

Évaluation des déterminants de consultation aux urgences de Mont de Marsan des patients se présentant de vingt heures à minuit pour des actes réalisables en ambulatoire

François Deletré

► **To cite this version:**

François Deletré. Évaluation des déterminants de consultation aux urgences de Mont de Marsan des patients se présentant de vingt heures à minuit pour des actes réalisables en ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02101478

HAL Id: dumas-02101478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101478>

Submitted on 16 Apr 2019

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 U.F.R. DES SCIENCES
MÉDICALES

Année : 2019

N° 20

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

Présentée et soutenue publiquement le 13 Février 2019

Par François Deletré

Né le 13 Novembre 1988 à Mont de Marsan

Évaluation des déterminants de
consultation aux urgences de Mont de
Marsan des patients se présentant de
vingt heures à minuit pour des actes
réalisables en ambulatoire

Directeur : Monsieur le Docteur Blondet Romain

Rapporteur : Monsieur le Professeur Galinski Michel

Jury :

Monsieur le Professeur Sztark (Président du jury)

Monsieur le Professeur Revel Philippe

Monsieur le Professeur Durieux William

Monsieur le Docteur Blondet Romain

Monsieur le Docteur Beaudouin Gilles

REMERCIEMENTS

Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.

Marcel Proust

Aux membres du jury :

Au Professeur Sztark, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Au Professeur Galinski, vous me faites l'honneur de venir juger mon travail. J'espère être digne de la confiance que vous m'accordez. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance.

Au Professeur Revel, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse, je tenais déjà votre fille en estime, soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Durieux, vous avez accepté de participer à ce jury de thèse et m'avez enseigné durant mes trois années d'internat des cours de qualité ; soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Au Docteur Blondet, cher ami, merci pour ton soutien depuis maintenant deux années, ton aide dans la réalisation de ma thèse, nos multiples apéros et dégustations d'armagnac ainsi que tout ce que tu m'as appris. Je ne te remercierai jamais assez.

Au Docteur Beaudoin, cher Maître, merci pour ces six mois de stage, ce compagnonnage assidu et cette médecine empreinte d'humanisme. Je ne te remercierai jamais assez toi aussi.

À mes maîtres d'internat pour m'avoir transmis leur savoir et leurs expériences :

Du service de cardiologie de Layné : Pierre, Hakil, Maria, Christelle, Barbara, Corina ; les vendredi matin ont parfois été durs mais je n'en ai raté aucun pour autant.

Du service de gériatrie de Layné : Olivier, Marie-Christine, Christine : vous m'avez transmis l'amour des vieux, merci encore.

Du service des urgences de Layné : trop de noms à citer, beaucoup de stars, beaucoup de gardes, beaucoup de plaisirs et un service dans lequel je prends toujours autant de plaisir à exercer.

Du service de pédiatrie de Layné : Laurence, Diana, Marine, Gaëlle, Ingrid : merci pour ce semestre, vous n'avez malheureusement pas réussi à me transmettre votre amour des pitchouns.

Du service de médecine interne d'Agen : Tonton, maman et Eve-Marie : vous m'avez transmis la passion de la médecine et de la rigueur. Je ne vous remercierai jamais assez.

A mes trois praticiens Pitou les antibio, Gael le jeune et Gilles le calme merci pour votre transmission et la confiance que vous m'avez accordé.

À ceux qui m'ont aidé pour ma thèse : Jérôme Dimet, Data Secrétariat, ma tablette ; sans vous rien n'aurait été possible.

À ma famille pour leur soutien depuis 30 ans, ce n'est pas toujours facile pour eux d'exister à côté d'un génie : mes parents, Sophie, Pauline et Johnny.

À Claude et Carmen ma deuxième famille.

À Dominique et Mikele mon autre deuxième famille.

À ceux qui auraient aimé me voir diplômé : Mamie, Grand Père, Mike.

À mes copains tous plus fous les uns que les autres :

D'enfance : Antoine, Polo le garagiste, Pelletoché, les Lafage, Johan.

