



HAL
open science

Évaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire

Louis-Alexandre Mendez

► **To cite this version:**

Louis-Alexandre Mendez. Évaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755257

HAL Id: dumas-01755257

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755257>

Submitted on 6 Jun 2018

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Louis-Alexandre Mendez

né le 22 Août 1981 à Mexico

**Evaluation des
déterminants chez les
patients se rendant
aux urgences pour
des sutures
réalisables en
ambulatoire**

**Thèse soutenue à Rennes
le 02/12/2016**

devant le jury composé de :

Jacques Bouget

Professeur - CHU Rennes / *Président*

Claude Guiguen

Professeur- CHU Rennes / *Juge*

Eric Méner

Professeur associé – DMG Rennes / *Juge*

Alain Caubet

Médecine et santé au travail / *Juge*

Virginie Blons

Médecin urgentiste - SOS Médecins Rennes /
Membre invité

Jean-François Brun

Médecin urgentiste - SOS Médecins Rennes /
directeur de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée par

Louis-Alexandre Mendez

né le 22 Août 1981 à Mexico

**Evaluation des
déterminants chez les
patients se rendant
aux urgences pour
des sutures
réalisables en
ambulatoire**

**Thèse soutenue à Rennes
le 02/12/2016**

devant le jury composé de :

Jacques Bouget

Professeur - CHU Rennes / *Président*

Claude Guiguen

Professeur- CHU Rennes / *Juge*

Eric Méner

Professeur associé – DMG Rennes / *Juge*

Alain Caubet

Médecine et santé au travail / *Juge*

Virginie Blons

Médecin urgentiste - SOS Médecins Rennes /
Membre invité

Jean-François Brun

Médecin urgentiste - SOS Médecins Rennes /
directeur de thèse

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités Emérite	
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
Professeur des Universités Emérite	
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
Professeur des Universités Emérite	
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud DECAUX Olivier	Cancérologie; radiothérapie Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Pneumologie; addictologie Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan DRAPIER Dominique DUPUY Alain ECOFFEY Claude	Cardiologie Psychiatrie d'adultes; addictologie Dermato-vénéréologie Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence Neurologie
EDAN Gilles FERRE Jean Christophe FEST Thierry FLECHER Erwan	Radiologie et imagerie Médecine Hématologie; transfusion Chirurgie thoracique et cardiovasculaire Chirurgie infantile Pédiatrie
FREMOND Benjamin GANDEMER Virginie GANDON Yves GANGNEUX Jean-Pierre GARIN Etienne GAUVRIT Jean-Yves GODEY Benoit GUGGENBUHL Pascal GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Radiologie et imagerie Médecine Parasitologie et mycologie Biophysique et médecine nucléaire Radiologie et imagerie Médecine Oto-rhino-laryngologie Rhumatologie Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François GUYADER Dominique	Urologie Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Hématologie; transfusion Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite JEGO Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck JOUNEAU Stéphane KAYAL Samer	Oto-rhino-laryngologie Pneumologie; addictologie Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie

LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
Professeur des Universités en surnombre	
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Professeur des Universités en surnombre	
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric	Médecine générale
(Professeur associé des universités de MG)	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
(Professeur associé)	
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Médecine générale
(Professeur associé des universités de MG)	
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie

RIOUX-LECLERCQ Nathalie ROBERT-GANGNEUX Florence ROPARS Mickaël	Anatomie et cytologie pathologiques Parasitologie et mycologie Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEGUIN Philippe SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent TADIÉ Jean Marc TARTE Karin TATTEVIN Pierre	Chirurgie générale Réanimation; médecine d'urgence Immunologie Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan THIBAUT Vincent	Nutrition Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie VERHOYE Jean-Philippe	Pédopsychiatrie; addictologie Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc VIEL Jean-François	Neurologie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile VIOLAS Philippe WATIER Eric	Néphrologie Chirurgie infantile Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie

N° d'ordre :

ANNÉE 2016

SCHNELL Frédéric
THEAUDIN Marie épouse SALIOU
TURLIN Bruno
VERDIER Marie-Clémence(Lorne)

ZIELINSKI Agata

Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Pharmacologie fondamentale;
pharmacologie clinique; addictologie

Remerciement

A monsieur le Professeur Bouget,
merci d'avoir accepté de présider mon jury, mais je vous remercie tout particulièrement pour avoir su me guider au cours de mes premiers pas d'interne. Vous avez toujours su trouver le mot juste afin de garder les troupes mobilisées lors de ce premier semestre au BUR qui restera à jamais inoubliable, et vous y êtes pour beaucoup. Merci, et profitez bien de cette nouvelle vie que vous avez bien mérité!

A monsieur le Professeur Guiguen,
vous avez spontanément répondu favorablement à ma demande afin de participer à mon jury, et je vous en remercie sincèrement. Merci également pour avoir su diriger le DU de Médecine tropicale, que vous avez enrichi par votre immense savoir et votre amour pour le partage.

A monsieur le Professeur Mener,
votre présence dans le jury en tant que médecin généraliste mais également en tant qu'hypnothérapeute est très importante à mes yeux et je vous remercie d'avoir accepté mon invitation. Vous m'avez mis le pied à l'étrier pour entrer dans le monde d'Erikson, et je vous remercierai toujours d'avoir enrichi ma palette de médecin généraliste avec ce merveilleux outil qu'est l'hypnose.

A monsieur le Docteur Caubet,
je vous prie d'accepter mes plus grands remerciements pour votre participation à ce jury, et je ne doute pas de la qualité de vos enrichissements lors de la présentation de cette thèse.

A madame le Docteur Blons,
je tiens à vous remercier pour votre présence dans ce jury de thèse en tant qu'invitée. Vous avez su me guider lors de mes premiers remplacements à SOS, vous avez eu l'infinie patience de me donner des conseils de comptabilité et vous avez su me montrer que l'on pouvait faire de l'excellent travail en tant que médecin tout en gardant un immense sourire quelques soient les circonstances!

A monsieur le Docteur Brun,
ces quelques lignes ne suffiront jamais assez pour vous transmettre toute ma gratitude envers tout ce que vous avez su m'apporter en tant que médecin mais également en tant qu'homme. Vous avez su apprendre à voler à votre premier padawan, et maintenant, grâce à vous, il ira explorer de nouveaux horizons. Et merci infiniment pour l'énergie que vous avez su me transmettre dans l'élaboration de cette thèse !

