

Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint-Palais (64)

Fanny Bidot

▶ **To cite this version:**

Fanny Bidot. Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint-Palais (64). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01636642

HAL Id: dumas-01636642

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01636642

Submitted on 16 Nov 2017

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.

université de BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n° 178

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 07 novembre 2017
Par Fanny BIDOT, née le 25/10/1985 à Aire sur l'Adour

Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint Palais (64).

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Paul-Antoine ROZIER

Rapporteur de thèse :
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT	Juge
Monsieur le Docteur Arnaud XIMENES	Juge
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Rapporteur

université de BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n° 178

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 07 novembre 2017
Par Fanny BIDOT, née le 25/10/1985 à Aire sur l'Adour

Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint Palais (64).

Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Paul-Antoine ROZIER

Rapporteur de thèse :
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT	Juge
Monsieur le Docteur Arnaud XIMENES	Juge
Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Rapporteur

REMERCIEMENTS

À notre président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des universités de Médecine Générale, Directeur et Coordonnateur du DES de Médecine générale, Médecin Généraliste.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, et je vous en remercie.

Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

À notre rapporteur,

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Professeur des universités de médecine Générale, Médecin Généraliste.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail, et en participant à mon jury, je vous en remercie.

À nos juges,

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Arnaud XIMENES

Urgentiste, Chef de service des urgences de l'hôpital de Saint Palais.

Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail dans votre service.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Paul-Antoine ROZIER

Urgentiste, Praticien Hospitalier dans le service des Urgences de l'Hôpital Saint Esprit d'Agen.

Merci d'avoir repris le flambeau et de m'avoir aidé à réaliser ce projet. Merci pour tes conseils et surtout, merci pour ton amitié et tes petits messages d'encouragement.

A nos maîtres,

Madame le Docteur Sylvie Maurice

Praticien hospitalier, Pôle Santé Publique du CHU de Bordeaux, Maître de Conférence Universitaire à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement.

Merci de votre aide et de vos précieux conseils.

Monsieur le Docteur Grégoire Versmée

Urgentiste, Post-Doctoral Research Fellow at Harvard University

Merci d'avoir été à l'origine de ce projet et d'avoir continué à le suivre de loin. Sans toi, ce travail n'aurait jamais vu le jour et pour ça, je t'en serais toujours reconnaissante.

A l'hôpital de Saint Palais et sa direction, Merci de m'avoir accueillie pour la réalisation de ce travail.

A ma famille,

A mes parents, Merci de m'avoir montré la voie, si j'en suis là aujourd'hui, c'est en partie grâce à votre exemple de dévouement et de générosité. Merci de m'avoir toujours soutenue, même quand ça n'était pas gagné et d'avoir toujours cru en moi.

A Aurélie, ma sœur, mon amie, mon modèle. Ta bonne humeur et ta générosité ont toujours été des exemples pour moi. J'espère avoir piqué un peu de toi pour me construire. En tout cas merci d'avoir fait toutes les bêtises avant moi pour que les miennes passent mieux et merci d'être toujours là pour moi dans les bons moments comme dans les moins bons.

A Richard, mon frère plus que mon beauf, merci d'être entré dans notre famille. Merci pour tes conseils et pour ton « support technique » !

A Noé et Tom, mes petits neveux d'amour.

A mes oncles et tantes, Françoise, Alain, Nicole, Paul, Michel, Brigitte, Cathy, Jean, Isa, Manou, Françoise, Jean Pierre, Eliane, ma marraine Fabienne mais aussi Alain et Christine, tonton et tatie de cœur.
A mes cousins et cousines, Sophie, Riri, Marc, Laurent, Stéphanie, Julien, Hélène, Lauriane, Hefeng, Rémy, Olivier, Bertrand, Julie, François, Marie, Donat', Denis, Céline, Julie, « Chouchounet » Arthur, Valoche, Emma Lou, Zoé, Arnaud et Juliette, Karine, David, Julien, Justine et Gaëtan.
A mes petits cousins, mon filleul Jules, Léa, Loucas, Liam, Louise, Clément, Léo, Paul, Lucas et Justine.
La vie est bien plus belle avec vous tous à mes côtés. Ma famille est et sera toujours ce qu'il y a de plus important dans ma vie. Vivement le prochain évènement familial que l'on puisse tous se revoir et faire la fête ensemble.

A mes grands-mères, Mamie Chat et Mamie Cuicui, **A mon parrain Guy, A ma tante Danielle,** Vous êtes malheureusement tous partis trop tôt pour être là aujourd'hui mais vous êtes dans mon cœur pour partager mon bonheur.

A mes amis,

Marlène, Je ne te dirais jamais assez merci pour toute l'aide que tu m'as apportée, alors merci encore ma co-directrice de thèse ! Jamais je n'aurais pensé rapporter quelque chose d'aussi positif des urgences de Pellegrin mais te rencontrer est réellement une très bonne chose dans ma vie. Je suis si heureuse d'avoir pu un peu contribuer à ce que tu trouves le bonheur, maintenant, j'attends ton retour pour qu'après avoir été co-internes puis colocs, on devienne peut-être un jour associées ! cœur, cœur love !

Julie, ma coupine depuis le presque tout début. Pour moi, tu es plus qu'une amie et te rencontrer sur les bancs de la fac a fait, de ces années d'études, mes plus beaux souvenirs. J'espère qu'on va encore faire un long chemin et pleins de voyages ensemble !

Nico, on a vécu tellement de choses ensemble, depuis les derniers rangs de l'amphi en P1 jusqu'à ce jour et j'espère que l'on va en vivre encore des milliers. Merci de ton amitié et de ton amour.

Simon, Merci, merci, merci ! Pour tes conseils statistiques et ce, jusqu'au dernier moment quand je paniquais ! J'ai pas toujours tout compris mais ça m'a quand même bien aidé !

Sandra, mon épicière préférée, merci de m'avoir appris les bases d'Excel. Merci surtout d'être restée avec moi dans notre coin de paradis, les autres ont tous eu tort !

A tous les autres copains,

Wanwan, merci de rendre heureuse ma copine et d'être toujours un ami attentionné, **Sarah,** pour avoir débuté avec moi ma carrière de « chercheuse » avec nos études en double aveugle et pour tout le reste, **Quentin,** de toujours être là pour me sauver des mi-ours mi requin !, **Charlotte,** en espérant que l'on puisse se voir plus souvent à l'avenir, reviens nous vite !, **Sarah et Clément,** vous êtes une découverte tardive pour moi mais un bien belle découverte tellement vous êtes de belles personnes tous les 2, **Noucouille,** pour tes connaissances que tu étales plus que de la confiture (cœur), **Marc, Gouach, Marta, Jeanne, K et Chlamy**, les « anciens » sur qui on peut toujours compter, **Sam,** merci de ne pas avoir casser mon mur (avec Nico et Bidou), **Polo chou et Bidou the American,** pleins de love pour vous mes directeurs mais surtout des copains avant tout, **Jo,** notre ami tour à tour terroriste arabo-juif fabriquant la bombe nucléaire à l'autre bout de la France puis fabricant de meubles en Suède, celui qui n'est jamais là mais toujours là quand même, **Cécile et Alice**, « femmes de » , je suis très heureuse que vous vous soyez si bien intégrées dans notre groupe de fous !, **JM,** notre minorité bien visible, et aussi **Doubi, Coco, Toine A, Marine, Zozo, Tio, Gauthier, Loulou…**

Merci les copains d'avoir fait que ces études soient remplies de bons souvenirs, les journées à l'asso, les parties de belote, tarot et autres poulpes, les blind-tests (où je perds tout le temps), les karaokés (où je gagne tout le temps), les soirées, les galas, les afters, les WEI, les crits et maintenant les WEC. Même sans chapeau parmi vous tous qui êtes coiffés, je me suis toujours sentie à ma place au milieu de vous. J'espère que même avec l'arrivée de Gaspard, « Camoche », « Jean Vanessa » et autres « Damien Chtulu », on pourra continuer à se faire des week-ends copains de temps en temps ! Je vous aime !

Au Dr Joëlle Rousseau, merci de m'avoir fait confiance pour mes débuts et merci **à toute l'équipe des confolentais,** d'être toujours des amis précieux pour ma famille et pour moi.

A toutes les équipes et les soignants avec qui j'ai eu l'honneur d'apprendre,

Le Dr Salti et toute l'équipe du service de pneumologie de Mont de marsan, ce premier semestre avec vous a été « compliqué » mais tellement enrichissant au niveau professionnel mais surtout personnel, **le service de cardiologie et des urgences d'Agen**, **le service des urgences de Pellegrin** même si ça a été un semestre épuisant, j'en garde quelques bons souvenirs, **le service de pédiatrie de Bayonne et le service d'oncologie de Bayonne** et merci au **Dr Bérard** et au **Dr Pavlovski** qui m'ont accueilli et qui, par leur pratique et leur amour de leur métier, ont permis de confirmer mon envie de continuer sur cette voie.

Table des matières

REMERCIEMENTS **1**

ABREVIATIONS **5**

1. INTRODUCTION **6**

2. CONTEXTE **8**

2.1. LE TERRITOIRE DE SAINT PALAIS 8
2.2. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DU TERRITOIRE DE SAINT PALAIS 8
2.3. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 11
2.4. L'HOPITAL DE SAINT PALAIS ET LE SERVICE DES URGENCES 12

3. POPULATION ET METHODE **14**

3.1. TYPE D'ETUDE 14
3.2. POPULATION ETUDIEE 14
3.2.1. Critères d'inclusions 14
3.2.2. Critère de non-inclusion 14
3.2.3. Critères d'exclusion 14
3.3. RECUEIL DES DONNEES 14
3.4. PROCEDURES LEGALES 15
3.5. DEROULEMENT DE L'ETUDE 16
3.6. ANALYSE STATISTIQUE 16

4. RESULTATS **17**

4.1. LA POPULATION TOTALE DES URGENCES DE SAINT PALAIS SUR LES PERIODES ETUDIEES (N=220) 18
4.2. LA POPULATION INTERROGEE ET ETUDIEE (N=102) 19
4.2.1. Les caractéristiques personnelles des patients 19
4.2.2. Le contexte du passage aux urgences 21
4.2.3. La prise en charge aux urgences 22
4.2.4. La consultation chez le médecin après les urgences 24
4.2.5. Les déterminants de la consultation chez le médecin traitant après le passage aux urgences . 28
4.3. RESUME DES RESULTATS PRINCIPAUX 32

5. DISCUSSION **33**

5.1. LIMITES DE L'ETUDE 33
5.2. DISCUSSION DES RESULTATS PRINCIPAUX 36
5.3. DISCUSSION DES AUTRES RESULTATS 41

6. CONCLUSION **43**

BIBLIOGRAPHIE **44**

ANNEXES **47**

ANNEXE 1 : LA CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES AUX URGENCES (CCMU) 47
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE PATIENT 48

SERMENT D'HIPPOCRATE **50**

ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASSUM : Association des Services de Soins et d'Urgence Médicale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BU : Bandelette Urinaire

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP : Comité de Protection des Personnes

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORULIM : Observatoire Régional des Urgences du Limousin

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

1. Introduction :

En 2004, la loi relative à l'assurance maladie établit pour la première fois le statut du médecin traitant et met en place le parcours de soins coordonnés (1). Ce texte fait suite à la réforme des études médicales de 2002 qui a fait de la médecine générale une spécialité médicale. Le but de ces textes est de promouvoir l'activité et l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge du patient. Depuis, toute personne âgée de plus de 16 ans a l'obligation de déclarer un médecin traitant auprès de son organisme d'assurance maladie. Chaque patient se doit de respecter le parcours de soins afin de bénéficier du meilleur taux de remboursement des frais médicaux. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a étendu cette déclaration de médecin traitant aux mineurs de moins de 16 ans. L'un des deux parents doit faire cette déclaration auprès de son organisme gestionnaire (2).

Le médecin traitant se retrouve au centre du parcours de soins. Ses principales missions sont les suivantes (3) :

- Assurer un 1er niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical en orientant son patient vers les différents spécialistes nécessaires à son suivi.
- Gérer le dossier médical : le médecin traitant est chargé de le maintenir à jour.
- Etablir un protocole de soins dans le cadre d'une affection longue durée.
- Assurer une prévention personnalisée (vaccinations, conseils à l'arrêt du tabac, nutrition…)

Ces textes de loi établissent donc un rôle central du médecin traitant dans la prise en charge de chaque patient.

Or, il existe un contexte dans lequel le médecin traitant perd souvent son rôle de pivot. C'est celui de l'urgence, qui est d'ailleurs une des exceptions acceptées pour consulter un autre médecin sans passer par son médecin traitant.

On constate par ailleurs une augmentation du nombre de passages dans les services d'accueil des urgences hospitalières depuis plusieurs années. Les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) montrent en effet que ce nombre, en France, serait passé de 13,6 millions en 2001 à 18,7 millions en 2011. Pour l'année 2015, ce chiffre reste à peu près stable à 18 millions de passages aux urgences en un an sur le territoire français (4).

L'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP), quant à lui, montre encore une progression de ces chiffres, avec 818 020 passages en 2016, soit une augmentation de 3,1% par rapport à 2015 et une évolution de +2,9% sur les cinq dernières années (5). Selon cette même étude de l'ORUMIP, 76,9% des patients consultant aux urgences retournaient à leur domicile après leur passage aux urgences.

En 2013, une étude nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a été menée sur une journée dans l'ensemble des services d'urgence de France (6). Cette enquête auprès des 736 points d'accueil a permis la collecte de données concernant les services

d'urgence et leur mode de fonctionnement mais également des informations sur les 52 018 patients qui sont passés aux urgences ce jour du 11 juin 2013.
On a ainsi pu constater que 62% des patients se rendaient aux urgences de leur propre initiative et que 76% des patients des urgences regagnaient leur domicile après leur passage aux urgences.
Cependant, cette étude, aussi exhaustive soit-elle, ne s'est pas intéressée à « l'après urgence ».

En tant que jeune médecin généraliste remplaçante, je me suis rendue compte que nous n'étions pas toujours informés du passage de nos patients aux urgences, ou alors des mois plus tard.