De P1 : David, Benjamin, Nini, Tomas, Edouard, Nicolas, PV, Marie-jo, Alexandra, Nonoste Du Rugby, mes 4 frères : Marquette de frites et Julita, Mathiew, Luis, Gâchette : votre amitié m'a permis de finir ces études longues et contribuée à la fibrose de mon foie ; vous avez aussi permis à mon talent pour le rugby d'être exploité.... Charaire, Gaet, Paxi, Aymeric, Tony, Jeannot, Kevin, Aldigié, Imanol, Pistou, Gondonneau, Mazas, Cazabula, Xabit mon fillot ;

Du Béarn : pilier de l'équilibre montois : Dany et Christophe, Vévette, Tina, Marc, Momo, Alba

De Mont de Marsan : Nicolas, Ambre, Izarne, Nicolas et Camille Paris

Je remercie aussi le stade montois et Brice Pereyre pour la confiance qu'ils m'ont témoigné.

Enfin je remercie Sophie Fourcade pour son soutien et la confiance qu'elle me témoigne au sein des urgences de Mont de Marsan.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | 6 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 7 |
| ABSTRACT | 9 |
| INTRODUCTION | 10 |
| A. Le contexte | 10 |
| 1. Évolution du nombre de consultations dans les services d’urgences | 10 |
| 2. Caractéristiques de la population actuelle..... | 10 |
| 3. Évolution de la démographie médicale..... | 11 |
| B. Organisation des soins primaire en France | 11 |
| 1. La médecine générale | 11 |
| 2. La permanence des soins | 12 |
| C. Organisation des Urgences de Mont de Marsan | 13 |
| ➤ La Salle d’Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ou déchoquage | 14 |
| ➤ Le circuit d’hospitalisation | 14 |
| ➤ La filière pédiatrique | 14 |
| ➤ Le circuit court | 14 |
| D. Évolution du profil de patients consultant aux urgences de 20 heures à minuit | 15 |
| E. Problématique | 15 |
| MATERIEL ET METHODE | 17 |
| A. Type d’étude | 17 |
| B. Période de recueil | 17 |
| C. Modalités de recueil | 17 |
| D. Objectif de l’étude | 18 |
| E. Description de la population étudiée | 19 |
| 1. Critères d’inclusion..... | 19 |
| 2. Critères de non inclusion | 19 |
| RESULTATS | 20 |
| A. Caractéristiques de la population | 20 |
| 1. Population étudiée | 20 |
| 2. Caractéristiques de la population..... | 22 |
| 3. Motifs de consultations..... | 22 |
| 4. Durée des symptômes | 24 |
| B. Parcours de soins préalable à la consultation aux urgences | 25 |
| 1. Professionnels sollicités..... | 25 |
| 2. Connaissance de la permanence de soins | 25 |
| C. Perception de la notion d’urgence par le patient | 26 |

| | | |
|----|--|----|
| D. | Recours antérieurs à un Service d'Accueil des Urgences | 26 |
| | <i>DISCUSSION</i> | 27 |
| A. | Limites de l'étude..... | 27 |
| B. | Forces de l'étude | 27 |
| C. | Connaissance de la permanence de soins | 27 |
| D. | Patients adressés par leur médecin généraliste | 30 |
| E. | Critères secondaires | 30 |
| | <i>CONCLUSION</i> | 31 |
| | <i>RÉFÉRENCES</i> | 32 |
| | <i>ANNEXES</i> | 34 |
| | Annexe 1 : | 34 |
| | Annexe 2 : SERMENT MEDICAL..... | 35 |
| | <i>RESUME</i> | 36 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| Figure 1: Diagramme de la population inclus dans l'étude..... | 20 |
| Figure 2 : Répartition du nombre de patients en fonction de la date | 21 |
| Figure 3: Répartition du nombre de patients en fonction de la période et de la présence de médecin de garde..... | 21 |
| Figure 4: Motifs des consultations de l'échantillon. | 23 |
| Figure 5: Motifs des consultations en fonction de l'Age | 23 |
| Figure 6: Durée des symptômes de l'échantillon | 24 |
| Figure 7: Motifs de non recours à la permanence de soins | 25 |
| Figure 8 Recours aux Urgences en 2017..... | 26 |
| | |
| Tableau 1: Caractéristiques des patients en fonction du parcours de soins..... | 22 |
| Tableau 2: Type de pathologie en fonction du délai des symptômes..... | 24 |
| Tableau 3: Test de concordance de la perception d'urgence..... | 26 |

LISTE DES ABREVIATIONS

AGGLO : AGGLOMÉRATION

CIMU : CLASSIFIATION INFIRMIERE DES MALADES AUX URGENCES

CMU : COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

CNGE : COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

DIM : DÉPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE

DREES : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES

HTCD : HOSPITALISATION DE TRES COURTE DUREE

IAO : INFIRMIERE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

IOA : INFIRMIÈRE ORGANISTRICE DE L'ACUEIL

MAO : MEDECIN D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

MED TTT : MEDECIN TRAITANT

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

PDS : PERMANENCE DES SOINS

SAMU : SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE

SAU : SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

SAUV : SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES

RESUME

Objectif :

Au cours des 20 dernières années on constate une augmentation du nombre de consultations au sein des services d'accueil des urgences. A l'échelle de la ville de Mont de Marsan cela représente une croissance de 69% en 12 ans.