A mes parents,

tout l'amour que vous avez su me donner depuis mon premier jour de vie, toutes ces années ou vous avez veillé sur moi, de près ou de loin, font qu'aujourd'hui vous pouvez vous dire que vous avez un enfant heureux. J'espère pouvoir vous rendre un jour tout ce que vous m'avez donné, en attendant, MERCI, votre deuxième petit docteur qui vous aime.

A Nicolas,

tu m'as dit que les remerciements étaient un des moments les plus durs de ta rédaction de thèse, je le confirme. Comment condenser en quelques mots tout l'amour que j'ai pour toi, et toute mon admiration? Tout simplement en souhaitant à tout le monde d'avoir la chance d'avoir un frère comme toi à ses côtés. A très bientôt sur ton petit caillou fréro.

A Mami, papi, Michel, Francette, Marie-Aude,

même si avec la famille Valois, ce n'est pas toujours le grand calme, vous avez tous, chacun à votre manière, contribué à mon évolution. Car votre bienveillance à mon égard m'a toujours rassurée, encouragée depuis mon enfance et durant ces longues études. Alors merci à vous.

A ma famille Mendez,

car nous sommes trop nombreux pour vous remercier de façon individuelle, vous faites chacun à votre façon partie de moi, et je tiens particulièrement à vous remercier Lucy, Johan et Maripy de votre présence en ce jour si important dans une petite vie de docteur.

A Perrine,

pour l'amour que tu sais me donner au quotidien, pour la patience dont tu fais preuve au quotidien. Cette thèse se termine aujourd'hui, notre histoire va alors ouvrir un nouveau chapitre rempli de bonheur, de partage et encore plus d'amour.

A la famille Ruckebusch,

Pour votre gentillesse et bienveillance à mon égard ainsi que pour votre présence en ce jour.

A Pierrot,

Pour toutes ces années parcourues ensemble, depuis le premier jour de nos études... Nous avons toujours su faire le nécessaire pour garder une place particulière dans la vie de l'un comme de l'autre, et cela ne risque pas de changer dans les décennies à venir! Je n'ai qu'un mot qui revient à ma tête quand je pense à notre amitié: solide!

A Sisi,

ta folie n'a d'égal que ta gentillesse et ton altruisme, et c'est tellement agréable d'avoir quelqu'un comme toi parmi ses proches! Merci sisi, et, tiens toi droite!

A Soso,

car bien que de nombreux obstacles se sont toujours dressés devant nous, à l'image de mes chats, notre amitié est toujours retombée sur ses pattes. Merci pour toutes ces années de soutien mutuel! Promis je continuerai à ouvrir mes « kracha ».

A Poka,

voilà ma Poka, ton docteur bambino en a fini avec ces études qui lui auront permis de gagner une bien belle belle-sœur!!

A Cedric,

car il n'y a pas de hasard dans la vie, longue vie à petit keke ! Merci pour tout.

A Julie,

pour tout ce que tu m'as apporté et fait évoluer depuis ce wei avec Charles Ingalls and co!

A mon équipe poitevine,

je ne peux que vous remercier pour tout le bonheur que vous m'apportez chacun à votre façon : Béné, Sophie, Pierre, Orane, Anne, Ponita, Marianne, Fredo, Aurelie, Joe, tite pomme, Damien.

A mon équipe bretonne,

car grâce à vous, c'est un peu une nouvelle petite famille qui m'entoure: Marion, Jeep, boulette, Ben, Sina, Maxim, Math, Laure, Lizzie, Rosalie, Jessy, Nico, Paupau, lady, Perle! A tres vite pour de nouvelles aventures ! et, What Else!

A Caro, Flo et Suerty,

vous avez su être présent quand il le fallait, et de la même façon vous pourrez toujours compter sur moi! A bientôt pour nos longues discussion sur l'origine de la vie !

A Anna,

Tu représentes la délégation argentine, et également une personne sur qui je peux compter n'importe quand et réciproquement! Merci pour tout, et merci d'être la aujourd'hui!

A l'hôpital de Dinan,

un an et demi d'interne, ça laisse des traces... ! Merci à la gériatrie, à vous le trio gagnant: Anabelle, Armelle et Celine! A Nelly pour avoir été ma maman d'adoption pendant cette période.

A mes amis de Brocéliande,

comme le dit le petit prince de saint Exupéry: « Connaître ce n'est pas démontrer, ni expliquer. C'est accéder à la vision. » A vos côtés j'apprends à mieux voir, et je vous en remercie!

A Jerry, Hercule, Raul, Billy, Timmy, Minus pour votre amour sans limite à mon égard et votre présence au quotidien dans les bons comme dans les mauvais jours !

« Vous êtes comme était mon renard. Ce n'était qu'un renard semblable à cent mille autres. Mais j'en ai fait mon ami, et il est maintenant unique au monde. » Le Petit Prince (1943) de Antoine de Saint-Exupéry

Table des matières

I – Introduction	13
II – Matériel et Méthode	14
1 – Type d'étude	14
2 – Critères d'inclusion	14
3 – Déroulement de l'étude	14
4 – Méthode statistique	15
III – Résultats	16
1 – Caractéristiques de la population	16
2 – Passage aux urgences	16
3 – Information données aux patients	16
4 – Orientation des patients	17
5 – Connaissance des patients sur la possibilité de se faire suturer au cabinet du médecin généraliste	17
6 – Degré d'urgence ressenti	19
7 – Public/privé	19
8 – Recours à un autre type de réseau de santé	19
IV – Discussion	20
1 – Caractéristiques de la population	20
2 – Connaissance des réseaux de santé par la population	20
3 – La médecine générale face aux urgences de type petite suture	22
4 – D'autres alternatives	23
5 – Limites et biais	23
V – Conclusion	24
VI – Références bibliographiques	25
VII – Annexes	27

Lexique

- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

I - Introduction

Chaque année, l'activité des Services d'Accueil aux Urgences ne cesse de croître en passant de 13,6 millions de passages en 2002 à 18,5 millions en 2011 réparties sur 750 structures d'après la DREES dans son rapport en 2013 [1]. Ainsi, cela représente une augmentation de 30 % en dix ans comme le confirme la cour des comptes dans son rapport de 2014[2]. En ce qui concerne le CHU de Rennes, on dénombre 49673 passages en 2014 avec une augmentation de 7% en 4 ans [3].

En leur sein, la prise en charge des actes de petite chirurgie représente une activité quotidienne importante, environ 16% soit plus de un patient sur dix [4]. Pour les patients présentant une plaie redevable d'une fermeture chirurgicale, et après un examen clinique en suivant les dernières recommandations de décembre 2005 de la SFMU sur la prise en charge des plaies [5], on différencie deux types de prise en charge:

prise en charge simple ou nécessité d'un avis spécialisé.