L'article R710-2-1 du code de la santé publique précise que « à la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même […] aura désigné, dans un délai de huit jours maximum » (7). Le courrier médical des urgences est le plus souvent remis en main propre au patient à sa sortie et il est chargé de le transmettre à son médecin. Or, seuls certains patients viennent en consultation chez le médecin généraliste après les urgences. L'information n'est donc pas toujours transmise dans des délais raisonnables et le médecin traitant peut paraître « exclu » du parcours de soins dans ce contexte avec, parfois, des conséquences sur la suite de la prise en charge du patient.

Je me suis donc demandée : quels sont les déterminants de la consultation des patients auprès de leur médecin traitant après un passage aux urgences ?

L'objectif principal de cette étude était donc :

- Identifier les principaux déterminants de la consultation des patients auprès de leur médecin traitant précocement après leur passage aux urgences.

Les objectifs secondaires étaient :

- Analyser le parcours de soins des patients avant leur passage aux urgences
- Etudier les modifications de prise en charge effectuées par le médecin traitant après le passage aux urgences.

2. Contexte :

2.1. Le territoire de Saint Palais :

Saint Palais est une commune de 1995 habitants située dans la province de la Basse Navarre dans les Pyrénées Atlantiques (8).

Le territoire de la Basse Navarre rayonne sur un bassin de vie de plus de 50 000 habitants, plus de 80 communes et a une superficie d'environ 1300 km^2.

Il s'agit d'une région rurale, la plus grande commune étant Saint Palais.

Ce territoire comprend les communautés de communes de Garazi, Iholdy, Amikuze, Bidache et Sauveterre.

2.2. La démographie médicale du territoire de Saint Palais :

En Nouvelle Aquitaine, on trouvait au 1er janvier 2016, 8448 médecins généralistes. L'âge moyen était de 51,7 ans. La part des femmes médecins généralistes (44,2%) a augmenté de plus de 20% entre 2007 et 2016 (9). Le sex ratio H/F est de 1,3.

Deux tiers des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre pratiquaient une activité libérale ou mixte (variation de – 12,3% entre 2007 et 2016) et un tiers était salarié (hausse de + 17,4% entre 2007 et 2016).

Dans les Pyrénées Atlantiques au 1er janvier 2016, on trouvait 1051 médecins généralistes. 56,7% étaient des hommes et 43,3% des femmes.

La densité médicale des médecins généralistes pour l'ensemble du département était de 153,3 médecins pour 100 000 habitants. En comparaison, elle était de 142,2 médecins pour 100 000 habitants en Nouvelle Aquitaine et de 132,1 médecins pour 100 000 habitants en France (10).

Entre 2007 et 2016, l'effectif total des médecins généralistes dans les Pyrénées Atlantiques a varié de +2,4%.

La densité de la population générale est extrêmement variable d'une province à l'autre. Sur l'ensemble du département, elle est de 88 habitants par kilomètre carré. En comparaison, la densité moyenne en France est de 113 habitants par kilomètre carré, elle est de 39 habitants au kilomètre carré dans le département voisin des Landes et de 139 habitants au kilomètre carré en Gironde (11).

Or, cette population est très urbaine car on constate que 87% des habitants se situent en zone urbaine et plus particulièrement autour des agglomérations de Pau et Bayonne, qui regroupent à elles seules les trois quarts de la population du département (11).

La figure 1 montre la densité médicale dans les Pyrénées Atlantiques. On constate qu'il y a moins de médecins dans les territoires plus ruraux comme celui de la Basse Navarre.

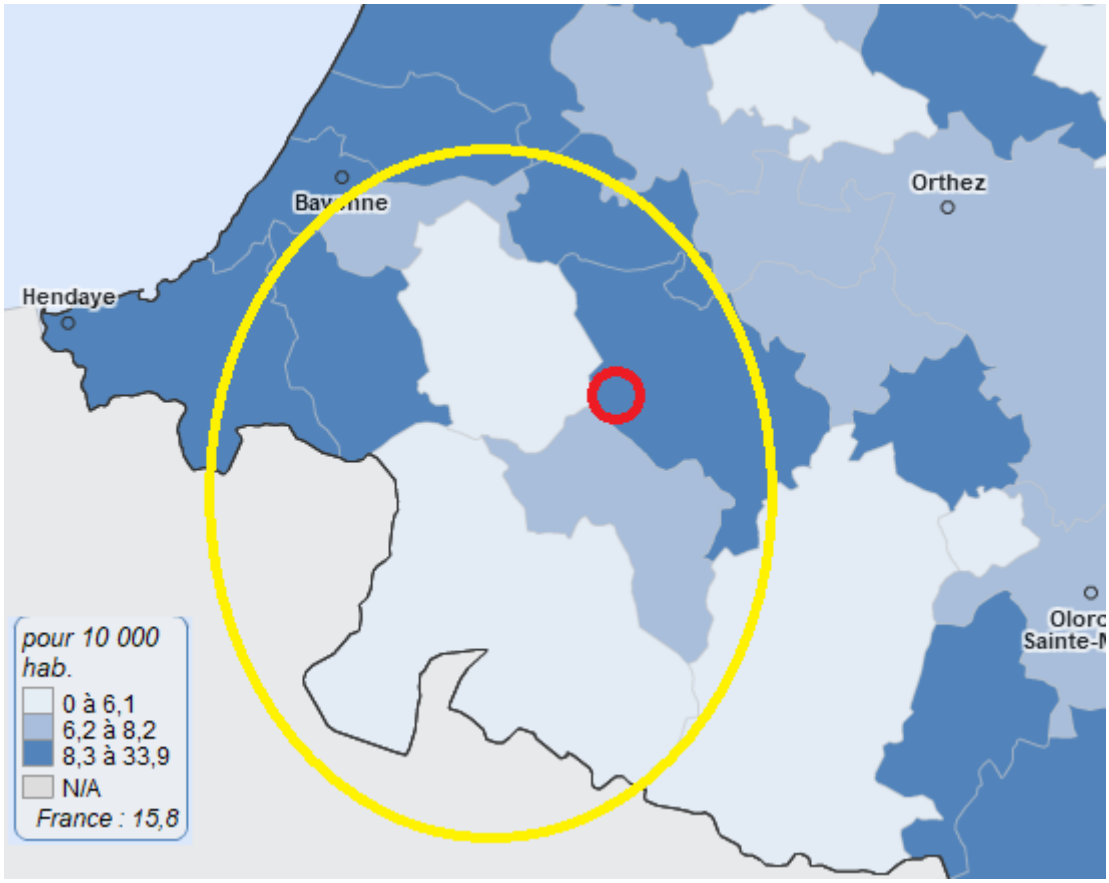


Figure 1 : La densité médicale dans les Pyrénées Atlantiques. (Cercle rouge : Saint Palais. Cercle jaune : Basse Navarre). Source : Cartographie interactive de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (2016).

La qualité des bassins de vie est définie selon l'INSEE en fonction de l'accès de la population à certains services et équipements de la vie courante (12). Ces services sont classés en six grands domaines : les services aux particuliers, le commerce, l'enseignement, la santé, les sports, loisirs et culture et enfin, les transports. La figure 2 montre la typologie des bassins de vie dans les Pyrénées Atlantiques et le nombre de médecin sur les différents territoires. On constate une corrélation entre qualité de vie et nombre de médecins présents sur le territoire. Là où les médecins sont moins nombreux, la qualité de vie est moindre et inversement.

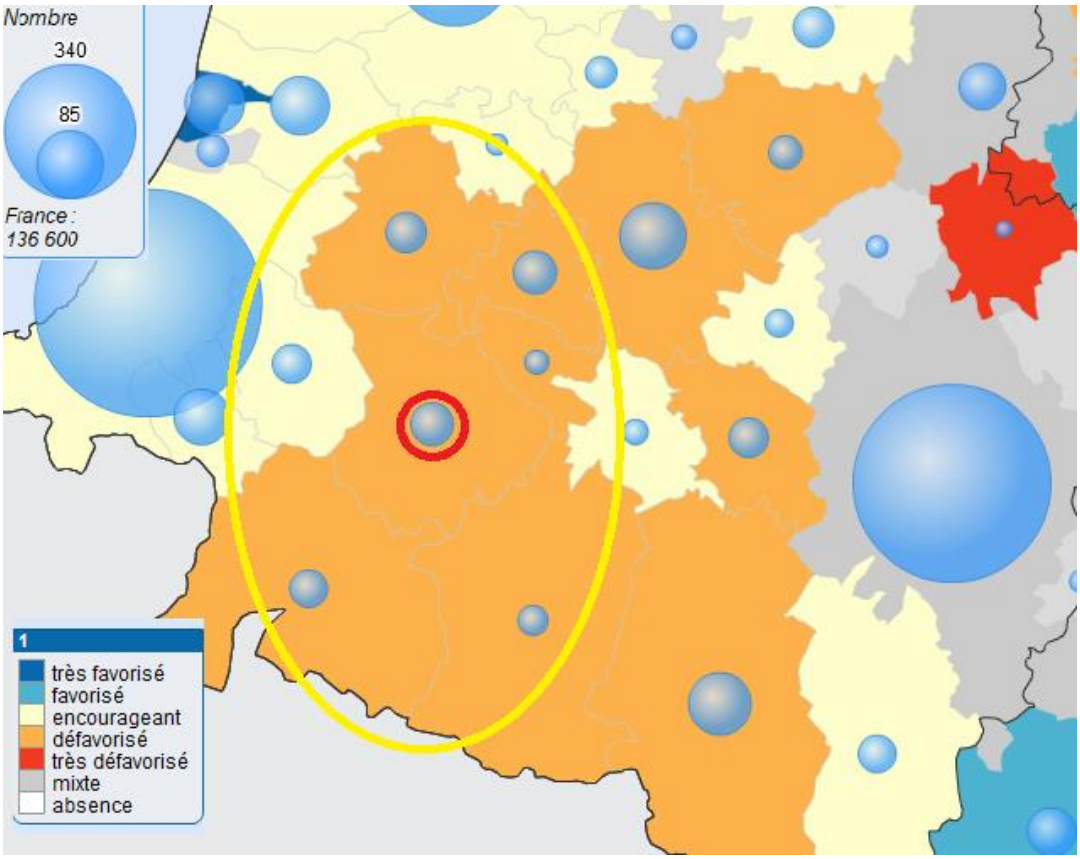


Figure 2 : Typologie des bassins de vie et nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins (tous types d'activités confondues) (Cercle rouge : Saint Palais. Cercle jaune : Basse Navarre). Source : Cartographie interactive de la démographie médicale du CNOM (2016).

Sur les 5 cantons principaux de Basse Navarre, le recensement retrouve 68 médecins généralistes inscrits au conseil de l'Ordre, toutes activités confondues. Il y a donc parmi eux les médecins salariés des établissements de soins, des EHPAD, les médecins retraités mais toujours inscrits, les médecins remplaçants et les médecins généralistes libéraux en activité.

Si l'on ne considère que les médecins libéraux inscrits, on ne trouve plus que 36 médecins libéraux dont 32 médecins généralistes.

La moyenne d'âge des médecins inscrits au tableau de l'Ordre (toutes spécialités et activités confondues) pour la province de la Basse Navarre est de 60,8 ans.

On retrouve là encore des disparités selon les territoires comme le montre la figure 3.

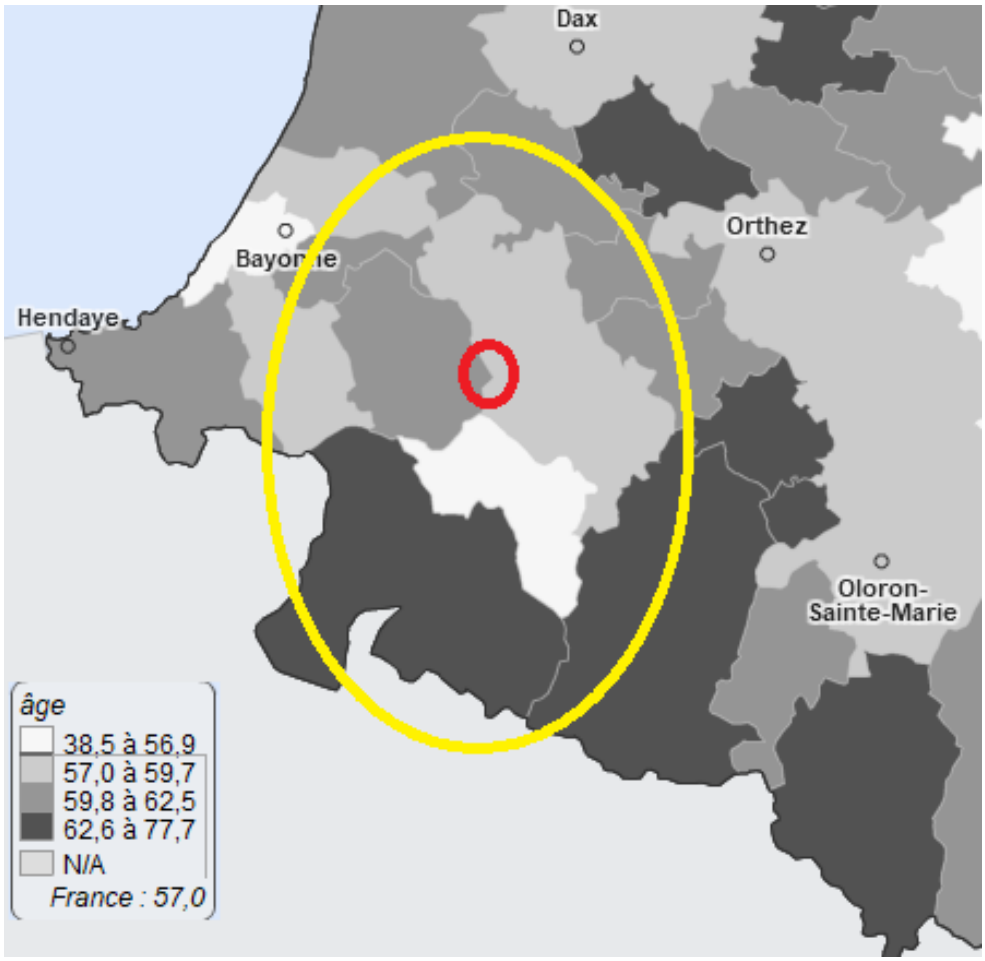


Figure 3 : Moyenne d'âge de la totalité des médecins inscrits au conseil de l'Ordre (2017). (Cercle rouge : Saint Palais. Cercle jaune : Basse Navarre). Source : Cartographie interactive de la démographie médicale du CNOM (2016).