Une des raisons supposées est l'accroissement des soins primaires réalisés au SAU et en particulier pendant les horaires de permanence de soins.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les déterminants motivants les patients à consulter dans les services d'urgences plutôt que vers le médecin de garde de la permanence de soins.

Matériel et méthode :

Pendant huit soirées, du 18 février au 21 Mai 2018, entre 20h et minuit, nous avons interrogé les patients se présentant aux urgences de Mont de Marsan et relevant de soins primaires, sur les raisons les conduisant à consulter aux urgences plutôt que le médecin de permanence et l'urgence ressentie en la comparant à l'évaluation du degré d'urgence (classification CIMU) par l'infirmière d'accueil des urgences.

Résultats :

Sur 81 patients inclus dans l'étude (120 patients ayant consultés aux urgences pendant les huit soirées), 56 (69%) ont consulté aux urgences sans conseil médical préalable, 15 (19%) ont été adressés par leur médecin généraliste et 10 patients (12%) ont été adressé par la régulation SAMU.

Soixante-cinq pourcents des patients interrogés ignoraient l'existence d'un médecin généraliste de permanence de soins et 40 patients (75%) l'auraient sollicité s'ils en avaient eu connaissance. Concernant les 28 patients informés sur la permanence de soins et qui n'ont pas eu recours à celle-ci, un peu moins de la moitié (46%) pensait avoir une pathologie nécessitant une prise en charge hospitalière, les autres arguments exposés était la proximité géographique de l'hôpital, un conseil de la régulation, l'absence de confiance ainsi que l'absence de réponse de la permanence de soins.

Conclusion :

Ce travail fait état des possibilités d'amélioration de prise en charge de patients relevant de soins primaires, notamment par une meilleure information de l'offre de soins sur le secteur de Mont de Marsan ou une meilleure coordination entre les médecins généralistes et le recours à des consultations spécialisés en urgence.

ABSTRACT

Goal:

Over the past 20 years there has been an increase in the number of consultations in the emergency services. At the scale of the city of Mont de Marsan this represents a growth of 69% in 12 years. One of the supposed reasons is the increase of the primary care carried out in the emergency department and in particular during the hours of care. The objective of our study is to highlight the motivating determinants patients to consult in the emergency services rather than to the doctor of call of the permanency of care.

Material and method :

For eight evenings, from February 18 to May 21, 2018, between 8 pm and midnight, we interviewed the patients presenting to the emergency department of Mont de Marsan and reporting to primary care, on the reasons leading them to consult the emergency department rather than the doctor of permanence and urgency by comparing it to the Emergency Degree Assessment (CIMU classification) by the Emergency Reception Nurse.

Results:

Of the 81 patients included in the study (120 patients who consulted the emergency room during the eight evenings), 56 (69%) consulted emergency rooms without prior medical advice, 15 (19%) were referred by their general practitioner and 10 patients (12%) were addressed by the SAMU regulation.

Sixty-five percents of the patients questioned were unaware of the existence of a GP and 40 patients (75%) would have asked if they had known about it. Regarding the 28 patients who were informed about the permanence of care and who did not use it, slightly less than half (46%) thought they had a pathology requiring hospital care, the other arguments were the geographical proximity of the hospital, a council of the regulation, the lack of confidence as well as the absence of answer of the permanence of care.

Conclusion:

This work highlights the possibilities of improving the care of patients in primary care, including better information on the provision of care in the Mont de Marsan area or better coordination between general practitioners and the use of care and specialized emergency consultations.

INTRODUCTION

Ce travail est le fruit d'une réflexion entre, d'une part, l'organisation de la permanence de soins dans le secteur de Mont de Marsan et, d'autre part, l'augmentation dans les services d'accueil des urgences du nombre de consultations de soins primaires.