Par ailleurs, dans le cadre des études médicales, l'enseignement des gestes de médecine d'urgence est une obligation.

La partie théorique est enseignée au cours du deuxième cycle des études médicales depuis l'arrêté du 10 Octobre 2000 [6].

La partie pratique est, quant à elle, enseignée au cours du DES de médecine générale depuis l'arrêté du 22 Septembre 2004 qui a reconnu la médecine générale en tant que spécialité. Le passage durant un semestre dans un service d'urgence fait partie des stages imposés au sein de la maquette de l'interne en médecine générale. En complément, les gardes aux urgences durant les stages hospitaliers sont également obligatoires et participent à la formation des futurs médecins généralistes [7].

Par ailleurs, environ un tiers des médecins généralistes réservent des plages horaires pour la prise en charge des urgences, les autres ajoutent les demandes urgentes entre deux patients. De plus, un cabinet de médecine générale sur trois possède une salle d'urgence [8].

Les études réalisées se sont attachées à chiffrer des données numériques, qui ne reflètent pas les motivations des patients à se rendre aux urgences. C'est notamment le cas de l'enquête de la DREES citée *supra*[1], mais peu d'études ont évalué la connaissance des patients sur les parcours de santé alternatifs aux urgences pour des pathologies pouvant relever de la médecine générale.

Nous sommes donc, en ce qui concerne la petite chirurgie ambulatoire, face à l'une des problématiques bien identifiées qui participe à la saturation des services d'urgences par des patients qui pourraient être pris en charge en amont. Dans le même temps, des solutions non hospitalières sont présentes, auxquelles il n'est pas fait recours.

En nous basant sur l'exemple de la prise en charge de plaies à suturer réalisables au cabinet de médecine générale, l'objectif de cette étude est donc d'identifier les motivations qui poussent les patients à venir consulter dans les services d'urgence, d'évaluer le cheminement dans le parcours de soin qui leur fait prendre une décision inadaptée, et de rechercher par quels moyens obtenir leur sensibilisation à la possibilité d'être soigné sans avoir recours aux Services d'Accueil des Urgences lorsque cela n'est pas pertinent.

II- Matériel et Méthode

1- Type d'étude

Afin de répondre à cet objectif, le choix s'est porté sur une étude épidémiologique, descriptive, prospective, quantitative et multi-centrique par questionnaires hétéro-administrés.

Un questionnaire a été soumis aux patients qui correspondaient aux critères d'inclusion afin de connaître le parcours de soins les ayant conduits aux urgences.

2- Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion a été: tout patient adulte ayant été suturé aux urgences pendant les heures ouvrables des cabinets de médecine générale sans avoir eu besoin d'un avis spécialisé [5].

Le critère du type de suture dite simple a été établi grâce aux recommandations de la SFMU de 2005 : si l'examen clinique ou l'exploration soigneuse de la plaie mettent en évidence des lésions d'éléments nobles, la plaie est confiée au chirurgien. Si l'exploration ne peut pas être complète ou laisse persister un doute, un avis chirurgical est nécessaire [5].

Les patients ayant dû bénéficier d'une imagerie à titre d'examen complémentaire, ont été inclus car on a considéré qu'il est tout à fait possible de bénéficier de tels examens en ambulatoire aux heures ouvrables en urgence.

En complément de l'évaluation de la connaissance des réseaux de santé et du parcours de soins, ont été évaluées également les caractéristiques de la population (âge, sexe) et le degré d'urgence ressenti par cette dernière.

3- Déroulement de l'étude

Le recueil de données s'est déroulé sur une période de deux semaines, du lundi 18/04/2016 au vendredi 29/04/2016 simultanément dans tous les centres d'accueil d'urgences participant à l'étude.

Le créneau a été choisi hors vacances scolaires / jours fériés, sur une plage horaire entre 8h et 19h, cela afin d'obtenir une évaluation au moment de pleine activité des médecins généralistes, qui auraient été en mesure de réaliser une suture au cabinet.

L'accord préalable des responsables des services d'urgence participant à l'étude avait été sollicité préalablement ainsi que la réalisation d'un entretien avec le personnel soignant des services concernés dans chaque centre de recueil.

Les services d'urgences ont été:

- Centre des Urgences de Rennes - CHRU Pontchaillou (CUR)
- Service des urgences de l'Hôpital Privé de Cesson-Sévigné
- Service des urgences du CHP de Saint-Grégoire
- Clinique mutualiste de La Sagesse
- Centre Hospitalier de Saint-Brieuc

Les médecins urgentistes de la clinique de Cesson-Sévigné, Saint Grégoire et la Sagesse ont tous reçu un mail la semaine précédant le début de l'étude contenant la fiche de thèse ainsi que le questionnaire type qui allait être distribué. A l'hôpital de Saint Briec, ce sont les internes des urgences qui ont reçu le mail. Enfin, aux urgences de Rennes, le recueil des questionnaires a été assuré par l'investigateur de l'étude.

Tous les deux jours un relevé des questionnaires a été réalisé dans chaque centre, en refaisant le point avec les médecins sur place.

4- Méthode statistique

Pour les analyses statistiques, on a considéré un échantillon d'effectif $N=42$. Les variables quantitatives sont exprimées par leurs moyennes, médianes et étendues. Les variables qualitatives sont représentées sous forme d'effectifs et de pourcentages. La précision de l'estimation des variables statistiques étudiées a été évaluée à l'aide d'intervalles de confiance au seuil de 95 %.

Dans le cadre de la comparaison des sous-groupes hôpitaux privés/publics, le test t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes d'âge et les tests du chi 2/chi 2 corrigé de Yates (à un degré de liberté) ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives à 2 modalités. Un seuil de signification de 5% a été retenu sous une hypothèse bilatérale. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du tableur Excel.

Pour la comparaison des variables quantitatives a été utilisé le logiciel de « XLStats » avec le test de Mann Whitney.

III- Résultats

1- Caractéristiques de la population

Au total 42 questionnaires exploitables ont été recueillis.

La population ayant recours à ce genre de suture présente un âge moyen de 47 ans avec un intervalle de confiance à 95% entre 40 et 62 ans. L'âge le plus jeune retrouvé étant de 18 ans et le plus élevé de 94 ans.