2.3. La permanence des soins ambulatoires :

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été réformée par la loi HPST du 21 juillet 2009 (13). Cette réforme a mis en place les Agences Régionales de Santé (ARS) et leur a confié en grande partie l'organisation de la PDSA.

Cependant, la permanence des soins, même si elle est décrite comme un devoir dans l'article 77 du Code de Déontologie de l'Ordre des Médecins, n'en n'est pas moins basée sur le principe du volontariat (14). Aucune loi ne contraint un médecin généraliste à participer à la permanence des soins, sauf en cas de réquisition par le Préfet. Dans le cas d'une réquisition administrative par le Préfet, le médecin se doit d'assurer la permanence des soins et d'être joignable sous peine d'être passible d'une amende et de poursuites pénales (15).

Dans le territoire de notre étude qui correspond à la Basse Navarre élargie, on dénombre huit secteurs de gardes assurées par les médecins généralistes libéraux.

Sept sont régulés par l'association des services de soins et d'urgence médicale (ASSUM) 64 A de Bayonne et un (celui de Sauveterre de Béarn) est régulé par l'ASSUM 64 B de Pau.

Tableau 1 : Les secteurs de garde d'une Basse Navarre élargie et les effectifs des médecins de la permanence des soins (source : Agence Régionale de Santé).

Secteur de garde	Nuit profonde (20H-8H)	Nombre de médecins participants à la PDSA
ASSUM 64 B		
Sauveterre de Béarn	Non	4
ASSUM 64 A		
Saint Palais	Oui	9
Saint Jean Pied de Port	Oui	6
Saint Etienne de Baïgorry	Oui	7
Bidache	Non	6
Cambo les Bains	Non	11
Hasparren	Non	7
Labastide Clairence	Non	8
Total		**58**

Pour le secteur de Bidache, les gardes de semaine sont actuellement basées sur le volontariat des médecins et ne sont donc, en pratique, que rarement assurées de manière systématique.

Ces données sont amenées à être modifiées dans les mois à venir car une révision du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires doit avoir lieu en 2018 pour s'adapter au nouveau territoire de la Nouvelle Aquitaine.

2.4. L'hôpital de Saint Palais et le service des urgences :

L'hôpital a été créé en mai 2013 pour faire suite à la polyclinique Sokorri. Le centre hospitalier de Saint Palais est un établissement public de santé qui fonctionne en lien étroit avec le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) de Bayonne. Il permet une offre de soins dans une région où les établissements de santé ont fermé petit à petit, réduisant l'offre dans ce territoire rural. En plus des patients issus de la Basse Navarre, certains patients des communautés de communes d'Hasparren, du Pays d'Orthe et de la communauté des communes de Soule-Xiberroa se déplacent également à l'hôpital de Saint Palais.

L'hôpital emploie 250 personnes dont 40 médecins à temps plein. Ils sont 26 salariés et 17 médecins libéraux travaillant sur place. Sept spécialités différentes sont présentes. De plus, 34 médecins sont mis à disposition par l'hôpital de Bayonne pour des consultations régulières sur place et 4 internes sont formés chaque semestre dans les différents services.

Certains spécialistes consultent à temps plein à l'hôpital de Saint Palais et sont donc rapidement accessibles pour des avis aux urgences. Parmi eux, les chirurgiens orthopédiques, les ophtalmologues, ORL, gynécologues, pédiatres, cardiologues, neurologues.

D'autres spécialistes ne viennent que pour des vacations : chirurgiens viscéraux et urologues, pneumologues, rhumatologues, endocrinologues, oncologues… Ils ne sont pas présents sur place tous les jours.

L'hôpital de Saint Palais comporte 66 lits d'hospitalisation qui ont permis, au cours de l'année 2016, 2713 hospitalisations complètes et 3625 hospitalisations partielles (hospitalisation de moins de un jour) dans les différents services que comporte la structure (maternité, chirurgie, médecine, soins continus). Il y a eu 3899 opérations chirurgicales dans les locaux de l'hôpital de Saint Palais sur l'année 2016.

Le service des urgences emploie sept médecins urgentistes pour six équivalent temps plein, un interne, six infirmières et trois aides-soignantes. Les médecins seniors fonctionnent par garde de 24 heures, un seul médecin est présent sur 24 heures soutenu en journée par l'interne du service. Le personnel infirmier fonctionne quant à lui par garde de 12 heures.

L'activité du service est en moyenne d'une vingtaine de patients sur 24 heures, le service totalisant 9023 passages aux urgences sur l'année 2016.

Le service se découpe en différents secteurs. On retrouve un bureau d'accueil infirmier et un bureau médical ainsi que les locaux consacrés aux soins : deux salles d'examen, une salle d'accueil des urgences vitales et une salle de suture.

Il ne possède pas d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) à proprement parler mais certains patients peuvent tout de même être codé UHCD en particulier en fonction du temps nécessaire à leur surveillance ou à la réalisation de certains examens.

Il existe, sur place, un plateau technique avec un laboratoire d'analyse médicale et un service d'imagerie (radiologie conventionnelle et scanner) qui fonctionnent 24 heures sur 24. Le radiologue d'astreinte la nuit étant le même que celui du Centre Hospitalier de la Côte Basque, il interprète les examens à distance. En période de garde, les patients nécessitant un avis spécialisé doivent être transférés sur Bayonne.

3. Population et méthode :

3.1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle et prospective.

3.2. Population étudiée :

La population étudiée était composée de l'ensemble des patients consultant aux urgences de l'hôpital de Saint Palais du 1er au 8 mai 2017 et du 15 au 20 mai 2017.

3.2.1. Critères d'inclusions :

Ont été inclus tous les patients consultant aux urgences de l'hôpital de Saint Palais et déclarés sortants après leur consultation.
Les patients ayant été codés en UHCD mais sortis directement des urgences sans hospitalisation dans un autre service étaient également inclus.

3.2.2. Critère de non-inclusion :

N'ont pas été inclus dans l'étude, les patients hospitalisés au décours de leur passage aux urgences ou transférés vers un autre établissement de soins.

3.2.3. Critères d'exclusion :

Les patients qui n'ont pu être joints par téléphone ont été exclus de notre étude. Cela comprend les patients dont les coordonnées téléphoniques n'ont pu être trouvées dans le dossier médical des urgences, ceux dont les mêmes coordonnées étaient erronées mais également les patients qui n'ont pu être joints car ils n'ont pas répondu malgré plusieurs appels à différents moments de la journée (fin de matinée, entre 12 heures et 14 heures ou après 18 heures) sur trois jours consécutifs.
Les patients qui ont pu être contactés mais qui ont refusé de répondre au questionnaire ont également été exclus de l'étude.

3.3. Recueil des données :

Le recueil des données s'est fait en plusieurs étapes et a eu plusieurs sources.

La première source de données était le dossier médical des urgences via le logiciel informatique Trackare® (InterSystem®, Cambridge, MA).

Les informations suivantes étaient collectées : nom, prénom, âge, sexe, coordonnées téléphoniques, date et heure de la consultation aux urgences, motif de consultation, examens réalisés, classification CCMU, diagnostic de sortie.

Les patients des urgences sont classés par le médecin urgentiste selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU). Elle permet un classement des patients selon la gravité de leur état en pré-hospitalier. Cette évaluation se fait après un premier examen initial et comporte sept stades (Annexe 1).

La deuxième source de données était les patients eux-mêmes. Ils étaient rappelés dans les 7 à 10 jours suivant leur passage aux urgences afin de leur soumettre un questionnaire. Ce questionnaire était standardisé et constitué de questions à choix multiples dont les différentes réponses possibles étaient proposées de façon aléatoire au patient (Annexe 2). Certaines précisions ou commentaires étaient également pris en note si nécessaire.

Les données suivantes ont été recueillies :

- Données personnelles : existence ou non d'un médecin traitant déclaré, catégorie socio professionnelle, mode de vie du patient, couverture sociale, distance entre le domicile du patient et le cabinet du médecin traitant, mode de consultation (consultation au cabinet ou visite à domicile).

- Leur mode de venue aux urgences : patient adressé ou non par un médecin, pour quelle raison être allé aux urgences sans avis médical préalable pour les patients non adressés ?

- Aux urgences, leur a -t-on conseillé de voir leur médecin ? Leur a-t-on remis un courrier ?

- Enfin, ont-ils vu leur médecin traitant depuis leur passage aux urgences, si oui dans quel délai et pourquoi ? Si non, ont-ils prévu de le voir et pourquoi ? Le médecin a-t-il fait des modifications dans la prise en charge débutée aux urgences ? Si oui, lesquelles ?

3.4. Procédures légales :

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration CNIL auprès du correspondant informatique et libertés de l'Université de Bordeaux. Il figure donc au registre des traitements automatisés de données à caractère personnel.

Un dossier auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) avait également été réalisé. Lors du tirage au sort du CPP, selon la procédure en vigueur, une juriste de la Direction Générale de la Santé nous a indiqué que notre étude ne relevait pas d'une autorisation par un CPP. La demande d'accord a donc été annulée par cette même personne, permettant la réalisation de l'étude.

3.5. Déroulement de l'étude :

Une phase de test a eu lieu le 18 et 19 avril 2017 sur 20 patients afin de permettre une amélioration du questionnaire ainsi qu'une collecte plus exhaustive des données dans le dossier médical. Les données recueillies lors de cette phase de test n'ont pas été prises en compte pour l'analyse des résultats.

La période d'étude s'est étendue sur une durée allant du 1er mai 2017 au 30 mai 2017.
Le recueil était initialement prévu pour les patients ayant consulté aux urgences du 1er au 8 mai. Cependant, devant le faible taux de réponses obtenues lors des appels téléphoniques, une deuxième session de recueil a été décidé. Nous avons donc inclus également les patients consultant aux urgences du 15 au 20 mai 2017 afin d'augmenter le nombre de réponses obtenues.

Les données des dossiers médicaux étaient recueillies manuellement puis les patients étaient appelés au numéro noté dans le dossier des urgences.

Après vérification de l'identité de la personne répondant au téléphone et explication de l'objectif de l'étude réalisée, l'accord de participation à l'étude était systématiquement recherché. Pour les patients mineurs ou dépendants, la personne qui répondait au questionnaire était le représentant légal ou l'aidant principal.
En l'absence de réponse au premier appel, le patient était rappelé à un autre moment de la journée puis un autre jour. Au bout de trois appels infructueux, le patient était exclu de l'étude.

Les données obtenues étaient ensuite anonymisées, chaque patient se voyant attribuer un numéro d'anonymat. Les informations confidentielles telles que nom, prénom, date de naissance et numéro de téléphone étaient consultables uniquement par l'enquêteur principal. Elles ont été détruites à l'issue de l'étude.

3.6. Analyse statistique :

L'ensemble des informations obtenues (par recueil sur dossier et enquête téléphonique) étaient ensuite analysées grâce au logiciel Excel® (Microsoft®, Redmond, WA).

Une analyse statistique a été réalisée afin de comparer le nombre de consultation chez le médecin traitant après un passage aux urgences en fonction de chaque variable individuelle collectée.

Pour cela des tests du Khi deux ont été effectués à l'aide des logiciels Excel® et Epi-Info 7® (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA).

Le seuil de significativité retenu était p=0,05.

4. Résultats :

Sur l'ensemble des deux périodes étudiées, du 1er au 8 mai 2017 et du 15 au 20 mai 2017, 220 personnes sont passées aux urgences de l'hôpital de Saint Palais.

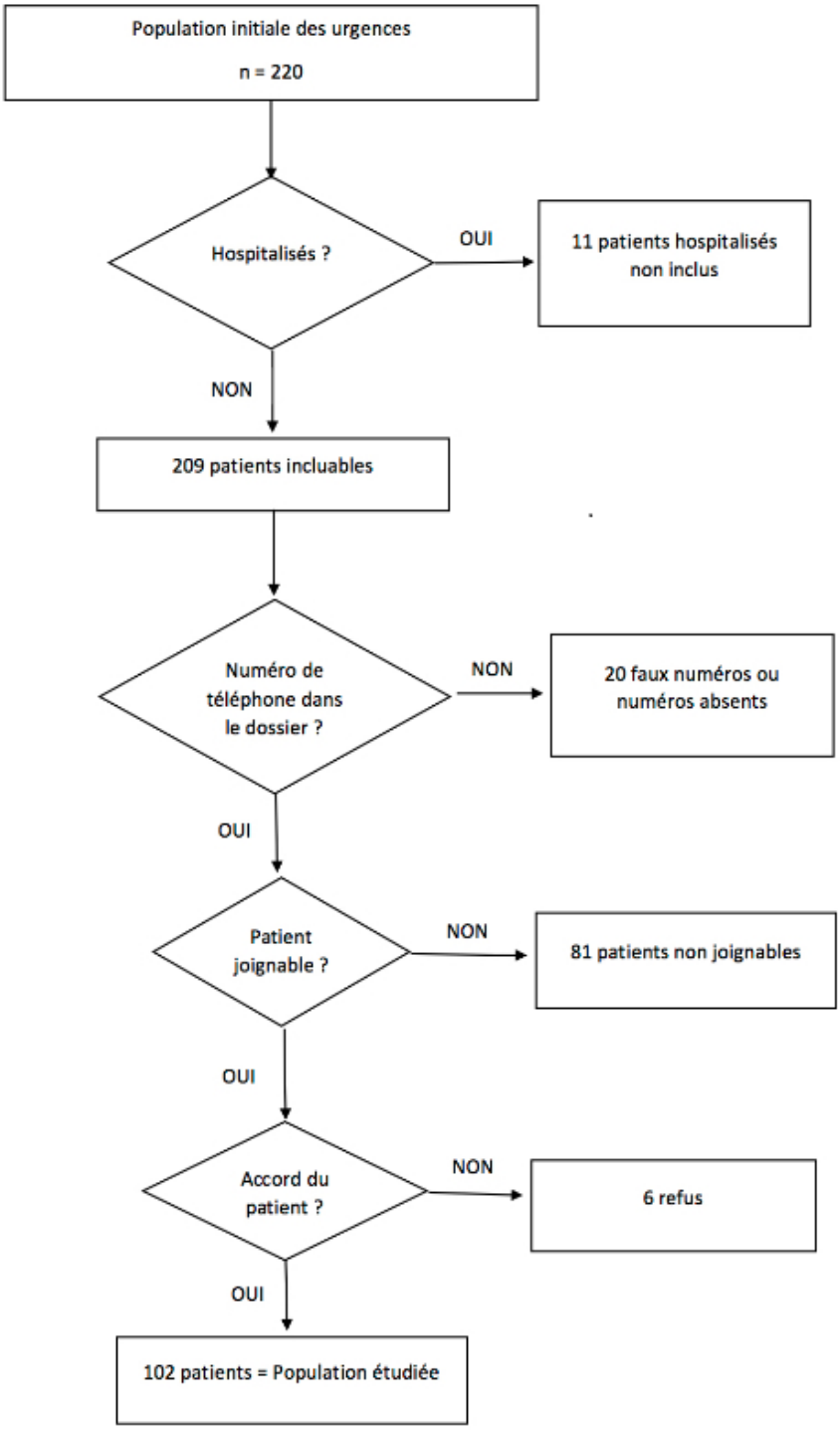


Figure 4 : Flow Chart de l'étude.