A. Le contexte

1. Évolution du nombre de consultations dans les services d'urgences

a) Au niveau national

Au cours des 20 dernières années, on observe un accroissement important du nombre de consultations en France dans les services d'urgence, passant de 7 millions de consultations en 1990, à plus de 20 millions de consultations en 2016 (1) ; rien qu'entre 2013 et 2014, on constate une augmentation de 4 % des consultations (2).

b) Au niveau local

A l'échelle locale, concernant la ville de Mont de Marsan, le nombre de consultations aux urgences est passé de 20 070 en 2004 à 34 098 en 2016, puis 35148 en 2017 soit une augmentation de plus de 69 % du nombre de consultations en 12 ans selon les données recueillies par le département d'information médicale (DIM).

2. Caractéristiques de la population actuelle

a) Au niveau national

La population française est quant à elle passée de 62 271 062 habitants en 2004 à 66 694 863 habitants en 2016, soit une augmentation de 7% (3) ce qui ne permet pas d'expliquer à elle seule une telle augmentation du nombre de consultations.

b) Au niveau local

La population landaise est estimée à un peu plus de 400 000 habitants en 2016 (4) alors qu'elle était estimée à 357000 en 2004 (5)

3. Évolution de la démographie médicale

a) *Au niveau national*

En France en 2017, on compte 88 136 médecins généralistes (6), cet effectif est en baisse, leur nombre était de 88 886 en 2016, alors que la population française est en augmentation. Cette diminution intéresse quasiment tous les départements : 93 enregistrent une décroissance.

b) *Au niveau local*

Dans les Landes, on retrouve 354,8 médecins pour 100 000 habitants (*spécialistes et généralistes confondus*), c'est bien en dessous de la moyenne nationale qui est de 421 médecins (7) pour un département dont la superficie est la deuxième plus grande de France. (8)

B. Organisation des soins primaire en France

1. La médecine générale

Le CNGE (Collège National des Généralistes) décrit les cinq fonctions de la médecine générale (9) :

- Le premier recours,
- La prise en charge globale,
- La coordination des soins, la synthèse,
- La continuité des soins, le suivi au long cours,
- La Santé publique : le dépistage, la prévention.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) par la déclaration d'ALMA ATA décrit les soins primaires (10) : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer, à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante, tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.

Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire ».

Par cette définition donnée par l'OMS et la définition du rôle de la médecine générale on voit bien que celle-ci s'inscrit dans les soins primaires. De ce fait, les médecins généralistes sur les heures ouvrables de cabinet réalisent les soins primaires auprès de la population française.

Lorsque les patients doivent avoir recours à un médecin généraliste en dehors des horaires d'ouverture ils peuvent alors s'orienter vers la permanence de soins.

2. La permanence des soins

La permanence de soins est définie comme une organisation chargée de réguler, adapter et structurer des soins non programmés par la coordination nationale des médecins (11), elle diffère à ce titre des services d'urgence dont la mission est de prendre en priorité les besoins de soins immédiats menaçant le pronostic vital ou fonctionnel.

Le conseil national de l'ordre des médecins va dans le même sens en définissant 2 objectifs principaux à la permanence de soins (12) :

Le premier étant d'assurer la continuité des soins avec des patients, ayant des soins en cours, qui en cas de complications pourraient avoir recours au médecin de la permanence, et le deuxième objectif étant d'assurer une réponse, sans délai, aux situations d'urgence que ce soit sur la voie publique (*comme un accident de la voie publique*) ou au domicile des patients.

La permanence des soins permet d'assurer les soins primaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, c'est-à-dire de 20 heures à minuit les jours ouvrés, ainsi que les samedi, dimanche et jours fériés, et est basée sur le volontariat.

Depuis 2012 les gardes se terminent à minuit et ne s'effectuent pas de minuit à huit heures devant la faible sollicitation des médecins pendant ces heures et la nécessité de réaliser des économies (évaluées à 950 000 euros annuelles) dans les Landes.

Ainsi le Conseil de l'Ordre des Médecins de chaque département établit un planning basé sur le volontariat (13) et désigne un médecin généraliste dont le rôle est d'assurer chaque jour la permanence de soins en dehors des heures ouvrables de 20 heures à minuit du lundi au vendredi et de 8 heures à minuit les samedi, dimanche et jours fériés dans chaque secteurs (31 secteurs, plus 10 en juillet-août des Landes).

