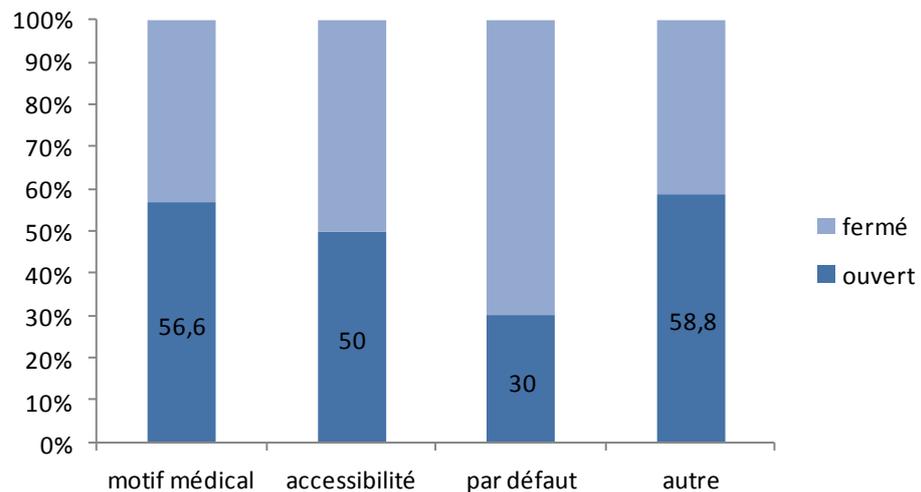
Tableau n°10 : détails des autres motifs de consultation aux urgences

Dans « aucune des propositions précédentes », nous retrouvons principalement les patients gardés à vue et les patients adressés par l'école.

b. Actes réalisés aux urgences :

46 patients ont eu un geste de soins sur les 233 réponses recueillies (19,6 %) ; un avis spécialisé avait été demandé pour 7 patients sur 236. 100 patients ont eu un examen complémentaire renseigné sur 101 réponses.

c. Croisements des résultats :

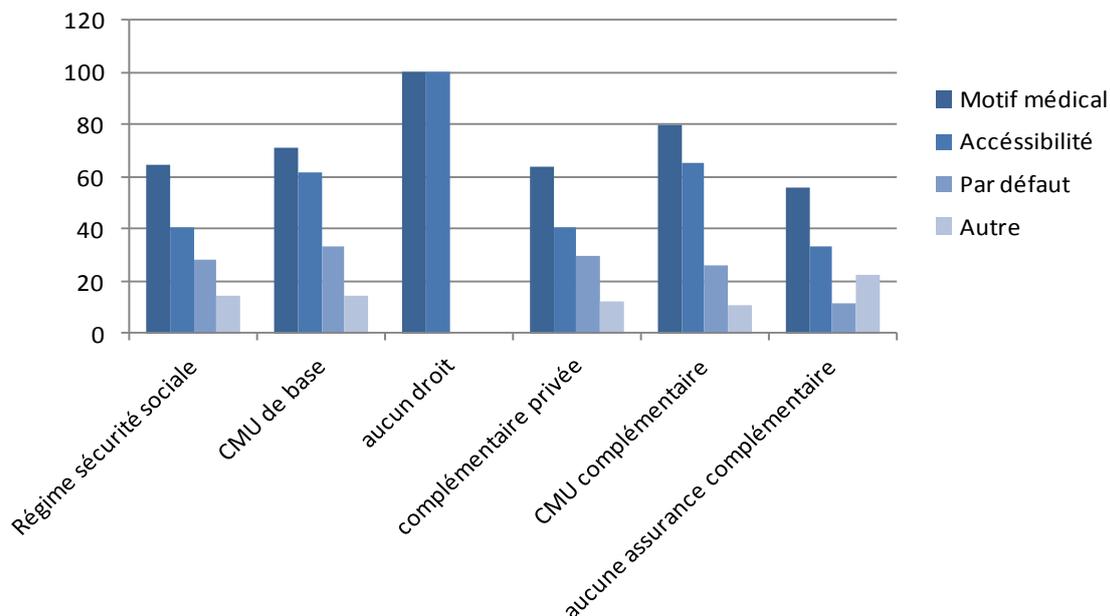


Graphique n°9 : motif du recours aux urgences en fonction des heures d'ouverture des cabinets.

Les patients consultant pour un motif médical se présentaient plus aux urgences pendant les horaires d'ouverture des cabinets que les autres (56.6 % versus 36.3%,  $p=0.004$ ). Les patients consultant par défaut venaient moins que les autres pendant les horaires d'ouverture (30,2 % d'entre eux,  $p=0,01$ ).

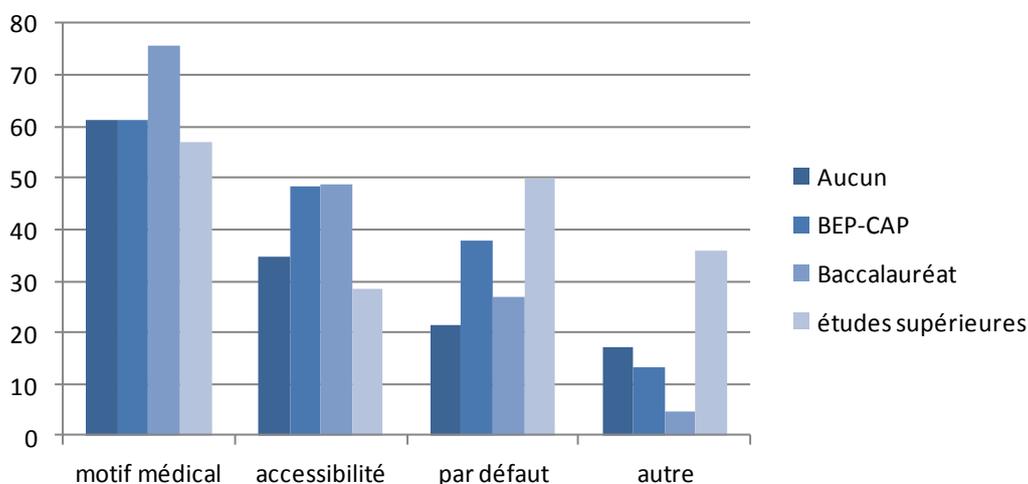
Les personnes justifiant leur venue pour un avis spécialisé n'en avait eu aucun ( $p=0,6$ ).

Sur les 30 patients justifiant leur venue pour un examen complémentaire, 16 en avait eu un ( $p$  non significatif).