4.1. La population totale des urgences de Saint Palais sur les périodes étudiées (n=220) :

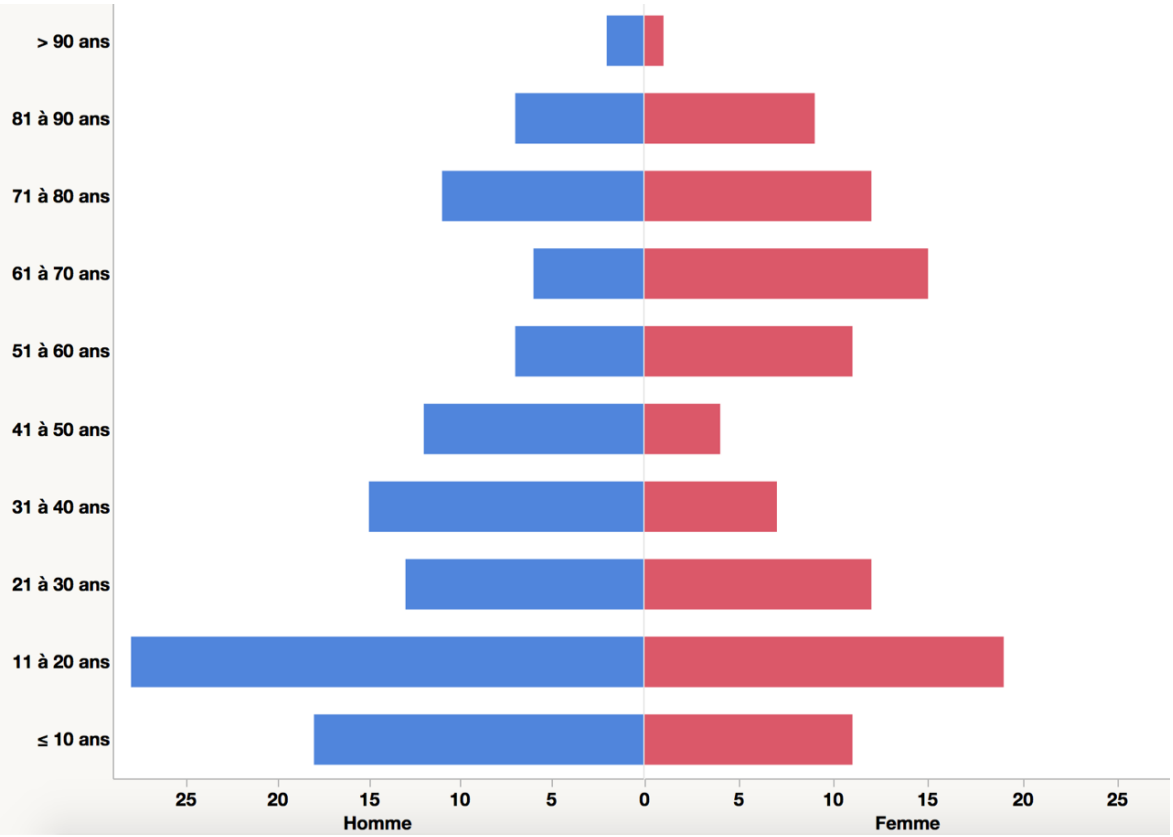


Figure 5 : Pyramide des âges.

La population des urgences était composée de 119 hommes (54%) et de 101 femmes (46%), soit un sex ratio H/F de 1,18.

Les patients étaient âgés de 2 ans à 94 ans avec une moyenne d'âge à 39,9 ans et une médiane à 34,5 ans.

88 patients ont été classés par le médecin des urgences pour un motif médical, un pour un motif psychiatrique, 130 pour un motif traumatologique et un patient chirurgical non traumatique.

4.2. La population interrogée et étudiée (n=102) :

4.2.1. Les caractéristiques personnelles des patients :

4.2.1.1. Sexe (n=102) :

La population était composée de 58 hommes (56,9%) et de 44 femmes (43,1%), soit un sex ratio H/F de 1,3.

4.2.1.2. Age (n=102) :

Les patients étaient âgés de 2 ans à 94 ans avec une médiane de 39 ans et une moyenne de 41,8 ans. L'âge moyen des hommes était de 38,2 ans et celui des femmes de 46,6 ans.

Tableau 2 : L'âge des patients de la population étudiée.

Age	Effectifs	Pourcentage
Moins de 18 ans	31	30,4%
Entre 18 et 64 ans	45	44,1%
Plus de 65 ans	26	25,5%

4.2.1.3. Catégories socio-professionnelles (n=71) :

Les mineurs de moins de 18 ans étant scolarisés, ils ont été exclus de ces données.

Tableau 3 : Les catégories socio-professionnelles des patients (informations données par les patients eux-mêmes).

Catégorie socio-professionnelle	Effectifs	Pourcentage
Retraités	30	42,3%
Ouvriers	13	18,3%
Agriculteurs exploitants	9	12,7%
Employés	11	15,5%
Cadres et professions libérales	5	7%
Sans emploi	2	2,8%
Etudiants	1	1,4%

4.2.1.4. Mode de vie (n=102) :

Tableau 4 : Mode de vie des patients (informations données par les patients eux-mêmes).

Mode de vie	Effectifs	Pourcentage
Seul	14	13,7%
Avec des enfants en bas âge	14	13,7%
Avec des personnes âgées	1	1%
Avec des enfants adultes	7	6,9%
En couple	26	25,5%
Chez les parents	36	35,3%
En EHPAD	4	3,9%

Deux personnes âgées vivant seules bénéficiaient d'un passage quotidien d'un membre de leur entourage. De même, pour un couple de personnes âgées, une infirmière libérale passait quotidiennement à leur domicile. Les autres personnes âgées vivant seules n'avaient pas d'autres aides à domicile.

4.2.1.5. Déclaration d'un médecin traitant (n=102) :

Tous les patients interrogés avaient un médecin traitant déclaré.

Cependant, une personne était en vacances dans la région (originaire de région parisienne) et deux personnes venaient d'aménager dans les mois précédents et n'avaient pas effectué de changement de médecin traitant. Ces trois personnes n'avaient donc pas de médecin traitant dans la région au moment de la réalisation de l'étude.

4.2.1.6. Couverture sociale et reste à charge (n=102) :

Tableau 5 : L'avance des frais par les patients chez leur médecin traitant (informations données par les patients eux-mêmes).

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Ne paie pas car exonéré pour une Affection Longue Durée	20	19,60%
Ne paie pas car bénéficie de la Couverture Maladie Universelle	4	3,90%
Ne paie pas car il s'agit d'un Accident du Travail	3	3%
Ne paie pas car bénéficie d'un autre Tiers Payant	1	1%
Patient fait l'avance des frais	74	72,50%

4.2.1.7. Distance entre le domicile du patient et le cabinet du médecin

Tableau 6 : La distance entre le domicile du patient et le cabinet du médecin traitant (informations données par les patients eux-mêmes).

Distance domicile patient - cabinet médecin	Effectifs	Pourcentage
Moins de 5 km	49	48%
Entre 5 et 10 km	32	31%
Plus de 10 km	21	21%

4.2.1.8. Mode de consultation du médecin traitant (n=102) :

Selon leurs déclarations, dix patients avaient l'habitude de voir leur médecin traitant en visite à domicile. La moyenne d'âge de ces patients était de 82 ans, le plus jeune ayant 61 ans et le plus âgé, 93 ans. Cinq vivaient à moins de 5km du cabinet du médecin, trois entre 5 et 10km et deux à plus de 10km. Pour les 92 patients restants, ce sont eux qui se déplaçaient au cabinet du médecin traitant lors des consultations.

4.2.2. Le contexte du passage aux urgences :

4.2.2.1. Mode de venue aux urgences (n=102) :

Tableau 7 : Le mode de venue des patients aux urgences (informations données par les patients eux-mêmes).

Mode de venue	Effectifs	Pourcentage
Patient adressé par médecin	14	13,7%
Patient adressé par pompiers	2	2%
Patient adressé par le centre 15	10	9,8%
Patients venus d'eux-mêmes	76	74,5%

Au final, 26 patients avaient pris un avis avant de se rendre aux urgences soit 25,5% des personnes interrogées et 74,5% des patients étaient venus sans avis médical préalable.

4.2.2.2. Les motifs de consultation aux urgences sans avis médical préalable (n=76) :

Tableau 8 : Les raisons données par les patients eux-mêmes pour venir aux urgences sans avis médical préalable.

Motifs	Effectifs	Pourcentage
Ils ne connaissaient pas de médecin généraliste	2	2,6%
Leur médecin ne travaillait pas ou ne pouvait pas les recevoir	35	46%
Ils voulaient voir un spécialiste	3	3,9%
Ils pensaient que le généraliste ne pouvait pas les soigner	23	30%
Ils pensaient avoir besoin d'examens en urgence	35	46%
Ils pensaient devoir être hospitalisés	1	1,3%
Pour un autre motif	8	10,5%

La possibilité était laissée aux patients de donner plusieurs motifs de consultation.

La personne qui justifiait son choix de venir directement aux urgences par la « nécessité d'une hospitalisation » était en fait rentrée à son domicile pour la nuit avant d'être hospitalisée pour une prise en charge chirurgicale d'une fracture bimalléolaire le lendemain de son passage aux urgences.

Parmi les « autres motifs », cinq patients avaient évoqué des difficultés à voir rapidement le médecin traitant même aux horaires d'ouverture du cabinet.

Aucun patient n'avait justifié sa venue aux urgences pour leur gratuité.

4.2.2.3. Date et heure de venue aux urgences (n=102) :

37 patients sont venus aux urgences pendant les horaires de garde (la nuit de 20H à 8H et/ou le weekend du samedi 12H au lundi 8H).

65 patients sont venus aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux libéraux.

Durant les périodes de PDSA, 24,3% des patients étaient adressés aux urgences par un médecin, le 15 ou les pompiers alors que 75,7% venaient de leur propre initiative. 20 patients étaient venus durant les périodes de garde au motif que « leur médecin ne travaillait pas ou ne pouvait pas les recevoir ».

Durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 26,2% des patients se présentant aux urgences avaient pris un avis médical préalable qui leur avait conseillé de venir aux urgences et 73,8% étaient venus d'eux-mêmes.

4.2.3. La prise en charge aux urgences :

4.2.3.1. Diagnostic retenu (n=102)

Motifs médicaux : 43 patients

Tableau 9 : Les différents motifs médicaux selon les dossiers des urgences.

Motifs	Effectifs	Motifs	Effectifs
Neurologie	4	Gastro-Entérologie	7
Gynécologie	1	Rhumatologie	7
Pédiatrie	2	Urologie	3
Cardiologie	3	Pneumologie	3
ORL et Ophtalmologie	11	Dermatologie-Maladies Infectieuses	2

Motifs chirurgicaux : 58 patients dont un patient non traumatologique (ongle incarné).

Motifs psychiatriques : un patient.

4.2.3.2. Réalisation d'examens complémentaires :

31 patients n'ont eu aucun examen complémentaire.

71 patients ont eu au moins 1 examen dont 18 en ont eu deux ou plus.

Tableau 10 : Réalisation d'examens complémentaires aux urgences selon les dossiers médicaux.

Examens	Effectifs	Pourcentage
Aucun examen	31	30,4%
Imagerie	45	44,1%
ECG	4	3,9%
Biologie	10	9,8%
Analyse urinaire (BU et/ou ECBU)	3	3%
Avis spécialisé	7	6,9%
Gestes techniques (suture, pansement…)	25	24,5%

4.2.3.3. Classification CCMU (n=102) :

18 patients ont été classés CCMU 1, un patient était CCMU 3 mais la grande majorité des patients (81,4%) avait été classée CCMU 2 par les médecins urgentistes.

4.2.3.4. Conseil des urgences de consulter le médecin traitant (n=101) :

Tableau 11 : Conseil reçu de consulter le médecin traitant après les urgences (informations données par les patients eux-mêmes).

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	30	29,7%
Non	54	53,5%
En l'absence d'amélioration	10	9,9%
Ne sait pas	7	6,9%

7% des patients interrogés ne savaient pas si le personnel des urgences leur avait conseillé de consulter leur médecin traitant.

Un patient était parti sans soins des urgences devant un délai qu'il jugeait trop long. Il n'a donc pas pu répondre à cette question.

4.2.3.5. Courrier remis au patient pour le médecin traitant (n=101) :

Un patient est parti sans soins des urgences, il n'a donc pas pu répondre à cette question.

Tableau 12 : Courrier remis au patient à la sortie des urgences (informations données par les patients eux-mêmes).

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	37	36,6%
Non	51	50,5%
Ne sait pas	13	12,9%

Dans 50% des cas, la personne interrogée affirmait qu'aucun courrier ne lui avait été remis à sa sortie des urgences.

Tableau 13 : Tableau croisé des données "conseil reçu" et "courrier remis".