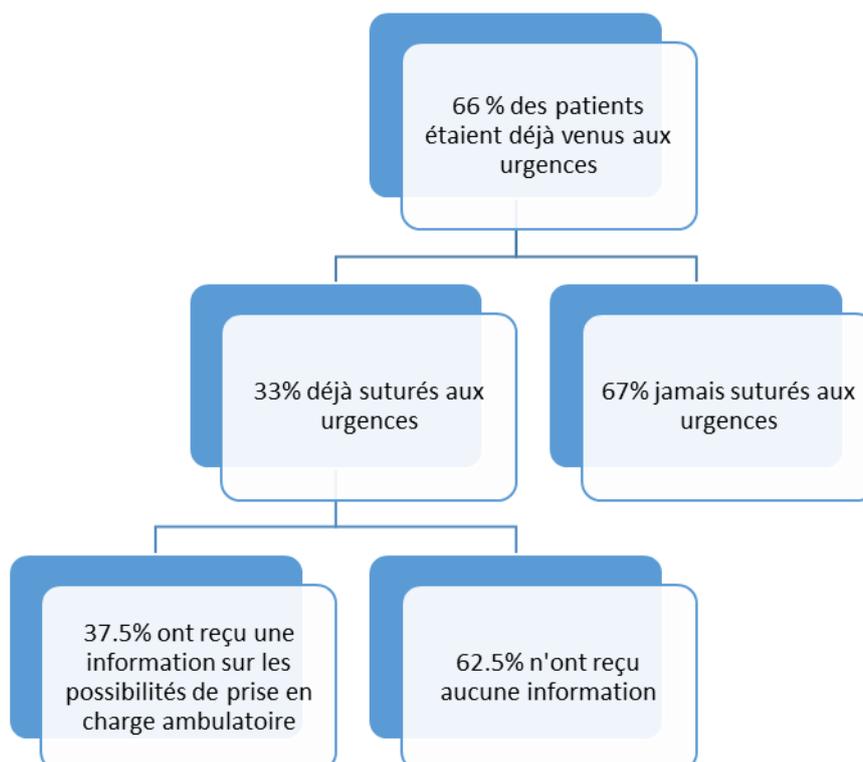
Il s'agit essentiellement d'une population masculine, avec 60% de questionnaires remplis par des hommes.

2- Passage aux urgences

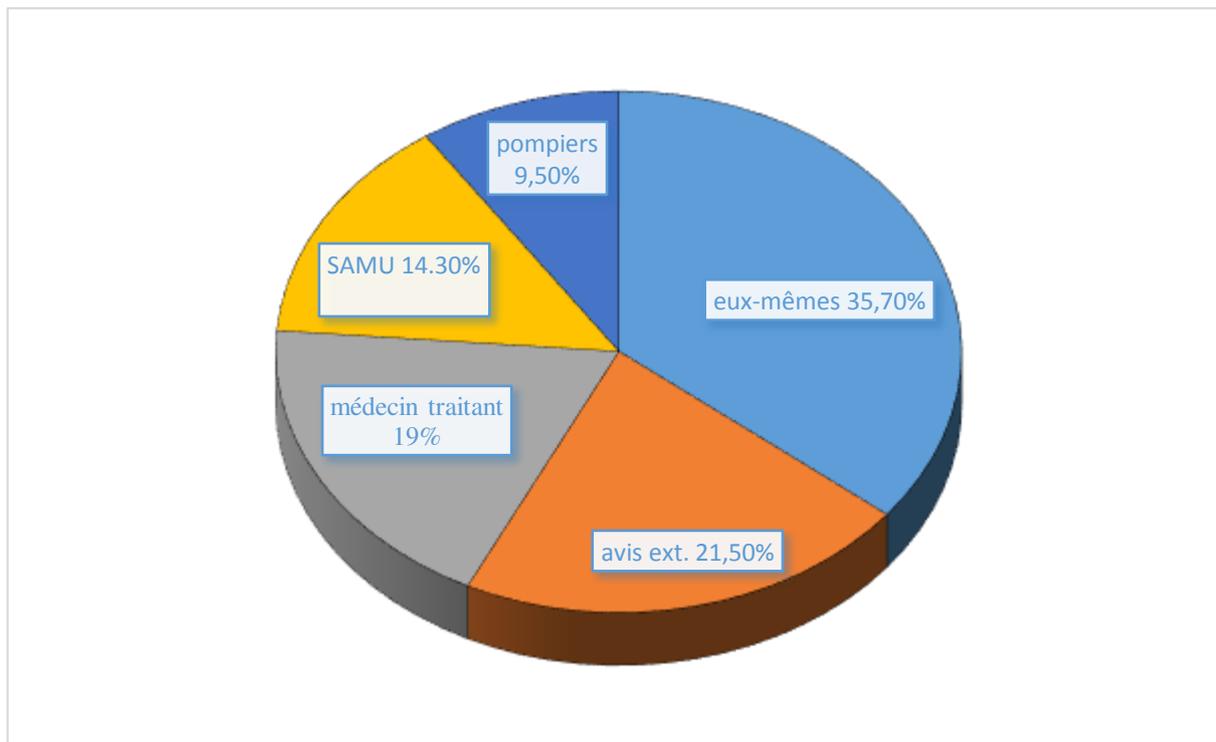
Deux tiers des patients (66%) étaient déjà passés aux urgences, dont 33% avaient déjà été suturés au moins une fois dans cette structure. Dans cette population, l'on retrouve 77% d'hommes avec une moyenne d'âge de 38 ans.

3- Information donnée aux patients

Parmi les patients ayant déjà bénéficié d'une suture, seuls 37,5% disent avoir reçu une information sur les différents choix de prise en charge ambulatoire avec un intervalle de confiance à 95% entre 13,8 et 61,3%.