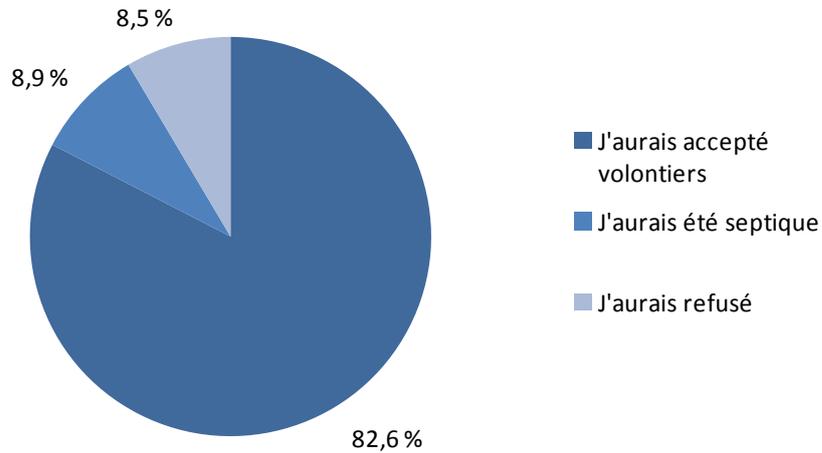
Graphique n°10 : Motif de consultation en fonction de la situation assurantielle en pourcentage.

Il n'y a qu'un patient n'ayant aucun droit ouvert ( $p$  non significatif). Les patients qui dépendent de la CMU de base et de la CMU complémentaire consulteraient plus que les autres pour un problème d'accessibilité aux soins (respectivement 61,9 % et 65,0 %).



Graphique n°11 : Motif de recours aux urgences en fonction du niveau d'étude.

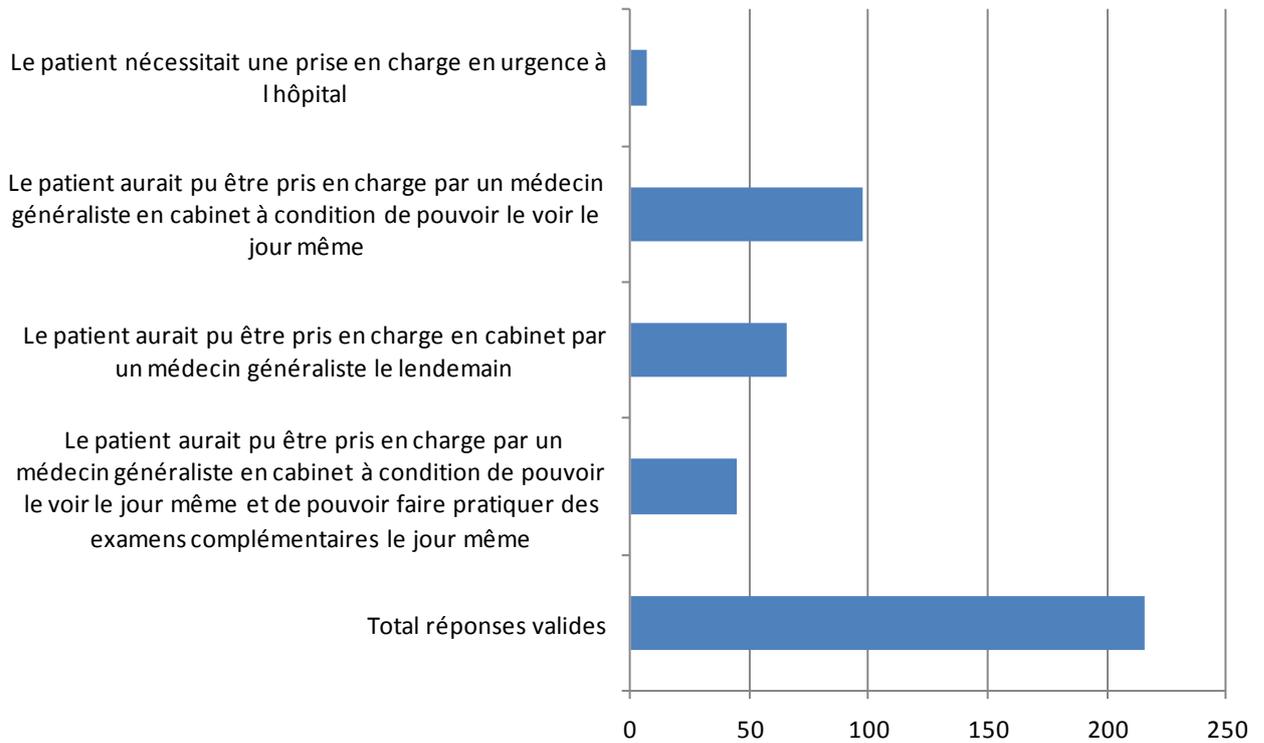
Les patients ayant fait des études supérieures sembleraient justifier leur venue par défaut, plus que le reste de la population ( $p$  non significatif).

d. Adhésion à une consultation avec un médecin généraliste :

Graphique n°12 : Adhésion à une consultation avec un médecin généraliste en pourcentage  
(23 réponses manquantes)

8,5 % des patients auraient refusé la consultation avec un médecin généraliste. Ces patients justifiaient leur refus par la nécessité de soins importants (suture par exemple) ou le besoin d'examens complémentaires. Les patients consultant par défaut auraient accepté de voir un médecin généraliste pour 88,1 % d'entre eux.

e. Degré d'adéquation du recours aux urgences :



Graphique n°13 : nombre de réponses données par les médecins concernant le degré d'adéquation du recours aux urgences

10 dossiers n'avaient pas été remplis par les médecins concernant cette question.

Près d'un patient sur deux nécessitait une prise en charge médicale dans la journée sans nécessité d'examen complémentaire et moins de 30 % pouvait différer leur prise en charge le lendemain.