Conseil	Courrier remis			
	Oui	Non	Ne sait pas	Total
Oui	15	12	3	30
Non	12	33	9	54
Si pas d'amélioration	6	4	0	10
Ne sait pas	4	2	1	7
Total	37	51	13	101

15 patients avaient reçu le conseil de consulter leur médecin traitant et avaient un courrier à lui remettre. Pour 12 patients, on leur avait conseillé de voir leur médecin mais sans leur remettre de courrier. A l'inverse, 12 patients ont eu un courrier médical à transmettre à leur médecin mais n'avaient pas reçu le conseil de le voir dans les jours suivants leur passage aux urgences.

4.2.4. La consultation chez le médecin après les urgences :

4.2.4.1. Les consultations après les urgences (n=102) :

Tableau 14 : Consultations des patients auprès de leur médecin traitant après le passage aux urgences (informations données par les patients eux-mêmes).

Consultation du médecin	Effectifs
Le patient a vu son médecin pour le même motif que celui des urgences	24
Le patient n'a pas vu de médecin	56
Le patient a consulté un autre médecin spécialiste	15
Le patient a vu son médecin mais pour un autre motif que celui des urgences	7

71 patients n'avaient pas vu leur médecin dans la semaine suivant leur passage aux urgences dont 15 avaient prévu de le voir dans les jours à venir.

Parmi ces 71 patients, 27 n'envisageaient pas de voir leur médecin car ils avaient un suivi organisé avec un autre spécialiste.

31 patients avaient vu leur médecin traitant lors de l'appel téléphonique dont 24 pour le même motif que celui qui les avaient amenés à consulter aux urgences. Sept patients avaient consulté leur médecin traitant dans les 48 heures suivant leur passage aux urgences et 24 l'avaient vu entre 48 heures et 7 jours après.

Au total, on constate que 71,5% des patients ayant consulté aux urgences revoyaient un médecin, que ce soit leur médecin traitant (45% = 31 patients qui ont vu leur médecin traitant pour le même motif que celui des urgences ou pour un autre motif et 15 patients qui ont prévu de le voir dans les jours suivants) ou un spécialiste.

4.2.4.2. Les motifs de consultation chez le médecin traitant (n=46) :

31 patients avaient déjà vu leur médecin et 15 avaient prévu de le voir.

Tableau 15 : Les motifs de consultation du médecin traitant après le passage aux urgences donnés par les patients eux-mêmes.

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage
N'était pas satisfait de la prise en charge	2	4,3%
Avait besoin de documents administratifs	4	8,7%
Pour informer le médecin traitant	13	28,3%
N'était pas soulagé par le traitement prescrit	17	36,9%
Traitement prescrit non supporté	0	0%
Pour revoir les résultats d'examens	6	13%
Sur conseil des urgences	6	13%
Pour un autre motif	15	32,6%

Six patients avaient consulté leur médecin traitant uniquement pour l'informer de leur passage aux urgences. Sept patients précisaient l'information de leur médecin traitant comme un motif supplémentaire de la consultation, le plus souvent lors d'une consultation de routine pour le renouvellement des ordonnances habituelles par exemple.

Deux patients avaient déclaré n'être pas satisfaits de la prise en charge aux urgences. Dans un cas, le médecin traitant l'avait réadressé vers un chirurgien orthopédique qui a modifié l'immobilisation par attelle mise en place aux urgences pour un plâtre. L'autre patient a vu son médecin traitant sur conseil des urgences pour la prise en charge au long cours de son hyperuricémie mais il a estimé que les antalgiques prescrits par les urgences n'étaient pas suffisants.

Dans les autres motifs de consultation évoqués par les patients, on retrouvait le besoin d'ablation de points de suture ou agrafes, la réfection de pansements ainsi que la nécessité d'ordonnances pour faire appel à des paramédicaux (infirmières libérales, kinésithérapeutes).

4.2.4.3. Action du médecin traitant (n=31):

31 patients avaient revu leur médecin au moment de l'étude.

Tableau 16 : Action du médecin traitant lors de la consultation post-urgences (informations données par les patients eux-mêmes).

Action réalisée	Nombre de patients	Pourcentage
Rédaction d'une ordonnance de médicaments	6	19%
Prescription d'examens complémentaires	3	9%
Rédaction de documents administratifs	3	9%
Aucune modification	14	45%
Autre action : gestes techniques, paramédicaux…	7	22%

Pour 14 patients, le médecin n'avait rien modifié à la prise en charge des urgences.
Trois patients ont eu besoin de documents administratifs. Il s'agissait, dans les trois cas, de certificats médicaux finaux dans le cadre d'un accident du travail.

Tableau 17 : Action du médecin traitant lors de la consultation post-urgences pour les 13 patients dont le motif de consultation était "informer le médecin traitant du passage aux urgences".

Action du médecin	Effectifs	Pourcentage
Aucune modification	6	46,2%
Modification du traitement	1	7,7%
Prescription de nouveaux examens	1	7,7%
Demande d'avis spécialisé	1	7,7%
Prescription de soins infirmiers	1	7,7%
Médecin pas encore vu mais consultation prévue	3	23%

On remarque que le médecin n'a pas modifié la prise en charge des urgences pour six patients venus initialement pour informer leur médecin de leur passage aux urgences. Dans quatre cas, il a prescrit de nouveaux traitements, examens ou modifié le suivi par d'autres professionnels de santé.

Tableau 18 : Motif de consultation des 14 patients dont le médecin traitant n'a pas modifié la prise en charge des urgences.

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage
Consulte pour informer son médecin	6	42,8%
Le patient n'était pas soulagé	3	21,4%
Le patient consulte pour revoir les résultats	2	14,3%
Le patient consulte sur conseil des urgences	2	14,3%
Le patient consulte pour un autre motif	7	50%

Six patients avaient donné plusieurs motifs de consultation.
Ce croisement des données permet de se rendre compte que pour trois patients qui se disaient non soulagés ce qui expliquait leur consultation du médecin, celui-ci n'a pas modifié la prise en charge des urgences.

17 patients évoquaient le fait de ne pas être soulagés pour expliquer leur consultation auprès d'un médecin après leur passage aux urgences. Parmi ces 17 patients, six ne l'avaient pas vu au moment de l'entretien téléphonique mais avaient prévu de le voir dans les jours suivants.

Tableau 19 : Action du médecin traitant pour les 11 patients non soulagés qui ont consulté depuis leur sortie des urgences.

Action du médecin	Effectifs	Pourcentage
Modification du traitement	4	36,4%
Prescription d'examens	2	18,2%
Rédaction de documents	1	9,1%
Aucune modification	3	27,3%
Autre action	2	18,2%

4.2.4.4. Les motifs de non consultation du médecin traitant (n=71) :

Tableau 20 : Les motifs évoqués par les patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant après la sortie des urgences.

Motifs de non consultation	Effectifs	Pourcentage
Le patient n'a pas eu le temps de le voir	12	16,9%
Le patient s'estime guéri	17	23,9%
Le patient est satisfait de la prise en charge des urgences	29	40,8%
Le patient a un suivi organisé avec un autre spécialiste	28	39,4%
Autre motif	5	7,0%

Parmi les 71 patients n'ayant pas vu leur médecin traitant, 39,4% justifiaient cette conduite par le fait qu'ils avaient un suivi organisé avec un autre spécialiste.

On a pu constater que sur les 58 patients venus aux urgences pour un problème traumatologique, 43 n'avaient pas vu leur médecin traitant au moment de l'entretien téléphonique dont 20 ont déclaré n'avoir pas consulté car ils avaient un suivi organisé avec un autre spécialiste soit 34,5% des patients traumatologiques.

Autres motifs évoqués par les patients :

- Deux patients ont expliqué avoir une mauvaise relation avec leur médecin traitant et qu'ils envisageaient d'en changer pour justifier l'absence de consultation.

- Les parents d'un enfant ayant consulté aux urgences étaient médecins eux-mêmes et donc ils ne consultent que très rarement un confrère généraliste.

- Une patiente était une infirmière à la retraite et préférait attendre que la douleur s'atténue avant de reconsulter un médecin.

- Enfin, le dernier motif évoqué concernait une patiente sans moyen de transport qui attendait donc que l'un de ses proches puisse se libérer pour la conduire chez le médecin.

4.2.5. Les déterminants de la consultation chez le médecin traitant après le passage aux urgences :

Une analyse statistique a été réalisée pour étudier le fait d'avoir vu son médecin traitant précocement après le passage aux urgences en fonction de toutes les variables vues précédemment.
Pour la réalisation des différentes analyses, nous avons cumulé les réponses « ont vu leur médecin traitant » et « ont vu leur médecin pour un autre motif » sous la réponse unique « oui, ont vu leur médecin ». De même, les réponses « n'ont pas vu leur médecin traitant » et « ont vu un autre spécialiste » sont regroupés sous la réponse unique « n'ont pas vu leur médecin traitant ».

4.2.5.1. Le sexe des patients :

Il n'y a pas de différence significative observée en ce qui concerne la variable « sexe des patients » avec un p = 0,871.

Tableau 21 : Tableau croisé des effectifs observés "sexe des patients" et "consultation du médecin traitant".

Sexe	Consultation du médecin		
	Oui	Non	Total
Homme	18	40	58
Femme	13	31	44
Total	31	71	102

4.2.5.2. L'âge des patients :

Tableau 22 : Tableau croisé des effectifs observés "âge des patients" et "consultation du médecin traitant".

Age	Consultation du médecin		
	Oui	Non	Total
Moins de 18	4 (13%)	27 (87%)	31
18 à 64	11 (24%)	34 (75%)	45
Plus de 65	16 (61%)	10 (38%)	26
Total	31	71	102

On constatait une différence significative dans les consultations du médecin après les urgences en fonction de la tranche d'âge des patients avec $p < 0,05$. Les personnes les plus âgées consultaient plus leur médecin et les moins de 18 ans le consultaient peu.

4.2.5.3. La distance entre le domicile du patient et le cabinet du médecin :

On ne constatait pas de différence significative ($p>0.05$) de consultation entre les patients vivant à proximité et ceux vivant plus à distance du cabinet de leur médecin traitant.

4.2.5.4. Le mode de consultation du médecin :

Nous avons retrouvé une différence significative (p = 0,0003) de consultation du médecin traitant après les urgences entre les patients qui voyaient leur médecin en consultation ou en visite à domicile.
Les patients qui voient habituellement leur médecin en visite avaient statistiquement plus vu leur médecin après leur passage aux urgences.

4.2.5.5. Le mode de vie des patients :

Un test du Khi 2 n'a pas pu être réalisé en raison d'effectifs trop faibles sur cette variable. Cependant, nous avons pu constater que 100% des patients vivant en EHPAD avaient vu leur médecin traitant dans les sept jours suivant leur consultation aux urgences.

4.2.5.6. Le mode de couverture sociale des patients :

On remarque une différence significative entre les patients qui font l'avance des frais et ceux qui bénéficient d'un tiers payant (CMU, ALD, Accident du travail et autres tiers payant). Les patients au tiers payant consultaient plus leur médecin traitant après les urgences de manière significative (p = 0,0003).

Tableau 23 : Tableau croisé des effectifs observés "couverture sociale" et "consultation du médecin traitant".

Avance des frais	**Consultation du médecin**		
	Oui	**Non**	**Total**
Oui	15	59	74
Non	16	12	28
Total	31	71	102

4.2.5.7. Les horaires de consultation aux urgences :

Nous avons analysé les consultations auprès du médecin traitant en fonction du moment de la consultation initiale aux urgences (période de garde ou hors période de garde).
On ne constatait pas de différence significative entre les deux populations avec un p = 0,31.

4.2.5.8. Le mode de venue aux urgences :

Il existait une différence significative entre les patients adressés (par un médecin, le centre 15 ou les pompiers) et ceux venant d'eux-mêmes aux urgences. Les patients adressés voyaient plus leur médecin traitant après leur passage aux urgences avec un p = 0,000003.

4.2.5.9. Le motif de consultation aux urgences :

Le motif de consultation médical ou traumatologique n'était pas un déterminant de consultation chez le médecin traitant après les urgences (p = 0,25).

4.2.5.10. La classification CCMU :

Nous n'avons pu réaliser cette analyse statistique qu'en couplant le seul patient CCMU 3 à l'ensemble des patients CCMU 2. Cette analyse nous a permis de déterminer une différence significative avec p = 0,046 entre les patients CCMU 1 et les patients CCMU 2 et 3 qui consultaient moins leur médecin.

Tableau 24 : Tableau croisé des effectifs observés "classification CCMU" et "consultation du médecin traitant".

CCMU	Médecin revu		
	Oui	Non	Total
CCMU 1	9	9	18
CCMU 2 et 3	22	62	84
Total	31	71	102

4.2.5.11. La réalisation d'examens complémentaires aux urgences :

Il n'y a pas de différence significative entre les patients ayant eu des examens complémentaires aux urgences et ceux n'en ayant eu aucun, en ce qui concerne la consultation chez le médecin traitant (p = 0,46).

4.2.5.12. Conseil de consulter le médecin traitant donné aux urgences :

Nous avons pu constater une différence significative entre les patients à qui le personnel des urgences avait conseillé de consulter leur médecin et ceux qui n'ont pas reçu ce conseil (ou qui ne savaient pas s'ils l'avaient reçu) avec p = 0 ,0064.

Les patients ayant reçu ce conseil voyaient plus leur médecin traitant dans la semaine qui suivait leur passage aux urgences.

4.2.5.13. La remise d'un courrier au patient à sa sortie des urgences :

Pour la réalisation de cette étude statistique, nous avons considéré que les patients ayant répondu « je ne sais pas » à la question « Vous a-t-on remis un courrier à la sortie des urgences », n'avaient pas eu de courrier car ils ne semblaient pas informés du fait qu'ils devaient remettre un courrier à leur médecin traitant.

Cette analyse n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (p = 0,69).

4.2.5.14. Autres déterminants :

Le principal déterminant de la consultation du médecin traitant après le passage aux urgences est la raison de la consultation donnée directement par le patient lui-même lors du questionnaire téléphonique. Ces résultats sont rappelés dans le tableau suivant :

Tableau 25 : Les motifs de consultation du médecin traitant après le passage aux urgences données par les patients eux-mêmes (n=46).