4- Orientation des patients



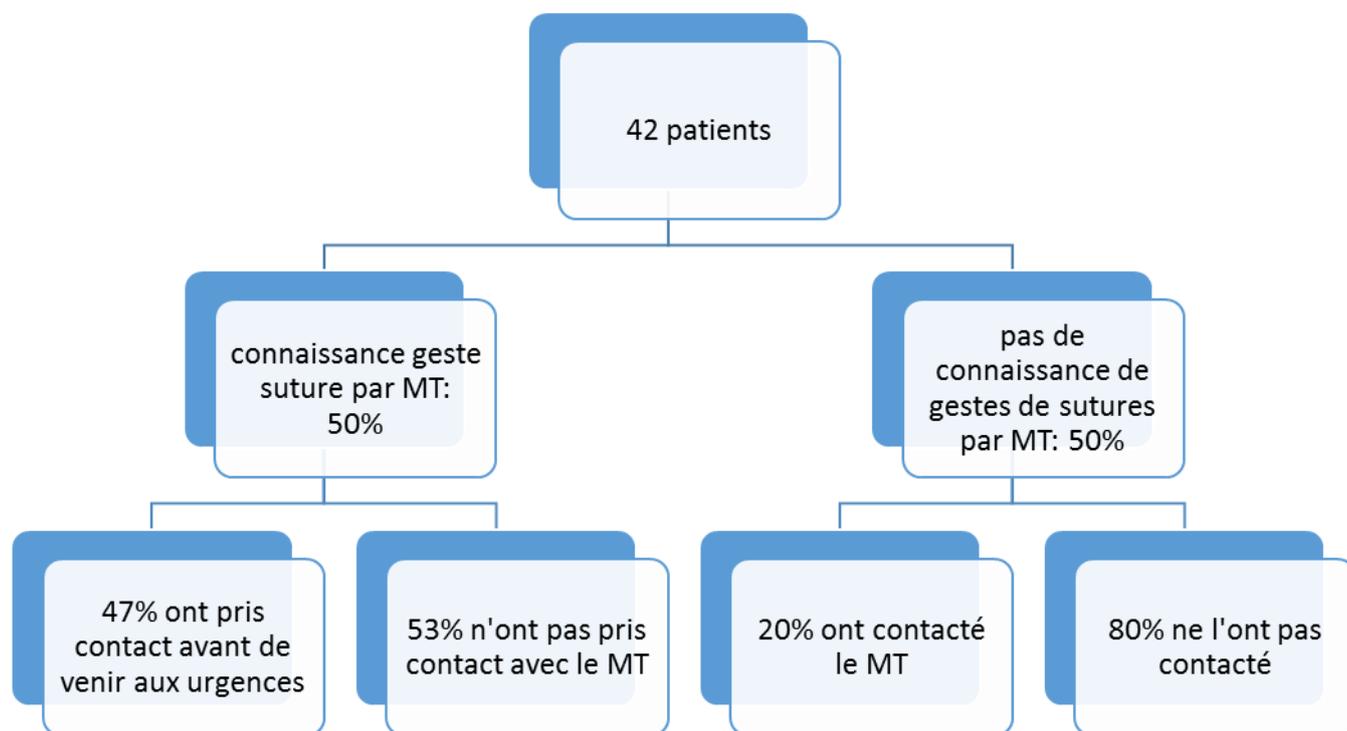
57,2% des patients sont venus directement ou n'ont pas bénéficié d'un avis médical ou paramédical préalable. On retrouve 19% ayant eu recours au médecin traitant avant de se rendre aux urgences.

5- Connaissance des patients sur la possibilité de se faire suturer au cabinet du médecin généraliste

L'on constate que la moitié (50%) des patients savent que leurs médecins a la capacité de gérer les sutures simples en cabinet (intervalle de confiance à 95% [35-65%]).

Parmi ceux qui en avaient connaissance, 47% avaient pris contact avec leur médecin généraliste.

Parmi ceux qui n'avaient pas connaissance, 80% n'avaient pas pris contact avec le généraliste.



Un peu plus d'un tiers des patients (38,5%) n'ayant pas connaissance de la possibilité de consulter le médecin traitant l'auraient fait dans le cas contraire (intervalle de confiance à 95% étant [29,5 – 60,4] %).

Un calcul a permis de distinguer puis d'évaluer deux populations :

- Celle ayant pris contact avant d'aller aux urgences / celle n'ayant pas pris contact
- Celle qui aurait pris contact si elle avait su / celle qui ne l'aurait pas fait même en sachant

Les critères comparatifs étaient le sexe et l'âge.

- La première comparaison n'a retrouvé aucune différence significative.
- La deuxième a retrouvé comme seule différence significative le sexe : une plus grande quantité d'hommes auraient consulté si ils avaient su que leur médecin traitant suturait au cabinet ($p=0,03$)

6- Degré d'urgence ressenti

Le degré d'urgence a été coté sur une échelle réalisée de façon arbitraire, cette dernière allant de zéro à cinq. Zéro ne représentant aucun degré d'urgence, cinq celui de l'urgence maximale.

Le degré d'urgence ressenti par le patient était pour 76% entre [2-5] sur une échelle avec un intervalle de confiance de 95% [62,9 – 90%].

Parmi ces 76 %, un peu moins d'un tiers (29,6%) ont contacté leur médecin traitant ou bien pris un avis préalable.

De même, parmi les 24% ne considérant pas leur situation comme une urgence, seuls 20% ont contacté leur médecin préalablement.

7- Public/privé

Une comparaison entre la population se rendant aux services d'urgences publiques (CHU de Rennes et CH de Saint Briec) avec celle se rendant au privé n'a pas permis de retrouver de différences significatives avec les paramètres suivants :

- déjà venu aux urgences
- connaissance des gestes réalisables par le médecin généraliste
- prise de contact préalable avec le médecin traitant
- degré d'urgence ressenti
- prise de contact avec le généraliste s'ils avaient eu connaissance

8- Recours à un autre type de réseau de santé

Un peu plus de la moitié des patients, 57,2% (pour un intervalle de confiance à 95% entre 42,3 et 72,2 %), avait déjà eu recours au centre 15, à SOS Médecins ou à un cabinet de garde.

IV- Discussion

1- Caractéristiques de la population

Le type de la population retrouvée, à savoir une majorité d'hommes avec un âge moyen de 38 ans est en accord avec les études ayant étudié les caractéristiques des patients se rendant aux urgences pour ce genre de prise en charge [9]. En effet, l'on retrouve notamment sur une étude « Activité des services d'urgence en Ile de France » en juin 2014, une moyenne d'âge de 42 ans avec un *sex-ratio* d'hommes à 1,20 pour les patients entrant dans la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) 1 et 2 [9]. Ces chiffres sont équivalents à ceux du rapport de la DREES [4]

2- Connaissance des réseaux de santé par la population

Toujours selon le rapport de la DREES 2013 et celui de la cour des comptes 2014, un tiers des patients se rendant aux urgences a entrepris au préalable une première démarche avant de s'y rendre [2][4]. Ce qui est légèrement inférieur aux 42,8% de l'étude. Cette différence se situe probablement du fait que l'étude de la DREES a comptabilisé toutes les pathologies retrouvées aux urgences. En ciblant une pathologie qui peut relever de l'ambulatoire, on peut supposer qu'une plus grande quantité de patients a pu faire la démarche de consulter une tierce personne en première intention. Ceci reflète la tendance croissante depuis 10 ans conduisant à s'adresser directement aux services d'urgences de façon non justifiée, voire irréfléchie.