## VII DISCUSSION

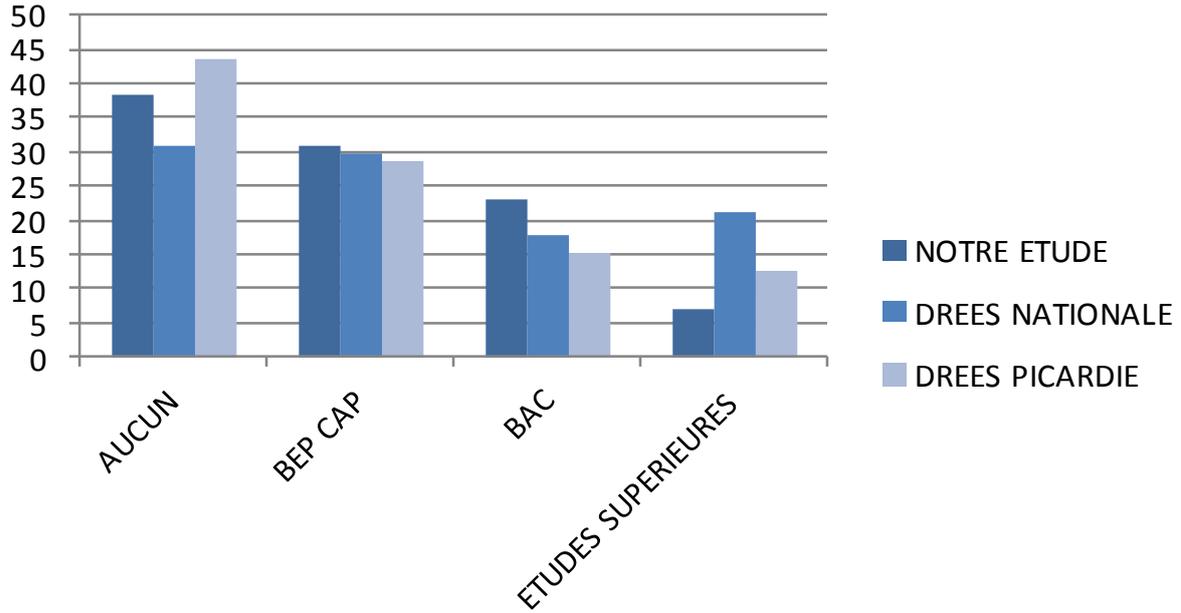
### 1) Analyse épidémiologique descriptive :

236 patients ont été inclus dans l'étude. La population était majoritairement composée d'hommes ce qui est comparable avec l'étude de la DREES de juin 2013 sur le plan national (sexe ratio 1,12), mais inférieur au sexe ratio pour la Picardie (1,35) [20]. La population était jeune, en accord avec les différentes études sur les structures d'urgences.

Les patients habitaient souvent loin des urgences, un tiers d'entre eux fait plus de 20 km pour se rendre aux urgences pour une pathologie relevant de la médecine générale. Parmi eux, seuls trois patients étaient amenés par le SMUR ou les pompiers. Le recours aux urgences mobilise donc parfois des moyens financiers et techniques pour les patients alors que cette consultation peut être gérée en ambulatoire. En 2003, plus de 55 % des patients consultants aux urgences d'Abbeville faisaient moins de 10 km pour venir [8], contre 43 % dans notre étude. Avec un intervalle de 11 ans entre les deux études locales, on remarque que les patients font de plus en plus de kilomètres pour consulter au SAU. Cette démarche peut être expliquée par l'insuffisance de l'offre libérale ou par la mauvaise appréciation des patients de leur pathologie.

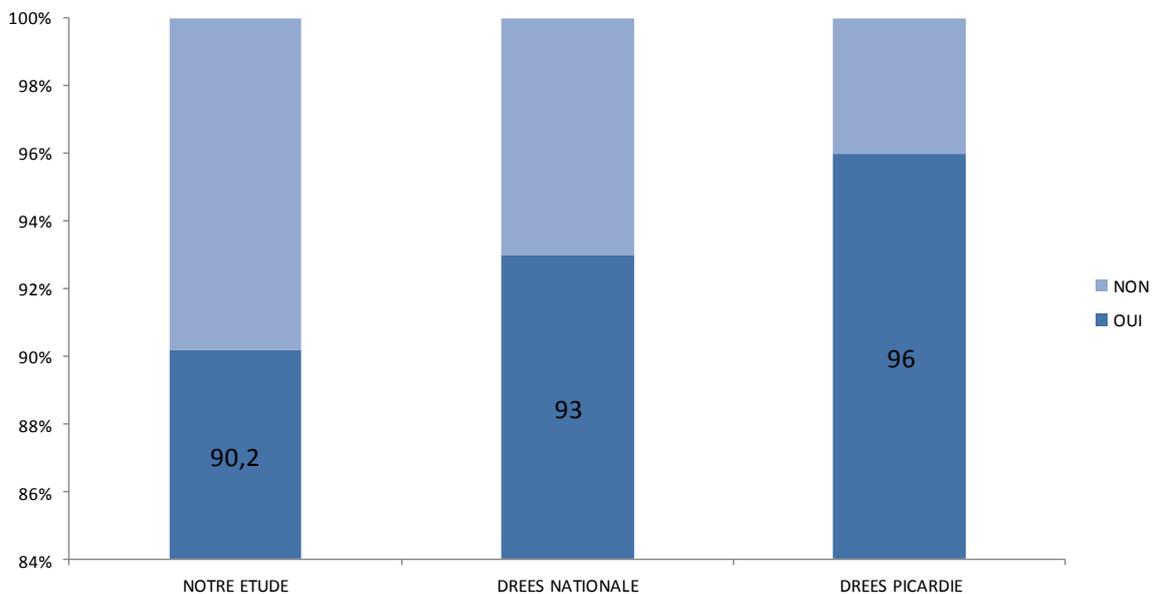
Les patients relevant de la CMU de base étaient plus représentés parmi notre étude qu'en France (9,6% contre 3,9 % [21]), il en est de même pour les patients bénéficiant de la CMU complémentaire (9,5% contre 5,8 % [21]). Cependant les patients bénéficiant de la CMU complémentaire étaient représentés de façon semblable dans notre population par rapport à la population consultant aux urgences selon l'étude nationale de la DREES (9,5 contre 10,2 %) [21]. 4,3 % de la population de notre étude déclarait n'avoir aucune assurance complémentaire, ce qui est en deçà du chiffre national de 6% [21] et en deçà de l'étude de la DREES (6,9 %) [20]. Les patients dépendant de la CMU de base et de la CMU complémentaire consultent donc plus aux urgences mais pas plus pour des pathologies relevant de la médecine générale. Les patients n'ayant pas de couverture complémentaire consultent moins de façon inadaptée.

Les personnes ayant un recours aux urgences inadapté ont un niveau d'étude globalement inférieur aux autres consultants des urgences sur le plan national : niveau CAP et BAC équivalents mais les patients n'ayant aucun diplôme étaient plus nombreux dans notre étude (comme en Picardie). La fréquence de ceux ayant fait des études supérieures était moindre.



Graphique n°14 : pourcentage de patient en fonction du niveau d'étude.

Les patients qui relevaient de la médecine générale étaient moins nombreux à déclarer un médecin traitant que les patients recourant aux urgences de façon globale. Cette différence est encore plus marquée en comparaison avec la Picardie.