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage
N'était pas satisfait de la prise en charge	2	4,3%
Avait besoin de documents administratifs	4	8,7%
Pour informer le médecin traitant	13	28,3%
N'était pas soulagé par le traitement prescrit	17	36,9%
Pour revoir les résultats d'examens	6	13,0%
Sur conseil des urgences	6	13,0%
Pour un autre motif	15	32,6%

De même, le principal déterminant négatif de consultation chez le médecin est la raison évoquée par les patients pour ne pas avoir vu leur médecin traitant.

Tableau 26 : Les motifs évoqués par les patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant après leur passage aux urgences (n=71).

Motifs de non consultation	Effectifs	Pourcentage
Le patient n'a pas eu le temps de le voir	12	16,9%
Le patient s'estime guéri	17	23,9%
Le patient est satisfait de la prise en charge des urgences	29	40,8%
Le patient a un suivi organisé avec un autre spécialiste	28	39,4%
Autre motif	5	7,0%

On remarque donc que pour une majorité des patients, ils ne consultaient pas car ils étaient satisfaits de leur prise en charge et/ou s'estimaient guéri de leur pathologie (40,8% et 23,9% des patients n'ayant pas consulté).

Cependant, le fait d'avoir un suivi organisé avec un autre spécialiste était également une raison importante pour 39,4% des patients qui n'ont pas consulté leur médecin traitant.

4.3. Résumé des résultats principaux :

Cette étude nous a permis de mettre en évidence divers déterminants de la consultation des patients chez leur médecin traitant précocement après leur passage aux urgences.

Ces déterminants sont : les patients âgés, le fait de voir son médecin traitant en visite à domicile et de vivre en EHPAD, l'absence d'avance des frais médicaux, les patients adressés par un médecin et le fait d'avoir reçu le conseil de consulter son médecin.

Il faut également prendre en compte les principaux motifs de consultation chez le médecin donnés par les patients eux-mêmes.

Par ordre de fréquence d'évocation, ils sont : le fait de ne pas être soulagé, la nécessité de réalisation de gestes techniques ou d'ordonnances de soins paramédicaux, le fait de tenir informer son médecin, de revoir avec lui les résultats des examens réalisés et enfin le besoin de documents administratifs.

De même, le fait d'avoir un suivi avec un médecin autre que le médecin traitant était un déterminant fort pour ne pas consulter son médecin.

Et enfin, le fait d'avoir eu une prise en charge aux urgences jugée adaptée et satisfaisante par le patient est une raison souvent évoquée pour ne pas voir son médecin traitant à la suite d'une consultation aux urgences.

Lors de la consultation avec le médecin traitant, 45% des consultations se terminaient sans aucune modification de la prise en charge par le médecin traitant.

On constatait 19% de modification de l'ordonnance médicamenteuse, 9% des consultations aboutissaient à la programmation de nouveaux examens et 9% des médecins rédigeaient des certificats. Enfin, 22% des médecins réalisaient un geste technique comme une ablation de suture ou une réfection de pansement lors de cette consultation ou rédigeaient une ordonnance de soins paramédicaux.

Nous avons également pu analyser le parcours des patients avant leur venue aux urgences et nous avons constaté que 74,5% des patients venaient d'eux-mêmes aux urgences et cela que ce soit pendant les horaires de permanence de soins ou en journée.

Les raisons les plus souvent évoquées pour venir directement aux urgences étaient l'inaccessibilité du médecin traitant, le besoin selon les patients d'avoir des examens complémentaires et enfin 30% de ces patients pensaient avoir un problème que le médecin traitant ne pouvait pas prendre en charge à son cabinet.

5. Discussion :

5.1. Limites de l'étude :

Le manque de puissance de cette étude peut être à regretter. En effet, l'échantillon d'origine était plus important que la population finalement analysée. Mais devant un grand nombre de patients considérés comme perdus de vue car n'ayant pas pu être joints par téléphone, la population finale est moins importante qu'espérée.

Une meilleure sensibilisation de l'équipe des urgences aurait peut-être permis d'obtenir de meilleurs résultats. En effet, on constate que tout de même 20 patients n'avaient pas de numéro de téléphone dans le dossier ou que les coordonnées présentes n'étaient pas les bonnes. Insister sur l'intérêt à porter sur le remplissage des informations administratives aurait pu nous permettre de joindre plus de patients.

La période de recueil des données de notre étude a comporté deux jours fériés (le 1° et le 8 mai) ainsi que deux week-ends. Cela a pu intervenir sur les motifs de consultations aux urgences. En effet, la période étudiée comportait donc six jours de garde (sans prendre en compte les nuits) et donc de fermeture des cabinets médicaux, cette absence pouvant pousser les patients à se tourner vers les urgences plus facilement.

Dans son travail de thèse, O. Boudard avait constaté 11,5% de patients consultant aux urgences pendant les horaires de permanence des soins (16).

Dans notre étude, ce pourcentage est à 36,3% ce qui montre bien une plus grande fréquentation des urgences pendant les horaires de garde dans notre étude.

Notre chiffre est cependant inférieur à la moyenne retrouvée par l'ORULIM en 2015 (17) qui montrait un pourcentage de 45% de passages durant les horaires de permanence de soins à Saint Palais et de 47% dans la région Aquitaine et dans le département des Pyrénées Atlantiques.

On peut donc en conclure que finalement, la fréquentation des urgences de Saint Palais durant les horaires de garde dans notre étude était inférieure aux pourcentages moyens de l'année 2015.

Cependant, on peut tout de même penser que la présence de ces jours fériés durant la période d'étude a pu modifier les réponses des patients sur leur motif de venue aux urgences, augmentant la proportion de réponses « patient venu aux urgences car son médecin ne travaillait pas ou ne pouvait pas le recevoir » car plus de la moitié des patients venus pour ce motif l'avaient fait pendant les horaires de PDSA.

Notre population d'étude était assez proche de la population des urgences sur la période d'inclusion. Si l'on compare nos chiffres avec les données fournies par l'ORULIM pour l'année 2015 (17), notre population (mais également celle des urgences sur la période étudiée) s'éloigne de la population moyenne des urgences sur divers points.

Le sex ratio H/F sur l'année 2015 était de 1,13 et l'âge moyen de 49 ans, soit une population légèrement plus âgée et plus féminine. Les patients pris en charge pendant la PDSA représentaient 45% des patients sur l'année 2015 soit bien plus que dans notre étude. Enfin, les motifs de consultation sont là encore différents puisque l'on retrouve 57% de motifs médico-chirurgicaux et 41% de motifs traumatologiques alors que dans notre population, ce sont les traumatismes qui dominent. Toutefois, le classement des pathologies n'est pas détaillé dans les données de l'ORULIM et il est donc possible que des patients classés comme « traumatologiques » dans notre étude auraient été classés « médico-chirurgicaux » par l'ORULIM.

Devant de possibles biais de sélection, il apparait donc difficile de pouvoir étendre l'ensemble de nos résultats à la population générale des urgences de l'hôpital de Saint Palais. Seule une randomisation des patients sélectionnés sur différentes périodes de l'année aurait pu permettre d'obtenir des populations plus comparables entre elles.

Certaines informations étaient probablement manquantes dans le dossier des urgences. On peut par exemple s'étonner devant le nombre si faible d'électrocardiogrammes réalisés.
Dans l'enquête de 2002 de la DREES sur les usagers des urgences, 19% des patients avaient eu un ECG alors que le pourcentage n'est que de 4% dans notre étude (18). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les praticiens des urgences de Saint Palais doivent ajouter manuellement dans le logiciel informatique ce type d'examens quand ils sont réalisés. Il est probable que, lorsque l'examen n'apportait pas d'information pertinente pour la prise en charge du patient, cela n'était pas noté de manière systématique dans le dossier.
D'autres informations n'étaient pas toujours reportées dans le dossier. Par exemple, ce logiciel permet la réalisation de courrier médicaux à partir de l'observation des urgences. Or, cette fonction était très peu utilisée par les médecins, ne permettant pas de vérifier l'information transmise par les patients sur la remise ou non d'un courrier médical pour leur médecin.
Cependant, le logiciel informatique n'était utilisé dans le service que depuis quelques semaines. La formation des médecins n'était donc peut-être pas totalement aboutie en ce qui concernait ses différentes fonctionnalités.

Nous avons choisi d'interroger les patients directement et non les médecins pour plusieurs raisons. La principale étant que c'est le patient lui-même qui est décisionnaire de la consultation (dans la plupart des cas). De plus, il nous a paru intéressant de pouvoir étudier le parcours de soins du patient avant et après sa prise en charge aux urgences. Nous avons pu ainsi avoir une vue plus globale de la trajectoire des patients des urgences.
Cependant, on peut penser que l'utilisation d'un questionnaire standardisé a pu constituer un biais dans notre étude. Les réponses étant proposées au patient, cela lui laissait moins de liberté pour s'exprimer. La réalisation d'une étude qualitative préalable pour mettre en forme un questionnaire aurait pu nous

apporter plus de données. Le questionnaire a cependant été réalisé en s'appuyant sur d'autres études menées antérieurement mais également et principalement sur l'expérience professionnelle de l'enquêteur et de ses collègues.

Le choix de faire des questions fermées tout en laissant pour chaque question où cela s'avérait nécessaire la possibilité au patient de donner une autre réponse que celles proposées, a permis d'ôter certains biais d'information à notre étude. Cela permettait aussi de ne pas être trop envahissant envers le patient et de lui laisser la possibilité de garder une certaine intimité dans ses réponses, ce qui n'aurait peut-être pas été possible avec des questions ouvertes.

Aucun patient n'a évoqué le fait qu'il n'ait pas vu son médecin traitant car il souhaitait que l'objet de sa consultation aux urgences reste inconnu de son médecin. Déclarer un médecin traitant n'impose pas au patient de ne rien lui cacher, même si cela serait évidemment préférable pour sa prise en charge globale. Interroger les patients directement a donc permis de leur laisser la liberté de ne pas informer leur médecin.

Avoir interrogé directement les patients a pu toutefois induire un biais lié à leur subjectivité. En effet, il est possible que les patients aient modifié leurs réponses par peur d'être jugés sur leurs choix, leurs décisions et leurs motivations. Malheureusement, ce biais est pratiquement automatique dès qu'il s'agit d'interroger les gens sur leur conduite. Il faut donc en tenir compte dans l'interprétation des résultats obtenus.

On peut par exemple se poser la question de la justification de venue aux urgences à cause de leur gratuité. Aucun patient de notre étude n'a donné cette raison, mais on ne peut écarter l'hypothèse qu'ils aient donné une autre réponse par peur d'un jugement de la part de l'enquêteur même si cette peur a en partie pu être diminuée par le fait qu'il s'agissait d'un entretien téléphonique et qu'il n'y avait donc pas de contact direct avec l'enquêteur.

5.2. Discussion des résultats principaux :

En ce qui concerne les consultations avec le médecin traitant dans la semaine qui suit le passage aux urgences, notre étude retrouve un pourcentage de consultation à 30% (23% pour le même motif et 7% pour un autre motif que celui des urgences).

Dans une étude réalisée en 2005 à Maastricht, 48% des patients avaient eu un suivi avec leur propre médecin généraliste après un passage dans une structure de garde (19). A Beauvais en 2012 (20), 39% des patients avaient vu leur médecin traitant dans les 10 jours suivant leur passage aux urgences pour le même problème de santé. A Dunkerque, ce pourcentage atteignait plus de 50% des patients recontactés (21) et à Bordeaux, ils étaient 45% à avoir vu leur médecin traitant une semaine après leur passage aux urgences.

Notre étude retrouve donc un pourcentage inférieur aux résultats de ces études. Cela peut s'expliquer par le faible nombre de personnes interrogées mais également par le fait que de nombreux patients venus pour des motifs traumatologiques avaient une consultation programmée avec un chirurgien orthopédique dans les dix jours suivant leur passage aux urgences.

Ce suivi déjà organisé avec des spécialistes a d'ailleurs été un des principaux arguments des patients pour justifier l'absence de consultation avec le médecin traitant. Une étude réalisée par la Harvard School of Public Health en 1996 sur le non-respect des conseils médicaux à la sortie des urgences (22) retrouvait également un pourcentage de 40% de rendez-vous de suivi organisé à la sortie des urgences dont malheureusement 33% n'étaient pas honorés par les patients.

L'un des principaux déterminants de la consultation post-urgence était le motif même de cette consultation. Pour 36% de nos patients, le motif avancé était le fait de n'être pas soulagé. C'était aussi un des motifs les plus avancés dans la thèse de R. Mercier (20) ainsi que dans l'étude de Van Uden (19). Pourtant, la prise en charge de la douleur est un des critères principaux d'évaluation et de certification des établissements de santé mis en place par l'HAS (23). Il y a également des recommandations régulières données par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) sur ce sujet (24). Il semble que, pourtant, il y ait toujours des efforts à faire dans ce domaine.

Seuls trois patients avaient vu leur médecin pour des documents administratifs. Ces trois patients consultaient dans le cadre d'un accident du travail et nécessitaient la rédaction d'un certificat final. Or, il y avait quatre patients pour lesquels il a été fait mention d'un accident du travail dans le dossier des urgences. Le quatrième patient n'avait pas non plus prévu d'aller le voir. Cependant, les démarches lors d'un accident du travail nécessitent obligatoirement de réaliser un certificat final auprès d'un médecin lors de la clôture de l'accident de travail, à la fin de la période d'arrêt ou de soins, comme le rappelle le site ameli.fr à ses assurés (25).

Nous avons choisi d'évaluer le parcours de soins des patients des urgences de Saint Palais avant leur venue aux urgences. Nous avons ainsi remarqué que près de 75% des patients sont venus de leur propre initiative aux urgences et cela que ce soit durant les périodes de permanence des soins ou durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Ce pourcentage est plus important que celui retrouvé dans l'étude menée par la DREES (6) où seulement 62% des patients avaient décidé de se rendre aux urgences de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche. En revanche, on retrouve un pourcentage similaire à Cambrai où il était de 73,8% (26) mais par contre il était très largement inférieur dans l'étude réalisée en 2015 aux urgences de Pellegrin à Bordeaux où il n'avait été retrouvé que 11% de patients auto référés (16), cette étude ne prenant en compte que les patients de 15 ans et plus. A Dunkerque, en 2012, le pourcentage de patients non adressés avait été évalué à 35% (27) mais cette étude avait exclu les patients consultant pour des motifs traumatologiques ou chirurgicaux.
On remarque donc une grande disparité de ces données qui peut en partie s'expliquer par des différences dans les populations étudiées (âge, motif de consultation…).