Pour consulter le médecin généraliste de garde le patient peut composer trois numéros : soit celui de la régulation de la permanence de soins (05.58.44.11.11), soit le 116117, soit celui de la régulation du SAMU (15) et ainsi obtenir les coordonnées du praticien.

C. Organisation des Urgences de Mont de Marsan

L'hôpital de Mont de Marsan dispose d'un service d'accueil des urgences, il en existe 3 dans le département, le deuxième se situant à Dax et le troisième à Aire sur l'Adour, la Clinique des Landes (située à Mont de Marsan aussi) ne dispose plus d'un service d'urgence.

Le service d'accueil des urgences de Mont de Marsan est organisé en 4 filières : la filière pédiatrique, le circuit court, le circuit long et le déchocage (SAUV).

C'est l'infirmière d'accueil ou IOA qui détermine dans quelle filière le patient est orienté. A l'arrivée du patient, celui-ci est interrogé par l'infirmière d'accueil qui, à l'aide de plusieurs scores de gravité dont la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) (14) va déterminer dans quel délai doit être vu le patient par un médecin.

Cette classification CIMU est une échelle qui repose sur l'estimation de la sévérité, du délai de prise en charge du malade, du motif de recours et de la gestion des flux (15).

Les infirmières d'accueil et d'orientation classent ainsi les patients en fonction du motif de recours avec plusieurs niveaux de sous précision associés à des critères cliniques (Fréquence cardiaque, Tension artérielle, etc..). Un algorithme informatique établit alors un score de gravité associé à un délai raisonnable avant la prise en charge médicale.

Ce score va de 1 à 5 ; 1 étant le plus grave avec une nécessité de prise en charge immédiate sans délai en salle de déchocage ; 5 le moins grave sans délai de prise en charge et donc une orientation généralement vers la filière dite courte.

Elle diffère de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) mise en place en 1994 qui n'est pas un outil de triage mais qui distinguait déjà les patients stables de ceux instables nécessitant des mesures de réanimation. (16)

➤ La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ou déchoquage

Il accueille les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle, il doit être en mesure de réaliser une réanimation respiratoire ou cardio-vasculaire (17) et de prendre en charge le patient dans les délais les plus courts. C'est le médecin du SAU qui accepte le patient que lui présente l'IOA ou la régulation.

La salle de déchoquage dispose de 3 box scopés, d'un échographe et d'une infirmière dédiée.

➤ Le circuit d'hospitalisation

Cela correspond au circuit central du SAU où sont installés les patients qui sont susceptibles d'être hospitalisés, essentiellement des patients de plus de 75 ans.

Cette filière contient 4 box dont 2 scopés et un qui peut accueillir un patient de la pénitentiaire.

➤ La filière pédiatrique

La filière pédiatrique est gérée par les pédiatres et les internes de pédiatrie ; elle dispose de 2 box ; elle prend en charge les patients consultant pour un motif médical et par conséquent ne traite pas la traumatologie laissée à la charge des urgentistes.

La pédiatrie soigne les patients de moins de 18 ans et nécessite une autorisation parentale pour réaliser des soins (18).

➤ Le circuit court

Il accueille les patients jugés, par l'infirmière d'accueil, de sévérité 4 ou 5, il est composé classiquement de 3 types de pathologies : la traumatologie avec les suspicions de fractures ainsi que les sutures et dispose donc en général d'un service de radiologie à proximité, la psychiatrie avec la possibilité d'avoir recours à une équipe mobile de psychiatrie sur laquelle s'appuyer et enfin de patients relevant de soins primaires consultant aux urgences pour lesquels une salle dite « fast-tracks » est mise en place pour une prise en charge optimale.

Devant l'augmentation de ces consultations de soins primaires aux urgences, un rapport d'information du sénat en 2017 (19) préconise la généralisation de ces salles de « Fast-tracks » dans les services d'accueil des urgences pour absorber ces patients.

La filière courte dispose donc de 3 box de consultation, ainsi que d'une salle « fast-tracks ».