Graphique n°15 : pourcentage de patient déclarant ou non un médecin traitant

## 2) Objectif principal :

### a. Le parcours de soins :

Les consultants inclus dans notre étude venaient autant pendant l'ouverture que pendant la fermeture des cabinets médicaux alors que les études récentes [7] montrent que les patients consultant aux urgences viennent plutôt la journée jusqu'à 20h. Les horaires de consultations des patients de notre étude s'expliquaient probablement par leur venue par défaut, n'ayant pas pu voir de médecin généraliste la nuit ou le week-end.

A peine 20 % des patients de notre étude avaient fait des démarches avant de se rendre aux urgences contre 32 % [7] sur le plan national pour toutes les consultations aux urgences et 36 % en Picardie [21]. D'autre part, l'étude au sein du centre hospitalier d'Abbeville de 2003 objectivait 35 % des patients ayant fait des démarches préalables [9], ce qui est supérieur à nos résultats. Ces chiffres montrent que les patients ayant un recours inadapté aux urgences font moins de démarches que les autres. Cela permet de supposer que les démarches effectuées, quel qu'elles soient, les dissuadent de consulter dans les SAU.

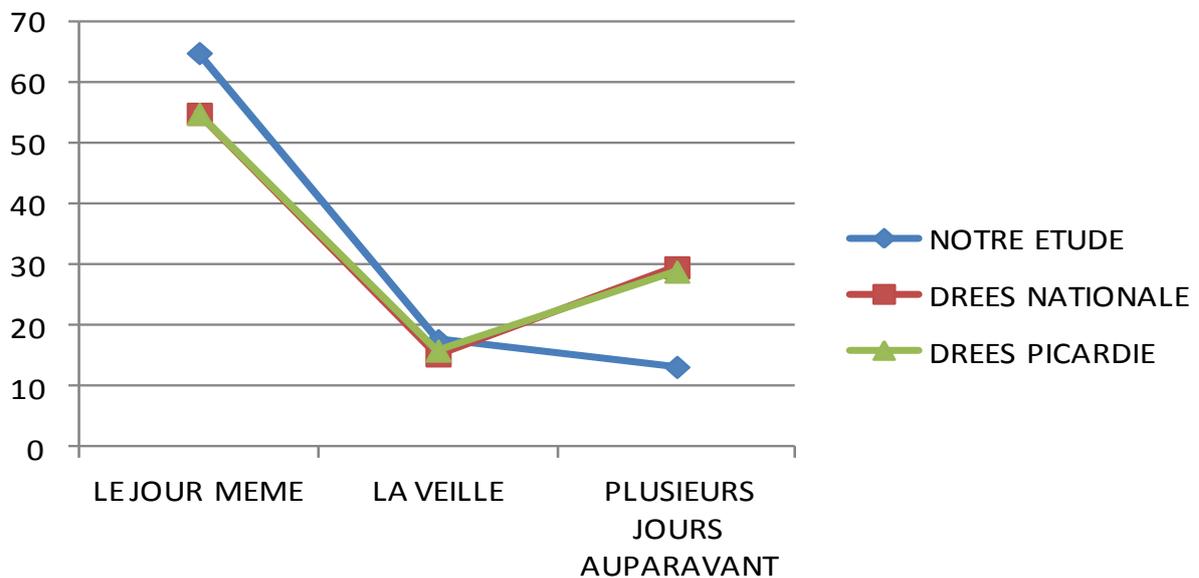
76 % des démarches étaient médicales dans notre étude contre 87 % dans l'étude nationale de la DREES (appel SAMU inclus). Les patients relevant de la médecine générale font donc moins de démarches médicales.

26,6 % des patients ayant effectué des démarches dans notre étude ont été adressés par leur médecin traitant et classés à postériori comme dépendants tout de même de la médecine générale. Ceci amène à s'interroger sur la raison de leur réorientation. Le médecin traitant était-il débordé ? Ne pouvait-il pas recevoir le patient ou pensait-il à priori que ce patient nécessitait une prise en charge urgente ? Les patients adressés par leur médecin traitant représentent une part beaucoup moins importante que sur le plan national (64% des patients qui ont fait une démarche médicale) [7], ceci confirme bien le caractère discriminant de l'avis du médecin généraliste. Cette donnée pose la question du classement par les médecins des urgences en consultation inappropriée, la vision de celles-ci peut être différente entre les médecins traitants et les médecins des urgences.

La situation assurantielle et le type d'assurance complémentaire n'influeraient pas sur le fait de faire des démarches avant le recours aux urgences. Il existerait cependant une tendance à moins faire de démarches chez les patients ayant plus de diplômes que les autres. Ces résultats sont à nuancer puisque qu'ils sont non significatifs.

Les patients ayant un médecin traitant faisaient significativement plus de démarches avant de se rendre aux urgences que les autres. En effet, ils peuvent se tourner vers un médecin plus facilement lorsqu'il est déclaré médecin traitant. De plus, l'aspect financier peut amener les personnes n'ayant pas de médecin traitant à consulter aux urgences ; ils ne sont pas remboursés complètement par la sécurité sociale si le médecin généraliste qu'ils vont consulter estime que la consultation n'est pas urgente et qu'ils sont en dehors du parcours coordonné. Il paraît donc important de promulguer auprès de la population la déclaration obligatoire du médecin traitant qui permet alors un parcours coordonné de soins et qui évite des consultations inappropriées aux SAU.

De façon logique, les patients dont les symptômes ont débuté il y a plusieurs jours ont fait significativement plus de démarches que les autres. Cependant, les patients relevant de la médecine générale consultaient plus tôt que les autres.



Graphique n°16 : pourcentage de patient en fonction du début de la situation ayant conduit aux urgences

La venue rapide aux urgences explique probablement le fait que la consultation dépende de la médecine générale et que l'état des patients ne se soit pas aggravé. En effet seulement 20 % des patients pouvaient attendre le lendemain pour être pris en charge en libéral selon les médecins, 80 % nécessitaient une prise en charge le jour même.

b. Le motif de consultation :

La question sur le motif de consultation aux urgences regroupe les motivations en quatre grandes catégories :

- Décision pour un motif médical : les urgences constituent le lieu de soins qui apparait au patient médicalement le plus adapté au problème de santé.
- L'accessibilité aux soins : facilité d'accès aux urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité du plateau technique, d'horaire ou de gratuité des soins.
- Le recours par défaut (recours en deuxième choix) : difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins.
- Les autres circonstances : principalement les patients amenés par les pompiers ou le SMUR.