Les motifs de consultation aux urgences dans notre étude étaient principalement l'indisponibilité de leur médecin (46%), le besoin ressenti d'examens complémentaires (46%), et l'impression que la pathologie ne pourrait pas être prise en charge par le médecin traitant (30%).

Dans l'étude DREES de 2002 (28), l'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant ne représentait que 28% des raisons évoquées. Les motifs les plus cités étaient la proximité du service d'urgence (47%), le besoin d'examens (44%) ou d'avis spécialisés (43%) et pour 15% des patients, c'était le point de vue financier avec l'absence d'avance des frais qui dominait. Dans l'étude de 2013 (6), l'absence du médecin traitant ne représentait que 6% des motifs de venue aux urgences, la possibilité d'avoir des examens complémentaires 23%, la possibilité d'avoir un avis spécialisé 12%. Cependant, 27% des patients justifiaient leur venue aux urgences par le besoin de régler leur problème de santé rapidement, ce qui peut également se rapprocher de notre réponse « indisponibilité du médecin » car certains patients de notre étude jugeaient le délai pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin trop long et préféraient donc consulter directement aux urgences. Dans l'étude menée aux urgences de Cambrai (26), 35,9% des patients justifiaient leur venue aux urgences par l'indisponibilité du médecin dans un délai qu'ils jugeaient satisfaisant et 23,2% estimaient leur problème de santé trop grave pour être géré par le médecin traitant.

Le fait que nos chiffres sur l'indisponibilité du médecin soient supérieurs à ceux retrouvés dans les autres études tient peut-être au fait que notre étude a eu lieu dans une région rurale, avec comme nous l'avons vu des disparités de densité médicale qui reste relativement faible dans ce territoire. On peut également mettre en cause comme vu précédemment, le fait que notre période d'inclusion comporte des jours fériés et des week-ends.

Au final, même si les proportions varient d'une étude à l'autre, on retrouve toujours les mêmes motifs de consultation aux urgences.

L'étude de l'action du médecin traitant lors de la consultation suivant le passage aux urgences a pu montrer que pour 45% des patients, il n'y a eu aucune modification de la prise en charge.

Une étude sur le devenir des patients des urgences pédiatriques de Poissy en 2004 (29) montrait une absence de modification de la prise en charge des urgences dans 63% des cas. Cependant, la population et le protocole de cette étude étaient très différents de la nôtre car elle ne concernait que les patients pédiatriques et de plus le recueil se faisait 48 heures après la sortie des urgences, soit un délai beaucoup plus court que le nôtre (sachant que dans notre étude seul sept patients avaient revu leur médecin dans les 48 heures suivant leur passage aux urgences).

Une analyse plus poussée des modifications réalisées dans notre étude a permis d'observer que sur les 13 patients ayant déclaré consulter leur médecin traitant pour l'informer de son passage aux urgences, seulement six n'ont eu aucune modification de leur prise en charge. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients ont donné plusieurs motivations à leur consultation. Seuls cinq patients n'avaient que l'information de leur médecin comme seul motif de consultation.

Une autre information est que trois patients n'ont eu aucune modification de leur prise en charge alors qu'ils se disaient non soulagés. Parmi ces patients, un avait déjà un suivi organisé avec plusieurs spécialistes et son problème de santé était un problème de constipation chronique pour lequel le patient avait déjà consulté à plusieurs reprises. Un autre patient était un enfant souffrant d'une entorse du pouce dont la maman était inquiète de la persistance de la douleur après quelques jours et avait besoin d'être rassurée. Le dernier souffrait d'une colique hépatique et avait été adressé aux urgences par son médecin. Il ne se considérait pas soulagé lors de la consultation mais venait consulter essentiellement pour voir avec son médecin les résultats des examens prescrits en externe par les urgences.

Enfin, pour une proportion non négligeable de patients (22%), le médecin a réalisé des gestes techniques (tels que des ablations de points de suture, réfection de pansements…) ou prescrit un suivi avec des paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes…). Il pourrait donc sembler licite de ne pas considérer ces interventions comme des changements du protocole de soins, celles-ci s'inscrivant plutôt dans la continuité de la prise en charge des urgences.

En ce qui concerne, les autres déterminants de la consultation chez le médecin traitant après un passage aux urgences, certains résultats semblent liés entre eux et étaient plutôt attendus.

En effet, le fait d'être âgé, de bénéficier d'une exonération pour affection longue durée, de vivre en EHPAD et de voir son médecin en visite à domicile sont quatre déterminants que l'on peut aisément retrouver chez une seule et même personne. Il est en effet très rare que les patients vivant en EHPAD se déplacent au cabinet du médecin et ces personnes sont par définition des personnes âgées. De plus, une grande majorité des patients vivant en institution sont en ALD comme le montre un rapport de la DREES

(30). Ce même rapport confirme le fait que les personnes dépendantes profitent du fait que les médecins généralistes se déplacent à domicile et qu'elles voient plus souvent leur médecin que les personnes âgées non dépendantes.

On a pu remarquer que la classification CCMU pouvait être un déterminant de consultation du médecin. Ce résultat est peu pertinent pour plusieurs raisons. La principale est que c'est un déterminant difficilement modifiable. On ne peut pas changer le statut d'un patient afin d'améliorer son suivi par son médecin traitant. De plus, on remarque qu'une grande majorité des patients étaient codée en CCMU 2. Ce résultat est tout à fait cohérent avec la définition même d'un patient CCMU 2. Notre critère d'inclusion principal était d'être sortant après la consultation aux urgences. Cela correspond donc majoritairement aux patients classés CCMU 1 et 2 qui sont des patients stables et ambulatoires, nécessitant une prise en charge « légère ». Dans notre étude, les patients CCMU 1 consultaient plus leur médecin après leur passage aux urgences. Ce sont des patients qui par définition, auraient tout à fait pu être pris en charge en médecine de ville, car ne nécessitant ni examen ni thérapeutique en urgence. On retrouvait d'ailleurs parmi les CCMU 1, un patient parti sans soins qui a donc finalement été pris en charge uniquement par son médecin traitant.

La classification CCMU est de plus en plus décriée et les dernières recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) ont insisté sur l'importance de la mise en place d'une Infirmière d'Accueil et d'Orientation utilisant la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) (31).

Un des déterminants à souligner était que les patients qui avaient été initialement adressés par un médecin ou venus aux urgences après la prise d'un avis consultaient plus souvent après le passage aux urgences. Cette information met en valeur le parcours de soins instauré récemment.

Enfin, deux autres déterminants nous paraissent importants. Tout d'abord le fait que les patients ayant reçu le conseil de consulter leur médecin, le voient effectivement plus souvent que les autres. Cela confirme l'importance des consignes de surveillance et de suivi qui doivent être dispensés aux urgences pour les patients qui retournent à leur domicile. Nous avons relevé que 7% des personnes interrogées ne savaient pas si le personnel des urgences leur avait conseillé de voir leur médecin traitant pour la suite de leur prise en charge. Ce chiffre peut en partie s'expliquer par le fait que certaines personnes interrogées n'étaient pas le patient lui-même et n'étaient donc pas toujours présentes lors du passage aux urgences. On retrouve par exemple dans ces réponses, les infirmières des maisons de retraite qui ont répondu au questionnaire à la place des quatre résidents d'EHPAD.

Et enfin, il nous a paru important de revenir sur le résultat négatif obtenu en ce qui concerne la remise des courriers. En effet, il aurait semblé logique que les patients ayant reçu un courrier à remettre à leur médecin, le voient plus fréquemment que les autres à leur sortie des urgences. Or, notre étude n'a pas trouvé de différence significative entre ces deux groupes de patients et seulement un tiers des patients

disaient avoir eu un courrier. Là encore, se pose la question de la véracité des informations recueillies. Certains pensaient en effet que le courrier serait envoyé à leur médecin par envoi postal, d'autres ne savaient pas s'ils avaient eu ou pas un document à leur sortie. On a pu remarquer une corrélation entre le fait d'avoir eu un courrier et celui d'avoir reçu le conseil de consulter son médecin traitant. Une majorité de patients n'ayant pas reçu de conseil, n'ont pas non plus eu de courrier à remettre à leur médecin (et inversement).

Pourtant, comme précisé en introduction, la législation impose à tout établissement de santé la communication des informations médicales au médecin déclaré comme référent par le patient, après chaque passage dans l'établissement (7) et ce dans un délai légal maximal de huit jours. De nombreuses études ont été réalisées ces dernières années sur les courriers médicaux mettant en exergue l'importance d'une bonne communication entre les établissements de soins et les médecins libéraux pour la prise en charge des patients.

En 2007, S. Kripalani a effectué une revue de la littérature concernant la communication entre médecins hospitaliers et médecins de premiers recours (32). Il a retrouvé que 11 à 25% des courriers de sortie d'hospitalisation n'arrivent jamais chez le médecin traitant. 66 à 88% des patients ont revu leur médecin traitant après leur sortie de l'hôpital alors que celui-ci n'avait pas encore reçu le courrier de sortie. Les médecins de ville estimaient que leur prise en charge du suivi des patients avait été impactée négativement par des comptes rendus d'hospitalisation absents ou incomplets dans 24% des cas. Le travail de R. Mercier (20) retrouvait un courrier médical remis au patient dans 32% des cas et seuls 56% de ces courriers sont parvenus jusqu'au médecin. Ceux qui l'avaient reçu, l'estimaient le plus souvent utile et clair mais 92% des médecins considéraient que le courrier n'avait pas modifié leur prise en charge. A l'inverse, dans une étude réalisée à partir des courriers des urgences de Melun (33), seuls 23% des courriers édités avaient été remis au médecin traitant par le patient mais 60% de ces médecins estimaient qu'il était indispensable pour la suite de la prise en charge.

On peut donc remarquer que dans beaucoup d'études, le taux de transmission du courrier médical à la sortie des urgences est loin d'être optimal alors que celui-ci peut avoir une grande importance sur la suite de la prise en charge. Il semble que notre travail retrouve des données similaires même si comme dit précédemment, une double vérification du nombre de courriers effectivement réalisés n'a pas pu être faite car très peu de médecins urgentistes semblaient les effectuer grâce au logiciel. De plus, il n'est pas rare qu'aucun courrier ne soit fait à la sortie des urgences quand l'urgentiste estime que la pathologie ne nécessite pas de suivi particulier, ce qui est souvent le cas pour les pathologies traumatiques minimes telles que les entorses ou les plaies. Notre population d'étude étant à prédominance traumatologique, il est possible que le faible nombre de courriers retrouvé s'explique ainsi.

L'ensemble de ces résultats donnent donc à réfléchir sur la communication entre médecins et patients mais également entre professionnels de santé qui est pourtant un des piliers de la compliance et de la qualité du suivi des patients.

5.3. Discussion des autres résultats :

Dans notre étude, toutes les personnes interrogées disaient avoir déclaré un médecin traitant. En 2008, 85% des français l'avaient fait (34). Peu d'études se sont depuis intéressées à ce sujet, cependant dans le travail de R. Mercier, on retrouvait un pourcentage de 92,5% de médecins traitant déclarés (20). Dans d'étude DREES de 2002, 87% des patients étudiés avaient un médecin traitant (18) et ils étaient 90% dans l'étude réalisée en 2015 à Bordeaux (16).

Il existe toutefois dans notre population, cinq patients qui ont déclaré un médecin traitant mais qui ont précisé ne jamais le voir, soit pour des raisons de mésentente avec celui-ci, soit, et c'est la raison la plus évoquée, pour des problèmes de compatibilité d'horaires ou de disponibilité réduite du médecin selon les patients.

On a pu constater que 15 personnes interrogées avaient prévu de voir leur médecin traitant dans les jours suivant l'appel téléphonique. Pourtant, dans son étude sur le devenir des patients après leur passage aux urgences, C. Fayolle montrait que la plupart des patients des urgences qui consultaient leur médecin traitant le faisaient dans les trois premiers jours (21). On peut toutefois penser qu'effectuer un nouveau rappel des patients plus à distance de leur consultation aux urgences nous aurait permis d'obtenir des données plus exhaustives.

Près de 75% des patients venaient aux urgences d'eux-mêmes sans demander un avis préalable. Or, la majorité des pathologies retrouvées relevaient d'une prise en charge ambulatoire. Il aurait été intéressant de savoir si les patients venant aux urgences durant la permanence de soins sans avis médical préalable et relevant d'une prise en charge ambulatoire avaient connaissance de l'existence du système de garde. En effet, sur le secteur de Saint Palais, les médecins généralistes fonctionnent en garde en nuit profonde et les patients, même en l'absence de leur médecin traitant auraient pu bénéficier d'une prise en charge par un médecin généraliste pour certaines pathologies.
Divers auteurs se sont posés la question de la connaissance du système de permanence des soins ambulatoires par les patients. Pour M. Lerat-Golasowski, en 2015 à Cambrai, 65% des patients des urgences ne connaissaient pas l'existence d'un médecin généraliste de garde et 78% ne savaient pas comment le joindre (26). Cette même méconnaissance du système de garde a également été retrouvé au Havre où 70% des patients des urgences ne connaissaient pas l'existence des maisons médicales de garde et 93% ne connaissaient pas le numéro pour les joindre (35).

Lors de leur passage aux urgences, 45 patients de notre étude avaient eu un examen d'imagerie. En fait, 60% des patients à motif traumatologique ont eu une imagerie pour seulement 22% de pathologies fracturaires confirmées. Pour les autres, il s'agissait d'entorses simples ou de contusions.

On peut donc se poser la question de la réalisation d'examens radiologiques de manière quasi systématique aux urgences devant des pathologies traumatiques.