D. Évolution du profil de patients consultant aux urgences de 20 heures à minuit

Lors d'une étude préliminaire locale non publiée et réalisée en novembre 2017 pendant 10 jours ouvrables sur les 2 cantons que constitue l'agglomération de Mont de Marsan nous avons interrogé le médecin de garde sur le nombre de consultations qu'il a réalisées. Nous avons relevé 13 consultations effectuées par le médecin généraliste chargé de la permanence de soin. Cela correspond à une moyenne d'entre 1 et 2 patients par soir d'astreinte.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce désintéressement des patients pour le médecin de garde de la permanence de soins :

- L'avance des frais,
- La méconnaissance de la présence d'un médecin de garde sur le secteur,
- La notion d'urgence ressentie,
- La position géographique de l'hôpital le plus proche,
- La facilité d'accès à des examens complémentaires.

E. Problématique

C'est, en effet, à l'heure actuelle un enjeu de santé publique majeur en France, le rapport du député Thomas Meunier « *assurer le premier accès aux soins* » (20) tire la sonnette d'alarme concernant la situation des soins non programmés avec, d'un côté une raréfaction de l'offre de soins, et notamment au niveau du maillage des médecins généralistes sur le territoire français et de l'autre côté une saturation des services d'urgences.

Il propose à travers ce rapport, une expansion des maisons de santé avec des créneaux de consultations de soins non programmés, ainsi que la mise en place d'un numéro de régulation médicale unique.

Ainsi, il serait intéressant de connaître les motivations qui poussent les patients relevant de soins primaires à consulter dans un service d'accueil d'urgences malgré la présence de médecins généralistes assurant la permanence de soins sur le secteur.

Plusieurs travaux antérieurs ont mis en évidence la proximité géographique, la rapidité de prise en charge ainsi que l'absence de médecin généraliste disponible sur le secteur comme des facteurs expliquant le recours inapproprié aux urgences hors horaires de permanence de soins. (21) (22)

L'objectif de notre travail réalisé aux urgences de Mont de Marsan est de déterminer quels sont les motifs qui poussent les patients à consulter aux urgences pour des soins primaires de 20 heures à minuit plutôt que d'utiliser la permanence de soins.

Les objectifs secondaires seront d'évaluer la durée moyenne d'apparition des symptômes, ainsi que les degrés d'urgence, selon les patients, de leur pathologie.

MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital Layné à Mont de Marsan.

B. Période de recueil

Afin d'obtenir une période homogène et harmonieuse, nous avons réalisés une étude sur trois périodes différentes :

- En période scolaire,
- En période de vacances scolaires,
- Et deux soirs, où il n'y avait pas de médecin de garde sur le secteur de Mont de Marsan (les gardes étant basées sur le volontariat certains soirs sont non pourvus faute de volontaires)

La période de recueil s'est déroulée de 20 heures à minuit du 12 février au 31 mai 2018, huit soirs de semaine, vendredi, samedi et dimanche exclus.

Le vendredi, samedi et dimanche ont été exclus, étant donné que l'offre de soins le lendemain n'est pas la même qu'un jour de semaine : les radiographies sont plus difficiles à réaliser le samedi ainsi que le dimanche.

C. Modalités de recueil

Des entretiens ont été réalisés après que le patient soit enregistré administrativement et pendant qu'il se trouvait dans le box de l'infirmière d'accueil et d'orientation. Concernant les patients mineurs, les parents ont été interrogés.

Un seul examinateur a posé les questions oralement (François Deletré) et a rempli les réponses sur une feuille manuscrite (modèle en annexe 1) en dehors de son temps de travail.

L'accord oral était demandé à chaque participant par l'IOA avant son interrogatoire.

Le lendemain les dossiers étaient réexaminés pour chercher d'éventuels critères d'exclusion via le logiciel des urgences Terminal Urgences ORUPACA puis la saisie des données a été réalisée dans un tableau EXCEL, les données qualitatives ont été exprimées en valeur absolue et pourcentage et les données quantitatives en moyenne avec écart type.

Sur le plan réglementaire le travail respecte la méthodologie de référence MR003 et est déclaré au correspondant informatique et liberté local. Il est classé hors champ de compétence du CPP puisqu'il s'agit d'une analyse de filière de soins.

D. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de mettre en avant les déterminants qui poussent les patients qui relèvent de la médecine générale ambulatoire à consulter de 20 heures à minuit alors que sur le territoire la permanence de soins est sensée assurer ce service.

Le critère de jugement principal sera l'incidence des motifs de recours aux urgences dans la liste suivante :

- La méconnaissance de l'existence d'un médecin de garde,
- Un avis téléphonique de la permanence de soins ou du médecin régulateur du SAMU,
- Un avis de leur médecin généraliste ou du médecin de garde,
- La possibilité de recours à un plateau technique complet,
- La notion d'urgence ressentie,
- La gratuité des soins,
- La proximité géographique.