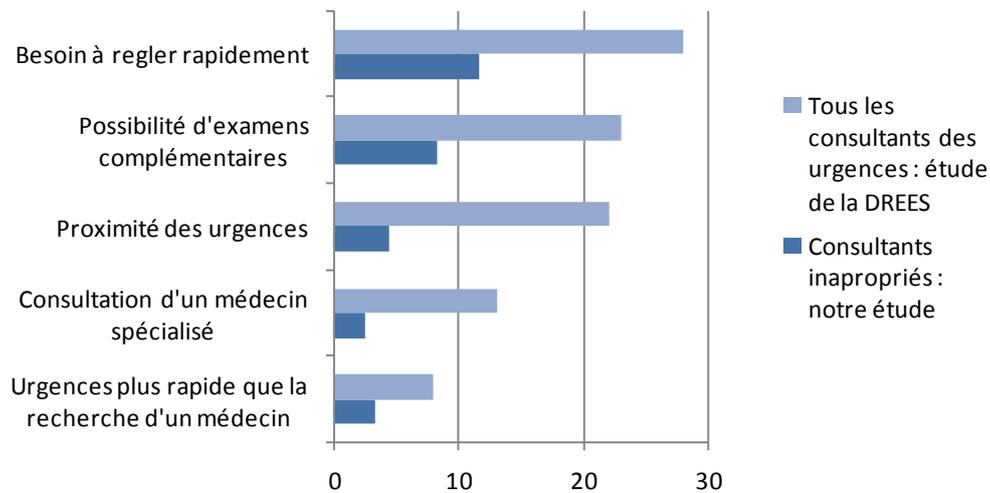
Dans l'étude nationale du 11 juin 2013, deux tiers des patients avançaient au moins deux raisons à leur venue [7] contre un tiers dans notre étude. Les consultations inappropriées sont-elles plus difficilement justifiables par les patients ?

Ces consultations aux urgences étaient principalement motivées par un motif médical : pour deux patients sur trois. Ceci est inférieur au résultat de la DREES sur le plan national qui était de 80 % [7]. Les victimes d'un accident se présentent facilement aux urgences quelque soit la gravité de leur état, ils représentaient deux patients sur dix dans notre étude contre trois sur dix pour la DREES [7].

On remarque une part anxieuse pour plus de 10 % d'entre eux : ils pensaient que leur état était grave (7,6 %) ou parce qu'ils étaient angoissés (2,6 %) alors qu'a posteriori leur état aurait pu être géré en ambulatoire. Ces résultats sont en deçà de ceux de la DREES : respectivement 20 % et 10 % [7]. La venue aux urgences de la population relevant de la médecine générale ne semble pas s'expliquer par une anxiété accrue de ces patients.

L'accessibilité aux soins représentait deux justifications sur cinq, principalement pour la rapidité de prise en charge qu'offraient les urgences. En effet, les patients sont toujours accueillis et soignés quand ils arrivent et les délais de prise en charge aux urgences sont courts grâce à la mise en place de circuits courts. Selon l'étude de la DREES, la moitié des patients, tous motifs confondus, restent moins de deux heures aux urgences [7].

Les résultats de notre étude étaient inférieurs à ceux de la DREES pour l'accessibilité aux soins :



Graphique n°17 : comparaison des justifications pour l'accessibilité aux soins en pourcentage.

La justification pour l'accessibilité correspondait également au besoin de réaliser des examens complémentaires pour plus d'un patient sur trois (8 % de tous les motifs). En effet, la présence d'un seul cabinet de radiologie avec des délais qui peuvent être de plus de 5 jours pour une radiographie standard amène la population abbevilloise à consulter aux urgences lorsqu'ils jugent qu'un acte de radiologie leur est nécessaire. En 2003, la présence d'un plateau technique au SAU représentait la deuxième justification citée par les patients à leur venue [8]. A la question « Y a-t-il eu un examen complémentaire ? », nous n'avons eu que 101 réponses sur 236 ce qui limite l'exploitation des résultats. Cependant, la moitié des patients venant pour un examen complémentaire n'en avaient pas eu. Aucun des patients qui désiraient un avis spécialisé n'en avaient eu. Ceci montre une erreur d'appréciation des patients de leur état de santé. Il faut évoquer la possibilité que l'avis spécialisé pour les patients pouvait correspondre à l'avis de l'urgentiste et non pas celui d'un cardiologue, d'un urologue ou autres.

Contrairement aux idées reçues, seuls 1% de la population justifiait sa venue aux urgences pour un problème financier. Cette justification n'avait peut-être pas été citée volontairement par les patients puisqu'ils devaient le dire à l'infirmier, il existe un biais de classement en lien avec le mode d'évaluation. En effet, les patients bénéficiant de la CMU de base ou de la CMU complémentaire consultent plus que les autres pour un problème d'accessibilité aux soins.

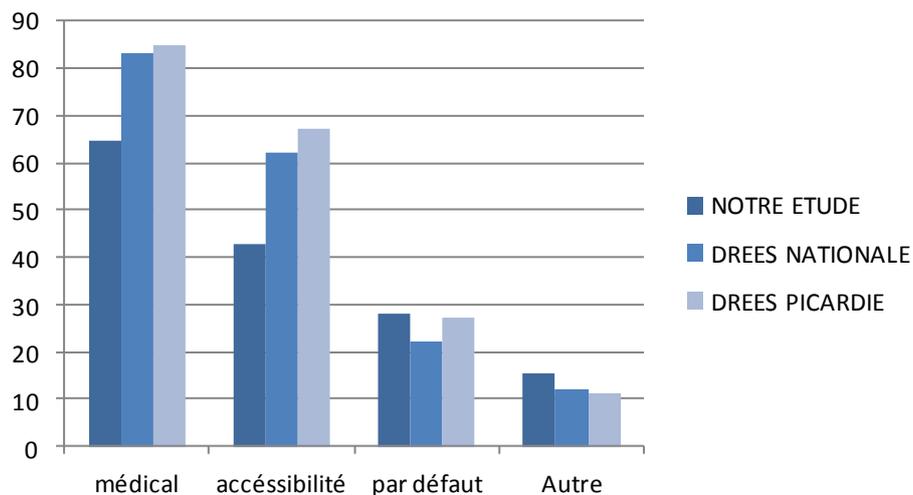
Ces résultats montrent que la venue des patients aux urgences pour un problème de médecine générale ne s'explique pas par un problème d'accessibilité aux soins.

La venue par défaut, c'est-à-dire en seconde intention, représente presque un tiers des justifications du recours aux urgences. Cette justification de recours ne semble pas être influencée par la situation assurantielle ou l'assurance complémentaire des patients.