Cette facilité à réaliser des examens complémentaires a également été retrouvée dans d'autres études sur les prises en charge aux urgences comme par exemple dans le travail de thèse de M. Lerat-Golasowski (26) mais également dans le travail d'O. Boudard (16). L'étude DREES 2013 (6) confirmait que 45% des patients avaient eu une imagerie. Tous ont en effet remarqué que la proportion d'examens réalisés aux urgences dépasse souvent le nombre d'examens vraiment nécessaires. Cela s'explique en partie par la facilité à les obtenir sans délai grâce aux structures à proximité mais également au fait que, contrairement à la médecine générale de ville où le médecin a la possibilité de revoir son patient à distance pour le réévaluer, l'urgentiste agit dans l'immédiateté et essaie de faire un bilan le plus complet possible dès le premier passage aux urgences. A cela, il faudra peut-être ajouter la pression des usagers qui sont de plus en plus exigeants et qui viennent aux urgences pour avoir des examens et donc exigent de les réaliser lors de leur prise en charge initiale.

6. Conclusion :

Le médecin traitant devrait toujours se trouver au centre de la prise en charge de ses patients. Notre étude et nos recherches confirment que c'est encore loin d'être le cas dans le contexte de l'urgence. La plupart du temps, les patients consultent aux urgences sans avis médical préalable et ils sont peu nombreux à aller voir leur médecin après leur passage dans un service d'urgence.

Notre étude avait pour objectif de mettre en évidence des déterminants à la consultation des patients auprès de leur médecin traitant après une consultation aux urgences afin de tenter de remettre le médecin traitant au centre du parcours de soins.

Nous avons ainsi pu remarquer que les personnes âgées, dépendantes et/ou bénéficiant d'un tiers payant consultaient plus souvent leur médecin au décours d'une urgence, tout comme les patients à qui cela avait été conseillé.

De plus, on remarquait que dans plus de la moitié de ces consultations, le médecin généraliste modifiait la prise en charge initiée aux urgences.

Cela confirme qu'il y aurait un véritable intérêt pour les patients à voir leur médecin traitant après une telle prise en charge, pour améliorer leur suivi immédiat mais également sur le plus long terme.

Pour remettre le médecin généraliste au centre du parcours de soins, il faudrait en priorité améliorer la communication entre les professionnels de santé et leurs patients.

En insistant sur le conseil minimal de voir son médecin traitant dans les jours suivants, surtout si ce conseil est adressé plus spécifiquement aux personnes jeunes, on peut penser que le suivi s'en trouverait modifié.

Cette réflexion vaut aussi pour les médecins généralistes qui doivent éduquer leurs patients sur la nécessité de leur communiquer les résultats et de les tenir informer, leur expliquer en quoi cela est important pour le médecin mais également pour le patient et son suivi. Apprendre aux patients, le système de permanence des soins, leur demander de prendre un avis, ne serait-ce que téléphonique, avant de se rendre aux urgences peut améliorer leur prise en charge.

Toutes ces interventions pourraient permettre de renforcer le rôle du médecin traitant et ainsi, améliorer le suivi des patients. C'est un travail quotidien à effectuer de la part de tous les intervenants et de toutes les personnes concernées : médecins généralistes, urgentistes et patients.

La communication entre hôpital et médecine de ville doit également s'améliorer avec une meilleure transmission des courriers et informations médicales.

Des études complémentaires sur les moyens d'améliorer cette communication, cette transmission d'informations et surtout sur sa répercussion sur la prise en charge des patients seraient très certainement instructives.

Il serait également intéressant d'étudier le point de vue des médecins généralistes qui aimeraient certainement avoir plus d'informations sur leurs patients et être informés de leurs diverses pathologies.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&fastPos=2&fastReqId=522552590&categorieLien=id&oldAction=rechTexte

2. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000031928694

3. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes

4. Statistique Annuelle des Etablissements de santé. [Internet]. [cité 23 juill 2017]. Disponible sur: https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm

5. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP). Travaux et Réalisations 2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2017/04/Livret-Chiffres-Cl%C3%A9s-2016.pdf

6. Boisguerin B, Brilhault G, Ricroch L, Valdelièvre H, Vuagnat A. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2014. (Le panorama des établissements de santé). Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014_dossier2.pdf

7. Code de la santé publique - Article R710-2-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006802399&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20021222

8. Commune de Saint Palais. Donapaleu Herria [Internet]. Saint-Palais au Pays Basque - 64. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: http://www.saint-palais.fr/

9. Atlas de démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

10. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2

11. Les Pyrénées-Atlantiques à grands traits | Insee [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908475

12. Définition - Bassin de vie | Insee [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060

13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

14. Code de Déontologie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf

15. Code de la santé publique - Article L4163-7 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688996

16. Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2015.

17. Activité des structures d'urgences 2015. Panorama de la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes. Observatoire Régional des Urgences du Limousin (ORULIM); 2016 juin.

18. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2003 janv. (Etudes et Résultats). Report No.: n°212.

19. Van Uden and al. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. 9 juin 2005; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1164410/

20. Mercier R. 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 d'exercice]. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2012.

21. Fayolle C. Devenir des patients à une semaine et un mois ayant consulté pour motif médical au service des urgences du Centre hospitalier de Dunkerque entre janvier 2006 et mai 2006 à propos de 399 cas. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Lille 2 Droit et Santé; 2006.

22. Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Patient Noncompliance With medical Advice After the Emergency Department Visit. Ann Emerg Med. janv 1996;

23. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge de la douleur. [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2743501/fr/7-prise-en-charge-de-la-douleur

24. Vivien B, Fontaine J-P, and al. Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU); 2010 oct. Disponible sur: http://www.sfmu.org/upload/consensus/rfe_sedation_analgesie_2010.pdf

25. Accident du travail ou de trajet : vos démarches. [Internet]. ameli.fr. 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/bayonne/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/accident/accident-travail-trajet

26. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Lille 2 Droit et Santé; 2015.

27. Deuez F. Le parcours de soin des patients pris en charge aux urgences : une étude prospective, comparant le parcours des patients adressés ou non par un médecin de ville, réalisée aux urgences médico-chirurgicales de Centre Hospitalier de Dunkerque. [Thèse d'exercice]. [Lille]: Lille 2 Droit et Santé; 2012.

28. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2003 janv. (Etudes et Résultats).

29. Bataille M. Suivi à court terme des enfants déclarés sortants après consultation aux urgences pédiatriques. [Thèse d'exercice]. [Versailles]: Versailles; 2004.

30. Calvet L, Montaut A. Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. Des dépenses comparables en institution et à domicile. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2013 Aout. (Dossiers solidarité et santé). Report No.: 42.

31. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU); 2013.

32. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and InformationTransfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. Implications for Patient Safety and Continuity of Care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831-41.

33. Thay R. Intérêt pour les médecins traitants des courriers de liaison après consultation de leurs patients aux urgences de l'hôpital Marc Jacquet de Melun. [Thèse d'exercice]. [Créteil]: Paris Est Créteil; 2012.

34. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. [Internet]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie; 2009 janv. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf

35. Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Comparaison avec les caractéristiques des usagers de la maison médicale de garde du Havre. [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Rouen; 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

CCMU P : Patients 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 la 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.

Annexe 2 : Questionnaire Patient

Numéro d'anonymat :

Accord pour réaliser l'entretien :
- ○ Oui ○ Non

Catégorie socio-professionnelle :
○ Retraités ○ Ouvriers ○ Agriculteurs exploitants ○ Employés
○ Cadres et professions libérales ○ Sans emploi ○ Etudiants

Avez-vous un médecin traitant déclaré ?
○ Oui ○ Non

Distance entre le domicile et le cabinet du médecin traitant :
○ Moins de 5km ○ Entre 5 et 10km ○ Plus de 10km

Chez votre médecin, faites-vous l'avance des frais ?
○ Oui ○ Non, car ALD ○ Non, car CMU ○ Non, car AT ou MP
○ Autres

Vous vivez ?
○ Seul ○ Avec des enfants en bas âge
○ Avec une ou plusieurs personnes âgées ○ Avec vos enfants adultes
○ Avec une ou plusieurs personnes en situation de dépendance
○ En couple ○ Chez vos parents ○ En maison de retraite

Pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou avec un handicap vivant seules, y a-t-il ?
○ Le passage journalier d'une infirmière à domicile ○ Le portage des repas
○ Une aide-ménagère ○ Un Kiné à domicile
○ Une personne de votre entourage qui vient quotidiennement
○ Aucune aide à domicile ○ Autre

Habituellement, pour voir votre médecin :
○ Vous vous déplacez à son cabinet ○ Il vous rend visite à domicile
○ Vous n'avez pas de médecin traitant

Qui vous a adressé aux urgences ?
○ Un médecin généraliste ○ Les pompiers ○ Le centre 15
○ Vous-même, vous avez décidé seul de venir aux urgences ou sur conseil de votre entourage

Si vous êtes venus de vous-même, pourquoi venir aux urgences et pas consulter un médecin généraliste ?
○ Vous ne connaissez pas de médecin généraliste
○Votre médecin ne travaillait pas ou ne pouvait pas vous recevoir
○ Vous vouliez voir un spécialiste en urgence
○ Vous pensiez que votre médecin ne pourrait pas vous soigner

○ Vous pensiez nécessiter des examens (imagerie, biologie…) en urgence
○ Pour des raisons économiques (« gratuité des urgences »)
○ Vous pensiez devoir être hospitalisé
○ Autre

Aux urgences, vous a-t-on conseillé de voir votre médecin traitant ?
○ Oui ○ Non ○ Uniquement si absence d'amélioration de votre état
○ Vous ne savez pas

Vous a-t-on remis un courrier à la sortie des urgences pour votre médecin, pour vous ou pour un autre médecin ?
○ Oui ○ Non ○Vous ne savez pas

Depuis votre passage aux urgences, avez-vous consulté votre médecin traitant pour le même problème que celui qui vous a amené à consulter aux urgences ?
○ Oui ○ Non ○ Un autre médecin ○ Pour une autre raison

Si oui, vous l'avez consulté :
○ Dans les 48H qui ont suivi votre passage aux urgences
○ Entre 48H et 7 jours

Si non, avez-vous prévu d'aller le voir dans les jours qui viennent ?
○ Oui ○ Non ○ Non mais suivi organisé avec un autre spécialiste

Pourquoi avez-vous consulté votre médecin ?
○ Vous n'étiez pas satisfait de votre prise en charge aux urgences
○ Vous aviez besoin de documents administratifs (arrêt de travail, certificat…)
○ Vous vouliez informer votre médecin de votre état de santé
○ Vous n'étiez pas soulagé ou votre état de santé ne s'améliorait pas avec le traitement prescrit aux urgences
○ Vous n'avez pas supporté le traitement prescrit aux urgences
○ Pour voir avec votre médecin les résultats des examens réalisés
○ Parce que le personnel des urgences vous l'avait conseillé
○ Autre

Votre médecin a-t-il ?
○ modifié l'ordonnance ○ prescrit de nouveaux examens
○ rédigé des documents administratifs ○ n'a rien modifié
○ autre

Vous n'avez pas vu votre médecin car :
○ Vous n'avez pas eu le temps ○ Vous êtes guéri
○ Vous êtes satisfait de la prise en charge des urgences et ne voyez pas l'interet de voir votre médecin
○ Vous avez un suivi organisé avec un autre spécialiste
○ Autre

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 leurs 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Suivi des patients par leur médecin traitant après leur passage aux urgences d'un hôpital en territoire rural à Saint Palais (64).

Résumé

Introduction : Le médecin traitant doit être au centre de la prise en charge des patients. Or c'est rarement le cas dans le contexte de l'urgence. Nous avons donc voulu savoir s'il existait des déterminants sur lesquels agir pour améliorer le suivi par le médecin traitant après le passage aux urgences.
Objectif : Identifier les principaux déterminants de la consultation des patients auprès de leur médecin traitant précocement après leur sortie des urgences.
Méthode : Étude observationnelle prospective réalisée en mai 2017 à Saint Palais sur les patients considérés sortants après leur passage aux urgences.
Résultats : 102 patients ont pu être inclus après leur passage aux urgences. 74,5% d'entre eux étaient venus d'eux-mêmes aux urgences pour des motifs principalement traumatologiques (57%). 30% avaient vu leur médecin traitant dans les 7 à 10 jours suivant leur passage aux urgences. Les motifs les plus cités de cette consultation étaient de ne pas être soulagé (36%) et d'informer leur médecin (28%). Certains ne consultaient pas car ils avaient un suivi organisé avec un autre spécialiste (39%). On constatait une différence significative de consultation chez les patients âgés ($p<0,05$), voyant leur médecin à domicile ($p<0,01$), bénéficiant d'un tiers payant ($p<0,01$), ceux ayant été adressés aux urgences ($p<0,01$) et y ayant reçu le conseil de consulter leur médecin ($p<0,01$).
Conclusion : Insister sur le suivi avec le médecin traitant lors d'un passage aux urgences pourrait permettre d'améliorer la position de pivot du médecin traitant dans la prise en charge des patients.

Mots-clés : parcours de soins, médecin traitant, post-urgence.

Follow-up care by the Primary care physician after a visit at the emergency department in the rural area of Saint Palais (64).

Summary

Introduction: The Primary Care Physician (PCP) has to be the patient's main referral. Unfortunately, in the emergency context, it's rarely the case. The goal was to understand the factors that we could leverage in order to improve the patient's management by the PCP.
Aim: To identify the main determinants of the patient's visit to their PCP shortly after a visit at the emergency department (ED).
Method: From May 1 to May 30 2017, we conducted a prospective, observational study at Saint Palais on outpatients visiting the ED.
Results: 102 patients were included after the ED visit. 74.5% were walk-in patients, mostly for trauma complaints. 30% have visited their PCP in the next 10 days following their visit. The most frequent chief complaints were to not being relieved (36%) and to inform the PCP (28%). Some patients had a follow-up visit with a specialist, and therefore didn't see their PCP (39%). There was a significant difference in the follow-up visit for elderly patients ($p<0.05$), patients consulting their PCP at home ($p<0.01$), patients who benefit from the universal health coverage system ($p<0.01$), patients were referred to the ED by their PCP ($p<0.01$) and those who received the order to follow-up with the PCP by the emergency physician ($p<0.01$).
Conclusion: Insisting on patient's follow-up by their own PCP after an ED consulting may improve the central position of the PCP in the management of patients.

Keywords: patient's track, primary care physician, emergency department.

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'U.F.R : 146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux, CEDEX