Les objectifs secondaires seront de réaliser une description des patients : savoir s'ils sont bénéficiaires de la CMU ou s'ils ont une mutuelle privée, le degré d'urgence ressentie de leur pathologie par rapport à la cotation de l'IOA, la durée de leurs symptômes, leur

localisation dans ou en dehors de l'agglomération montoise, leur âge, sexe ainsi que leur motif de consultation.

E. Description de la population étudiée

1. Critères d'inclusion

- Toute personne se présentant au SAU de 20h à minuit en marchant,
- Après consentement oral via l'Infirmière d'Accueil d'Orientation (IOA) des urgences,
- Les patients bénéficiant d'imagerie complémentaire.

Les patients bénéficiant d'une imagerie complémentaire ont été inclus dans la mesure où le recours à l'imagerie est possible en soins ambulatoires le lendemain si cela n'engage pas le pronostic vital ou fonctionnel.

2. Critères de non inclusion

- Toute personne arrivant sur un brancard,
- Toute personne admise plus de 24 heures,
- Les patients bénéficiant de sutures dites compliquées,
- Les patients ayant eu une prise de sang,
- Les patients ayant été perfusés.

Les sutures dites « simples » ont été inclus dans notre travail par opposition aux sutures dites compliquées qui nécessitent un avis spécialisé (23) voir une prise en charge chirurgicale et donc une hospitalisation.

Les patients bénéficiant d'analyse biologique ont été exclus dans la mesure où le prélèvement est réalisé pour éliminer un diagnostic de gravité (donc conditionne une hospitalisation) et est donc nécessaire en urgence sans pouvoir attendre le lendemain.

La réalisation d'une radiographie n'est pas un critère d'exclusion dans la mesure où elle peut être différée, en dehors de fractures ouvertes, les autres fractures qui nécessitent une prise en charge chirurgicale sont opérées le lendemain matin.