Ces patients consultant par défaut viennent plus pendant la fermeture des cabinets que les autres. Ces résultats sont le reflet direct de l'insuffisance de soins en secteur libéral, les patients ayant bien conscience que leur pathologie ne justifiait pas leur venue aux urgences.

Les personnes ayant fait des études supérieures consultaient plus que les autres par défaut mais il n'existe pas de lien linéaire entre la situation assurantielle, l'assurance complémentaire, le niveau d'étude et le motif de recours aux urgences. Le niveau socio-économique ne peut donc pas nous orienter sur la justification du recours inadapté par défaut.

En comparaison avec l'étude de la DREES, on remarque que les patients consultent moins dans notre étude pour un motif médical et plus par défaut. Paradoxalement, ils viennent moins aux urgences pour un souci d'accessibilité aux soins.



Graphique n°18 : Motivations de consultations aux urgences en pourcentage.

Les consultations inappropriées s'expliquent donc principalement par un défaut de proposition de soins en dehors de l'hôpital.

### 3) Objectif secondaire :

#### a. Les données de notre étude

Presque un patient sur deux classé en circuit court relèverait de la médecine générale parmi les dossiers remplis (70 % des passages en circuits courts). A ces 236 passages inappropriés sur 15 jours, il faudrait ajouter les patients classés initialement en circuit long qui relèveraient de la médecine générale et les patients de pédiatrie et de gynécologie ayant également une consultation inappropriée. C'est donc un flux conséquent de personnes pour qui une gestion est nécessaire.

Les patients adhèreraient de façon globale à une consultation avec un médecin généraliste si elle leur avait été proposée à leur arrivée aux urgences : plus de 4 sur 5 auraient accepté, moins de 10 % expriment un scepticisme et seuls 8,5 % auraient refusé.

Le degré d'adéquation du recours au SAU montre la difficulté de réorientation des patients. En effet, à peine un tiers d'entre eux auraient pu différer leur prise en charge au lendemain. Pour les autres, une prise en charge dans la journée était nécessaire, et avec des examens complémentaires pour 20 % d'entre eux. On remarque que pour 3,2 % des patients relevant de la médecine générale, les médecins des urgences jugeaient qu'il était nécessaire de les prendre en charge en urgence à l'hôpital. Se pose alors la question d'un retard de consultation mais les patients déclarent que leur problème a débuté de jour même ; ou la question d'un biais de réponse.

#### b. Les solutions possibles :

##### a) L'éducation

Une éducation paraît intéressante à mettre en place pour ces patients. Tout le problème est de connaître la population à cibler. De notre étude, il ne ressort qu'une population consultant plus de manière inappropriée : celle qui n'a pas déclaré de médecin traitant. Un document pourrait leur être envoyé leur proposant de déclarer un médecin traitant, leur expliquant le parcours coordonné de soins, les incitant à faire des démarches médicales avant la venue aux urgences, leur expliquant qu'il existe des gardes de médecins généralistes jusque minuit, week-end inclus. De plus, les principaux refus de consultation avec un médecin généraliste sont motivés par la nécessité de sutures, hors c'est un geste qui est maîtrisé par ces derniers avec une cotation particulière. Une information auprès des patients sur les gestes réalisés par les médecins traitants pourrait éviter certaines consultations aux urgences. Une

éducation des médecins généralistes sur la cotation des actes de petite chirurgie paraît également pertinente puisque celle-ci est très peu utilisée. A noter que certains médecins peuvent refuser les sutures devant le temps nécessaire pour les prendre en charge avec une rémunération simple d'une consultation.

L'éducation peut aussi être réalisée à postériori. En effet, un document explicatif de l'offre de soins en libéral pourrait être envoyé au patient ayant un recours inadapté ou donné à la fin de sa prise en charge, l'incitant à réaliser des démarches avant une prochaine consultation aux urgences.

b) Les gardes des médecins généralistes :

Un planning de garde est mis en place au sein des médecins généralistes de l'agglomération Abbeilloise. Ces médecins semblent peu sollicités. Ils sont appelés par le médecin régulateur du SAMU. L'information auprès des patients de ce système permettrait un recours plus rationnel aux urgences et aux professionnels de santé. L'appel du 15 systématique avant le recours aux urgences permettrait d'orienter de façon plus adaptée les patients. La limite est bien sûr la saturation du centre de régulation.

Il pourrait également être proposé à ces médecins de réaliser leur garde au sein du centre hospitalier. Les patients qui appelleraient seraient alors orientés à l'hôpital plutôt qu'au cabinet par l'infirmier d'orientation et d'accueil qui saurait orienter les patients se présentant spontanément aux urgences vers ces derniers. Il faudrait alors convenir d'une rémunération de ces médecins par l'hôpital et cette option n'apporterait de solution que de 20H à 00H en semaine, le samedi après-midi et le dimanche. Se poserait également le problème des visites à domicile réalisées par les médecins généralistes de garde.

c) Le médecin d'accueil et d'orientation :

Le triage est la clef de la qualité de soins aux urgences. On ne voit pas les patients en fonction de leur heure d'arrivée mais en fonction de leur degré de gravité. Un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) est actuellement présent au centre hospitalier d'Abbeville. Celui-ci ne peut réorienter le patient vers la médecine de ville, n'ayant ni les compétences ni l'autorité pour le faire.

Le médecin d'accueil et d'orientation pourrait être désigné pour collaborer avec l'IAO au triage des patients. Celui-ci aurait alors l'autorité pour envoyer un patient chez un confrère en

ambulatoire. La principale limite est la disponibilité des médecins libéraux car les patients sont à prendre en charge pour la plupart le jour même. Une collaboration avec le médecin généraliste de garde pourrait être une solution, le médecin d'accueil et d'orientation donnerait les coordonnées de celui-ci au patient pour qu'il soit vu le soir sur la garde du médecin libéral.

#### d) Maison de santé pluridisciplinaire

Une maison de santé est une personne morale constituée entre les professionnels médicaux, paramédicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement [22]. Elles ont également pour fonction de réaliser des projets de santé.

Ces maisons de santé sont tenues d'avoir des plages de consultations libres tous les jours avec l'assurance de la permanence des soins de 8h à 20h. Elles peuvent apporter une solution de réorientation pour les patients. Il n'en existe pas sur le secteur d'Abbeville.