En revanche, peu d'études ont évalué la connaissance des patients sur le système de soins. On peut ici constater que la moitié des patients ne savent pas que leur médecin traitant est tout à fait capable de gérer des sutures simples. Encore plus étonnant est de constater que 61,5% ne l'auraient pas consulté quand bien même ils auraient su qu'ils pouvaient le faire.

Or, si la loi du 4 Mars 2002 stipule que toute personne a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées (Art. L. 1110-5), il est également mentionné que les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose (Art. L. 1111-1) [10]. Dans cette étude on peut s'apercevoir que seul un cinquième (20%) des patients ne considérant pas leur situation comme une urgence ont fait la démarche d'avoir un avis médical ou paramédical avant de se diriger spontanément vers les urgences hospitalières.

Il semble en conséquence indispensable aujourd'hui de réaliser une vraie campagne de sensibilisation sur les différents parcours de soins qui s'offrent au patient pour des pathologies pouvant s'avérer urgentes mais ne mettant pas son pronostic vital en jeu. Il est important de l'informer ou de lui rappeler qu'il a la possibilité d'avoir recours à un médecin dans des délais adaptés sans avoir besoin de recourir systématiquement aux urgences.

Parmi les 57,2% s'étant directement adressé aux urgences dans cette étude, cela aurait probablement permis de diminuer ce chiffre et donc d'alléger la charge de travail de ces établissements. De même, pour les 61,5% qui n'auraient pas consulté même en sachant qu'il y avait d'autres alternatives. Le questionnaire de cette étude n'a pas permis de détailler les raisons déterminants une telle réponse. Or, il semble évident qu'une responsabilisation des patients doit être obtenue comme le dit la loi du 4 Mars 2002 suscitée, et ce afin de garantir la pérennité du système de santé. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ainsi que l'HAS sont en mesure de réaliser ces campagnes de sensibilisation à un niveau national.

Les salles d'attentes des cabinets ou l'accueil des urgences semblent des lieux propices pour expliquer l'importance d'un avis médical ou bien d'un avis téléphonique via un centre de régulation avant de se rendre aux urgences par ses propres moyens. On peut ainsi constater dans cette étude que 33% des patients avaient déjà bénéficié d'une suture aux urgences, or, 62,5% ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur les différentes solutions que le système de soin français propose avant de se rendre aux urgences de façon systématique. Cela ne signifie pas obligatoirement qu'il n'ont reçu aucune information, mais plutôt qu'il ne s'en souviennent pas.

L'HAS définit les parcours de soins dans sa circulaire V2014 par: « Ils résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels » [11].

Les services d'urgences ont donc un rôle prépondérant dans l'information et l'éducation des patients lors de leur passage dans ces structures, tant par le biais d'informations visuelles ou de prospectus pédagogiques que par la délivrance de consignes par le personnel de santé.

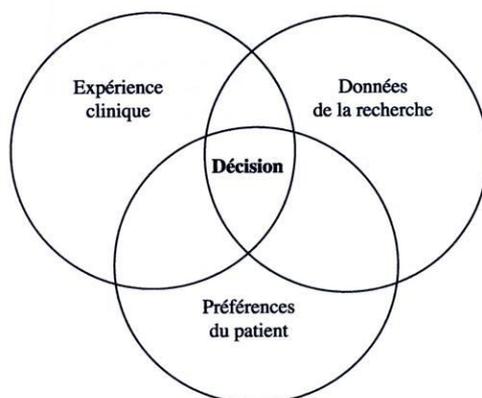
Par ailleurs, *a contrario*, 2/3 des patients n'étant pas au courant du champ des compétences de leur médecin traitant ne l'auraient de toute façon pas sollicité quoi qu'il arrive. On constate alors qu'il existe un véritable travail de fond à réaliser chez eux en termes d'éducation en espérant un changement des comportements ancrés dans la population. Cette étude s'est penchée sur les sutures simples, mais cette réflexion pourrait s'étendre à bien d'autres motifs de sollicitations des urgences tels que la fièvre, une douleur modérée, traumatismes bénins...

Il ne s'agit bien sûr pas d'incriminer une lacune particulière du système de soin, mais plutôt de mettre en évidence les carences actuelles afin d'essayer d'optimiser la prise en charge du patient par le personnel médical adapté à la situation.

3- La médecine générale face aux urgences de type petite suture

Les médecins généralistes sont actuellement confrontés à une problématique croissante de saturation de leurs plannings pour diverses raisons, comme le démontre un rapport du conseil de l'Ordre [12], tout en devant continuer à assurer la prise en charge des urgences du quotidien.

La décision de prise en charge médicale la plus rationnelle et appropriée est résumée dans les principes de l'*Evidence Base Medicine* (EBM)[12][13].



Ce schéma nous rappelle le rôle de médecin et du patient dans une prise en charge optimale. Or dans l'étude, on a pu constater que parmi les patients ayant connaissance des capacités du médecin généraliste à gérer les sutures, 47% avaient pris contact mais s'étaient néanmoins retrouvés aux urgences. Le questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence les raisons pour lesquelles le patient ne s'est pas rendu au cabinet et ce malgré la prise de contact initiale.

Des études ont montré qu'il n'y avait plus qu'environ un tiers des généralistes qui réservaient des créneaux pour la prise en charge des urgences [8]. De même, un tiers d'entre eux possède une salle d'urgence [8]. Il semble donc difficile de concevoir que l'EBM soit réalisable dans tous les cabinets en regard de cet exemple de la prise en charge de sutures simples. Certains cabinets fonctionnant en association, se sont organisés afin de réserver un médecin par journée dans la semaine pour la prise en charge des urgences [15]. Ne serait-ce pas une piste à explorer dans le cadre de l'organisation des maisons médicales? Elle est proposée actuellement dans un rapport de l'ARS de juillet 2015 [16].

Ce dernier propose par ailleurs, de créer une nomenclature dans les cotations des généralistes afin de les inciter à élargir ou créer des plages horaires dédiées aux « actes non programmés » comme cela existe déjà dans le cadre des visites, ainsi qu'une ouverture aux plages horaires diurne des maisons médicales de garde. Cela permettrait d'élargir les possibilités d'orientation de l'Infirmière d'Orientatoin et d'Accueil (IOA).