#### e) Maison médicale de garde

Les consultations inappropriées ont lieu pour la moitié pendant les horaires de fermeture des cabinets libéraux et les résultats de notre étude montrent que l'insuffisance de l'offre de soins en secteur libéral est mise en avant par les patients. Une maison médicale de garde avec des consultations de médecine générale permettrait de gérer ces patients en les orientant vers elle dès leur arrivée aux urgences. La place de cette maison médicale de garde au sein de l'hôpital permettrait de limiter les risques engendrés par la classification à priori de ces patients puisque l'accès aux examens paracliniques et aux avis spécialisés, si nécessaire, est garanti. Cette solution paraît d'autant plus intéressante que les patients semblent adhérer à une consultation avec un médecin généraliste.

Sur le plan organisationnel, elle pourrait être tenue par un médecin généraliste la journée et les gardes seraient réparties entre médecins généralistes qui le souhaitent et les urgentistes. Les patients seraient orientés par l'infirmier d'accueil et d'orientation.

Les principales limites sont l'aspect financier et une possible augmentation des consultations dépendant de la médecine générale.

## VIII CONCLUSION

Les patients consultant de manière inappropriée aux urgences ont des données socioépidémiologiques comparables à celles de la population globale des consultants de ce service. On remarque simplement un niveau d'étude légèrement inférieur.

Ils étaient cependant moins nombreux à avoir un médecin traitant par rapport à la population française. Ils avaient peu fait de démarches avant leur venue aux urgences : seuls 20 % d'entre eux en avaient effectué une. Trois fois sur quatre les démarches étaient médicales.

Le motif de consultation de ces patients est principalement médical, avec une part non négligeable d'anxiété. Les consultations par défaut en lien avec une insuffisance des soins en secteur libéral étaient également pointées du doigt, et ce, de manière plus franche que dans l'étude du 11 juin 2013 de la DREES. Ceci était confirmé par l'horaire des consultations : augmentation pendant la fermeture des cabinets libéraux. L'accessibilité aux soins était moins citée par rapport à l'enquête de la DREES. Les patients de notre étude s'étaient rendu aux urgences principalement parce qu'ils avaient une mauvaise évaluation de leur état de santé ou à cause de l'insuffisance de l'offre de soins en secteur libéral.

Il n'y a pas de population type qui pourrait être la cible d'une éducation. Les patients qui ont une consultation inappropriée pourraient cependant se voir remettre un document explicatif sur les alternatives qui s'offrent à eux. Le parcours coordonné de soins doit être promulgué au sein de la population pour une utilisation plus rationnelle des services d'accueil des urgences.

Pour un patient sur deux la prise en charge était nécessaire le jour même. La mise en place d'une consultation de médecine générale s'avère donc être la solution la plus adéquate. De plus, les patients adhéraient : plus de 80 % d'entre eux auraient accepté de voir un médecin généraliste.

Une étude prospective sur les patients gérés par un médecin généraliste rattaché aux urgences paraît particulièrement intéressante.

## **IX ANNEXES**

### **1) La Classification Clinique des Malades des Urgences**

La CCMU classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré.

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

**CCMU 1** : Etat 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** : Etat 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** : Etat 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.

## 2) Groupes d'étude multicentrique des services d'accueil

La classification GEMSA (groupes d'étude multicentrique des services d'accueil) est essentiellement utilisable comme un indicateur qualitatif d'activité du service.

Elle classe les patients en 6 groupes.

<b>GEMSA 1</b>	Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
<b>GEMSA 2</b>	Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale...)
<b>GEMSA 3</b>	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, etc.)
<b>GEMSA 4</b>	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences (SAU).
<b>GEMSA 5</b>	Patient attendu dans un service, ne passant au service d'accueil des urgences (SAU) que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un « bilan d'entrée », refus de certains services de réaliser des entrées directes, etc.).
<b>GEMSA 6</b>	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure)

### **3) La classification CIMU**

La classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) correspond à une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissante. Elle est utilisée par les infirmiers d'accueil et d'orientation lors de la première évaluation du malade.

CIMU 1 : détresse vitale majeure

CIMU 2 : atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère

CIMU 3 : atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe

CIMU 4 : atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable

CIMU 5 : pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente



## 2) AVANT VOTRE PASSAGE AUX URGENCES

a) Date de début de la situation ayant conduit aux urgences

1. Aujourd'hui
2. Hier
3. Plusieurs jours

b) Durant les 24 heures précédentes, avez-vous entrepris des démarches relatives à votre état de santé ?                      1.oui                      2.non

Si oui, qu'avez-vous fait ? (plusieurs réponses possibles)

- (1) J'ai appelé mon médecin traitant sans succès
- (2) J'ai appelé mon médecin traitant qui m'a conseillé de venir aux urgences
- (3) J'ai appelé mon médecin traitant qui m'a donné un rendez vous mais trop éloigné
- (4) J'ai vu ou appelé mon médecin traitant mais je ne suis pas satisfait
- (5) J'ai demandé conseil à un autre médecin
- (6) J'ai demandé conseil à un pharmacien
- (7) J'ai demandé conseil à un proche
- (8) J'ai appelé le samu (15)
- (9) J'ai appelé les pompiers (18)
- (10) J'ai essayé de me soigner tout seul

## 3) VOTRE PASSAGE AUX URGENCES

a) A quel moment êtes vous arrivé aux urgences ?

- i) Entre 8H et 18H du lundi au vendredi
- ii) Entre 18H et 8H du matin du lundi au vendredi
- iii) Samedi entre 8H et 13H
- iv) Samedi après 13H
- v) Dimanche

b) Pourquoi vous êtes-vous adressé aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

i) Motif médical :

1. Je suis victime d'un accident
2. Sur les conseils d'un médecin
3. Je pense que c'est grave
4. Je pense que je dois être hospitalisé
5. Je suis angoissé et je ne sais pas où aller

ii) Accessibilité aux soins :

1. Proximité des urgences
2. J'ai besoin que mon problème de santé soit réglé rapidement
3. C'est plus rapide d'attendre aux urgences que chez un médecin
4. On peut y réaliser des examens complémentaires
5. On peut consulter un médecin spécialiste
6. Je peux être pris en charge en dehors des heures de travail
7. Je n'ai pas besoin d'avancer de l'argent

iii) Par défaut :

1. Mon médecin traitant était absent
2. Je n'ai trouvé aucun médecin en cabinet
3. Je n'ai trouvé aucun médecin qui pouvait se déplacer
4. J'ai besoin d'un examen rapidement et je n'arrive pas à trouver de rendez vous
5. J'ai essayé de me soigner seul sans résultat
6. J'ai consulté mais cela ne va pas mieux malgré le traitement

iv) Autres circonstances :

1. Amené avec les pompiers ou le SMUR
2. Je ne pouvais pas rester seul au domicile (personne âgée, problème social, isolement)
3. Autre,  
précisez : .....
- .....
- .....
- .....

c) Que pensez-vous d'une consultation avec un médecin généraliste rattaché aux urgences si l'infirmière d'accueil vous l'avait proposé ?