En effet, outre le manque d'habitude sur le long terme [8] qui n'incite pas certains généralistes à suturer, il existe également une question de coût. En se référant à la nomenclature de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), un parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face est cotée à 25,52 euros [17]. Un simple kit de suture à usage unique coûte en moyenne 6 euros, à cela il faut ajouter un fil de suture, une paire de gants stériles, la

lidocaïne et le pansement. Or un passage aux urgences s'accompagne systématiquement d'un forfait « Accueil et Traitement des Urgences » (ATU) d'un montant de 25,32 euros [18] qui vient s'ajouter au coût de la prise en charge.

Il semble donc qu'une revalorisation du geste soit souhaitable en vue d'inciter une majorité de généralistes à de nouveau ouvrir des créneaux d'urgence pour ce type d'actes.

Nombre de mesures ont été mises en place en développant le dispositif de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) [19][20], notamment avec le développement des maisons médicales de garde. Ainsi, on peut constater dans notre étude que 57,2% des patients inclus avait déjà eu recours à un service de garde autre que les urgences hospitalières. Mais cela reste des mesures hors heures ouvrables des cabinets.

La création de maisons médicales « d'urgence » en amont des services hospitaliers au sein desquelles l'on pourrait retrouver des médecins généralistes semble peu envisageable et coûteuse si on se réfère aux 11% que représente les urgences dans le quotidien d'un médecin généraliste d'après une enquête de 2004 [1][21]. En revanche, une réorganisation des plannings de maisons médicales avec une campagne d'information des patients semble tout à fait réalisable et peu onéreuse en regard des gains de la qualité des soins prodigués envers le patient ainsi que le bénéfice économique.

3- D'autres alternatives

De plus en plus de pôles santé voient le jour, avec une interaction importante entre médecin/ Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) /Masseur-Kinésithérapeute voire sage-femme. Une alternative pourrait donc être celle de permettre aux IDE de réaliser cet acte. Ne serait-il pas envisageable d'élargir leurs champs de compétences aux gestes de suture simple avec un avis médical préalable? Actuellement le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (codifié aux articles R. 4311-1 et suivants du code de la santé publique - CSP) ne mentionne pas les sutures.

4- Limites et biais de cette étude

Tout d'abord, cette étude présente un biais de sélection notamment de recrutement.

Le recueil focalisant une population essentiellement urbaine, la vision de la prise en charge en milieu rural ou semi-rural serait probablement différente avec une relation patient-médecin autre que celle du milieu urbain. De plus, la population rurale n'a généralement pas accès à des structures de type SOS Médecins à même de réaliser ces actes en dehors de l'hôpital. Cette étude est donc avant tout valable pour la population résidant en ville.

Par ailleurs, l'étude présente une limite en regard du nombre de questionnaires exploitables utilisés. Même si les chiffres retrouvés sont cohérents avec ceux de la DREES, les intervalles de confiance à 95% sont très larges. Un calcul initial en rapportant le nombre de suture aux urgences par mois avait permis de partir sur une semaine de recueil initialement, mais au vu de la difficulté à récupérer des questionnaires dûment remplis il a été décidé de le prolonger d'une semaine. Cette difficulté est due entre autre au caractère multicentrique de l'étude qui mobilisait de nombreux intervenants

V- Conclusion

Peu d'études se sont intéressées au parcours des patients en amont des urgences [2].

La prise en charge des sutures simples dans le service des urgences a permis de mettre en lumière une problématique: comment recentrer la prise en charge de « petites urgences » (type CCMU1 et CCMU2) autour du médecin généraliste ou d'autres systèmes de soins en amont des services d'urgence qui de leur côté débordent de patients au quotidien?

Les patients ont montré qu'ils savaient avoir recours à d'autres services aux heures de fermeture des cabinets. Il s'agit donc d'être en mesure de les sensibiliser à procéder différemment, d'avoir le réflexe spontané de consulter son médecin traitant qui à son tour les prendra en charge ou les aiguillera de façon adaptée (SOS Médecins, centres de soins non programmés dont la création est en cours d'évaluation).

De leur côté, les médecins, de plus en plus regroupés dans des pôles de santé, semblent s'organiser au fur et à mesure en créant de plus en plus des plages horaires pour les urgences. Mais à ce jour, cela ne semble pas suffire car il ne s'agit pour l'instant que d'initiatives isolées.

Les instances gouvernantes auront un rôle majeur dans les campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population, ainsi que dans le changement des pratiques des médecins généralistes. Pour ces derniers, des mesures de simplification de la nomenclature associées à une revalorisation des cotations et d'une homogénéisation des organisations de planning en rapport avec les prises en charge des urgences dites « simples » (CCMU1 et CCMU2) permettra aux médecins d'exercer dans des meilleures conditions au quotidien. De même les services d'urgences auront également un rôle central dans l'éducation et information des patients lors de leurs prises en charge de ces derniers.

Enfin, un élargissement des compétences des Infirmière Diplômées d'État sous couvert médical pourrait également paraître comme une possibilité à l'avenir pour les gestes de suture les plus simples.

NOM et Prénom : Mendez Louis-Alexandre

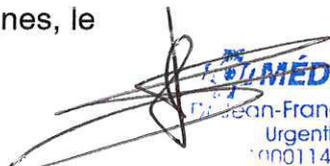
TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

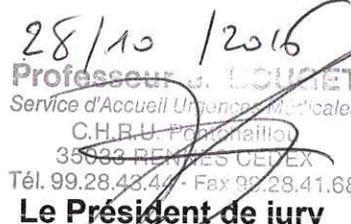
Evaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire

Rennes, le


MÉDECINS
Dr Jean-François BRUN
Urgentiste
0001140572

Le Directeur de thèse

Rennes, le

28/10/2016

Professeur J. LOUVET
Service d'Accueil Urgences Médicales
C.H.U. Pontchaillou
35033 RENNES CEDEX
Tél. 99.28.43.47 - Fax 99.28.41.68

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

17 NOV. 2016

**Le Président de l'Université
de Rennes1**

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1



D. ALIS

VI- Références bibliographiques

- 1- Vuagnat A. Panorama 2013. Les urgences hospitalières qu'en sait-on? Disponible sur : http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
- 2- Cour des comptes. Chapitre XII. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/.../rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
- 3- Chu Rennes chiffres clés 2014. Disponible sur: https://www.chu-rennes.fr/documents/Actualites/2015-09-23_Rapport_activite_et_chiffres_cles_2014/ChiffresCles2014.pdf
- 4- DREES. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins en 2015. Disponible sur: <http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>
- 5- SFMU. Conférence de Consensus : Prise en charge des plaies aux urgences. 2005. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/cc_plaies.pdf
- 6- L. Abenhaïm. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales | Legifrance. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. 2000. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000767663&categorieLien=id>
- 7- Monteil J-M. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine | Legifrance 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>
- 8- Pforr A. Évaluation de l'impact de la prise en charge de l'urgence dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Thèse Rennes1. 2014. n° M063
- 9- Wargon M. Activité des services d'urgence Ile de France. Année 2014. Disponible sur: http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/10_communiqués_presse_2015/CP_CREU_Rapport_IDF_2014_20151124.pdf
- 10- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé page 4118
- 11- Haute Autorité de Santé - Certification : le parcours du patient dans la V2014. 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2013460/fr/certification-le-parcours-du-patient-dans-la-v2014