- i) J'aurais accepté volontiers
- ii) J'aurais été sceptique
- iii) J'aurais refusé car

.....  
.....  
.....  
.....

*MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.*

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

- 1) Y a-t-il eu un acte complémentaire ?
  - a) Non
  - b) Oui
  
- 2) Y a-t-il eu un avis spécialisé ?
  - a) Oui
  - b) Non
  
- 3) Y a-t-il eu un acte de soin ?
  - a) Oui
  - b) Non
  
- 4) Selon vous, ce consultant relevait-il de la médecine générale ?
  - a) Oui
  - b) Non
  
- 5) Appréciation du degré d'adéquation du recours au service des urgences :
  - a) Le patient nécessitait une prise en charge en urgence à l'hôpital
  - b) Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir le voir le jour même
  - c) Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir le voir le jour même et de pouvoir faire pratiquer des examens complémentaires le jour même
  - d) Le patient aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet le lendemain
  - e) Aucune des réponses précédentes, précisez :

## 5) Serment d'Hippocrate

Version de l'ordre français des médecins adoptée en 1996.

« Au moment d'être admis 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, de 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 la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. 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 dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

## **X GLOSSAIRE**

**Accès aux soins :** facilité avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services (OMS).

**DREES :** direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Elle fait partie des ministères sanitaires et sociaux. Elle a pour objectif de fournir des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

**Bassin de vie :** le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

**Parcours coordonné de soins :** il consiste à confier au médecin traitant la coordination des consultations et soins pour le suivi médical de l'assuré. Le respect du parcours des soins conditionne la prise en charge des dépenses de santé. A défaut, l'assuré supporte des pénalités financières. Il concerne tous les assurés de 16 ans et plus.

## **XI BIBLIOGRAPHIE**

1. VUAGNAT A. Les urgences qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. DREES. 2013 ; p.11-28
2. Rapport sécurité sociale 2012, Cours des comptes ; 12 : 351-377
3. CARRASCO V. BAUDEAU D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etude et résultats. DREES 2003 ; N°212.
4. SCHMIDT J., EL KHOURY C., GUEUGNIAUD P.Y. Enquête nationale du 11 juin 2013 sur les structures d'urgences : où en sommes-nous ?, Ann. Fr. Med. Urgences. 2014 ; 4 : 347-348
5. Projet : Schéma régional d'organisation de soins. Projet régional de santé 2012-2017. Agence régionale de santé de Picardie.
6. CLARET P.-G. BOBBIA X. RICHART P. et Al. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann. Fr. Med. Urgences. 2014 ; 4 : 96-105
7. BOISGUERIN B. VALDELIEVRE H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES études et résultats. juillet 2014 ; n° 889
8. RIVIERE A. Enquête sur les patients non adressés par un médecin généraliste aux services d'admission des urgences du centre hospitalier d'Abbeville. 2003. p 3- 23
9. BRAUN F. Organisation de la médecine d'urgence en France. La revue du praticien 2015 ; Tome 65 ; 1 : 34-40.
10. DURAND AC, GENTIL S, DEVICTOR B, et al ED patients : how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. 2011 ; 29:333-45
11. BRAUN F. Le service d'urgence est saturé ! Ann. Fr. Med. Urgences. 2014 ; 4 : 73-74
12. COLLET M., GOUYON M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, DREES études et résultats 2007 ; n°607 : 1-8

13. Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? DREES études et résultats. Février 2014 ; n°866
14. [www .ch-abbville.fr](http://www.ch-abbville.fr), dernier accès le 10 février 2015
15. SINOQUET M.-C. La vie quotidienne picarde s'organise en 87 bassins de vie. Nouveau zonage en bassins de vie 2012. Insee Picardie. [www.insee.fr](http://www.insee.fr) ; Dernier accès le 10 décembre 2014
16. RAULT J.-F. LE BRETON LEROUVILLOINS G. La démographie médicale en Picardie, situation en 2013. Ordre national des médecins, conseil de l'ordre. 2013
17. GUERTARNI K. Agence régionale de santé de Picardie. Chiffres reçus le 29 septembre 2014.
18. MERCIER R. NICOT D. Motifs de consultation chez leur médecin traitant des patients sortant d'un service d'urgences et évaluation de la transmission de l'information médicale. Thèse pour le doctorat de médecine générale 2012
19. KRUCIEN N. LE VAILLANT M. PELLETIER-FLEURY N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé ; mars 2011 ; N°163
20. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>, dernier accès le 21 avril 2015
21. Evaluation de la loi CMU. Fonds CMU. novembre 2011, rapport n°V [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT\\_EVALUATION%20\\_2011.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION%20_2011.pdf), dernier accès le 21 avril 2015
22. Code de santé publique, article L. 6323-3



## RESUME

### ETAT DES LIEUX DES CONSULTANTS AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER D'ABBEVILLE RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE

Le nombre de consultation aux urgences ne cesse d'augmenter. Cette augmentation porte principalement sur des patients non hospitalisés. L'objectif de cette étude était de comprendre ce qui amène les patients à consulter aux urgences de l'hôpital d'Abbeville pour une pathologie relevant de la médecine générale.

Les patients classés en circuit court ont été interrogés pendant quinze jours consécutifs. Le questionnaire portait sur leurs données socioépidémiologiques, leur parcours de soin et leur motif de consultation. Une seconde partie du questionnaire était rempli par le médecin en charge du patient : examens complémentaires, adéquation du recours aux urgences.

236 dossiers ont été inclus. Les données socioépidémiologiques de notre étude étaient comparables à la population de l'étude du 11 juin 2013 de la DREES. Les consultants avaient déclaré moins de médecin traitant et avaient moins fait de démarche préalable à leur arrivée aux urgences par rapport à la population globale y consultant. Le principal motif de consultation restait médical mais les patients mettaient en lumière l'insuffisance de soin en secteur libéral. Le problème d'accessibilité des soins était peu mis en avant.

Cette étude montre qu'il n'existe pas de population typique consultant de manière inappropriée. L'insuffisance de l'offre de soin ambulatoire explique en grande partie ces consultations. Il faut apprendre à gérer au mieux ces patients à leur arrivée. Une maison médicale de garde semble être une solution intéressante.

**MOTS CLEFS** : médecine générale, urgences, consultations inappropriées.