- 12- Le conseil National de l'Ordre des Médecins lance le débat sur les idées reçues de la démographie médicale. Juin 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom-cpdemographie_debats.pdf
- 13- Cohendet C. La médecine fondée sur les preuves au sein des groupes de pairs (GP) : plaidoyer pour l'utilisation de la médecine factuelle au sein des GP. Disponible sur: http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/1293/fichier_article_cohendet_47ad4.pdf
- 14- HAS. Evidence Based Medicine. Disponible sur : <http://slideplayer.fr/slide/485870/>
- 15- Cabinet de médecine générale des Dr Plard et Jambu. RDV en ligne. Disponible sur: <http://www.mondocteur.fr/toulouse/cabinet-de-medecine-generale-des-drs-plard-et-jambu-7730.html>
- 16- Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
- 17- CCAM en ligne – Disponible sur: <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=QZJA002>
- 18- Fiches d'information ATU,FFM,SE,APE. 2010. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_FI-URS-MAJ201111.pdf
- 19- ARS - Agences Régionales de Santé: Permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) : nouvelles modalités d'organisation en Lorraine. Disponible sur: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Permanence-des-soins-en-medeci.169343.0.html>
- 20- ARS - Agences Régionales de Santé: La permanence des soins ambulatoires Disponible sur: <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/La-permanence-des-soins-ambula.123848.0.html>
- 21- Tron I., Pennognon L. Les urgences en médecine générale en Bretagne en 2007. Disponible sur: http://orsbretagne.typepad.fr/files/urgences_medecine_generale.pdf

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Prise en charge des sutures en ambulatoire

Profil patient:

Age

Sexe:

 M F**Contexte**

- Êtes-vous déjà venu(e) aux urgences? oui Non
- Si oui, êtes-vous déjà venu pour une suture? oui Non
- Si oui, avez-vous eu une information la fois précédente?
(sur les structures capables d'effectuer ce geste) oui Non

Qui vous a orienté vers les urgences pour vous faire suturer?

- Vous-même
 - Personne extérieure non soignant (ami, famille, employeur etc...)
 - Votre médecin traitant
 - Soignant non médecin (infirmière, pharmacien, etc)
 - Le SAMU centre 15
 - Les pompiers
- Si oui, ils ont assuré le transport ? oui Non

Connaissances sur les capacités du médecin traitant à assurer la suture au cabinet

Savez-vous que votre médecin traitant peut réaliser des gestes de suture à son cabinet?

 NSP oui Non

Si oui, avez-vous tenté de le contacter?

 oui Non

Si non, la connaissance de cette information vous aurait-elle incitée à aller le consulter pour suture?

 oui Non**Degré d'urgence et connaissances sur la suture:****A quel degré d'urgence estimez-vous votre situation?**

- A coter entre 0 (pas urgent) et 5 (urgence extrême) /5*
- Savez-vous le délai maximum dans lequel une plaie peut être suturée?
Si oui, quel délai? heures oui Non

Connaissances sur les réseaux de santé:Avez-vous déjà eu recours? au centre 15 à SOS Médecins à un cabinet de garde

Annexe 2 :

Classification Clinique des Malades aux Urgences

La CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) classe selon 7 degrés de gravité les patients des urgences.

C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré.

Définitions

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
- **CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Mendez, Louis-Alexandre

Evaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire

Etude prospective, quantitative et multi-centrique par questionnaires hétéro-administrés dans cinq centres d'urgences sur deux semaines en Avril 2016

29 feuilles, 1 illustration, 3 graphiques, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ;

N° .

Résumé français

L'activité des services d'urgence ne cesse de croître comme le prouve l'étude de la DREES de juin 2013. Or, il existe des prise en charge telles que des sutures dites simples qui pourraient être gérées en ambulatoire. Cette étude cherche à évaluer les déterminants au près des patients qui amènent ces derniers dans les services d'urgence.

Il s'agit d'une étude prospective, quantitative multi-centrique par questionnaire hétéro-administrés. Elle s'est déroulée durant deux semaines aux heures ouvrables des cabinets des généralistes dans cinq centres de services d'urgence en même temps.

Au total, 42 questionnaires ont été exploitables.

Ainsi, 50% n'avaient pas notion de la possibilité d'avoir recours à son médecin traitant pour cette prise en charge, dont 62,5% ne l'auraient pas contacté même si ils en avaient eu l'information avant de se rendre aux urgences. Parmi ceux ayant connaissance, 47% l'avaient contacté préalablement.

Par conséquent, on constate qu'il existe un réel travail d'information et d'éducation auprès des patients afin de les sensibiliser à s'orienter vers une prise en charge ambulatoire lorsque celle-ci le permet. De même, les généralistes ont des plannings saturés et ne laissent que peu de créneaux aux urgences. L'apparition des pôles de santé devrait permettre la création de vacations au sein des cabinets pour la prise en charge d'éventuelles urgences comme c'est déjà le cas dans certaines maisons médicales.

Résumé anglais

The emergency departments are more and more congested as is proved in the DRESS june 2013 survey. However patients could be taken care of by the outpatients department for simple stitches.

The aim of this survey is to assess the determining factors which lead patients to go to the emergency department.

It is a prospective, quantitative, multicentric survey through an hetero administered questionnaire. It took place during the general practitioner's office hours for two weeks, in five emergency departments at the same time.

All in all, 42 per cent of the questionnaires could be exploited. Thus, 50 per cent of the patients did not even know they could turn to their general practitioner for this medical care and 62 per cent would not have contacted him even if they had had the information. Among those who were aware of it 47 per cent had contacted him before.

Consequently we have realised that a real informative and educational work must be carried out with the patients in order to make them aware of the possibility to turn to the outpatient care, when it is possible.

At the same time the general practitioners have tight schedules with few gaps for emergencies. But the creation of health poles should allow shifts in the doctors' offices to take charge of possible emergencies, as it is already the case in some medical centers.

Rubrique de classement : Epidémiologie