RESULTATS

A. Caractéristiques de la population

1. Population étudiée

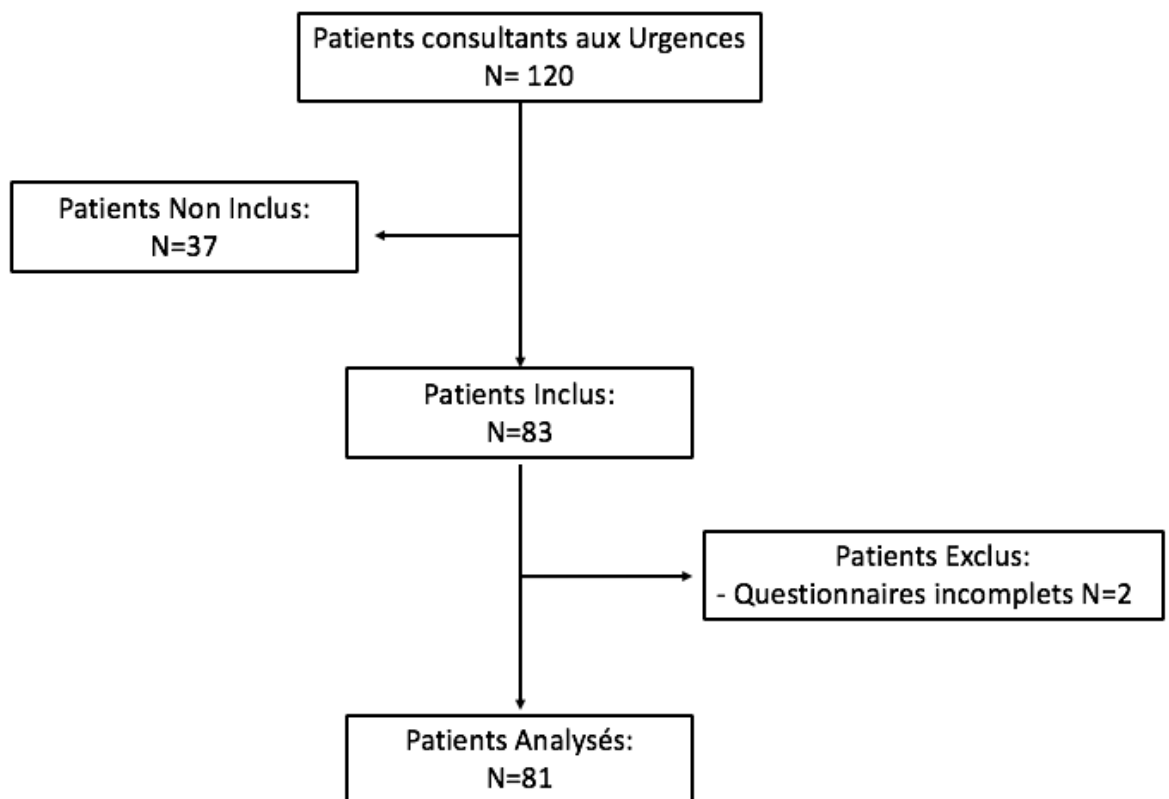


Figure 1: Diagramme de la population inclus dans l'étude

Pendant la période d'inclusion, 120 patients ont été admis aux urgences toutes filières confondues. Quarante-trois patients avaient des critères d'inclusion, soit 67.5% ; 37 patients n'ont pas été inclus (8 patients ont été admis au SAUV et 29 ont été hospitalisés ou ont bénéficié d'analyse sanguine).

Deux patients n'avaient pas de questionnaire remplis correctement et donc l'analyse a été faite sur un total de 81 questionnaires.

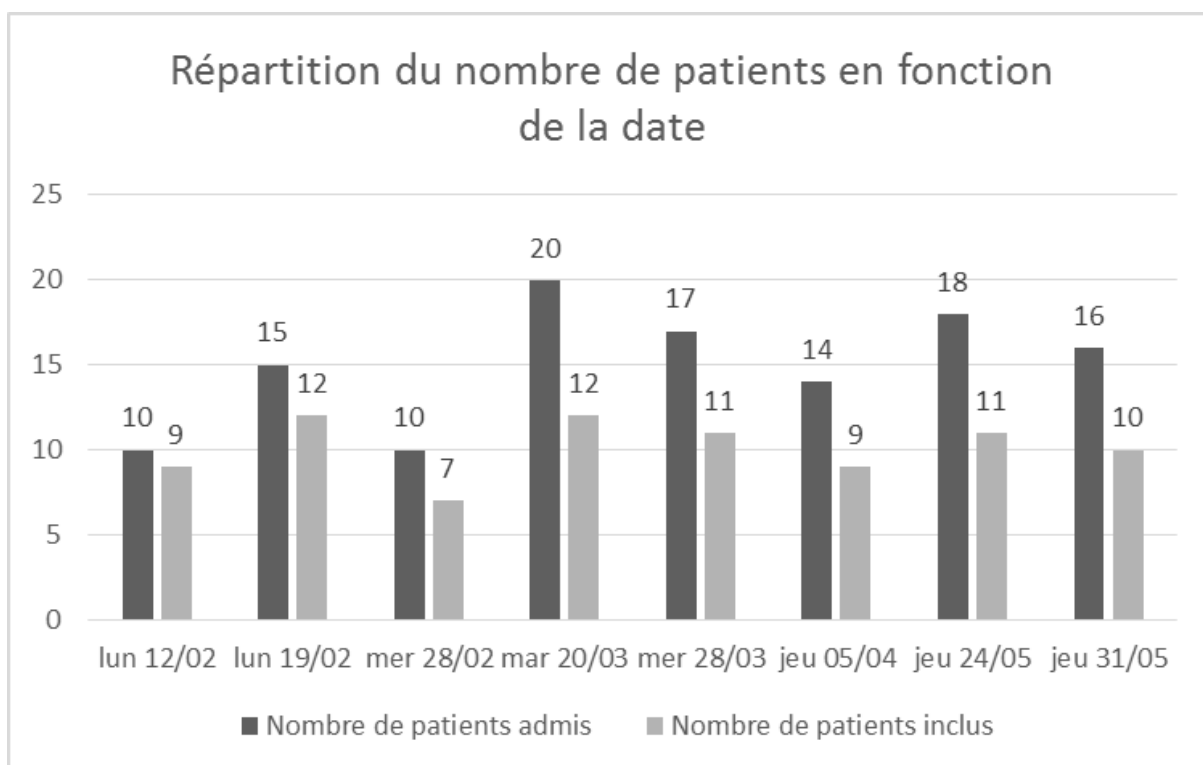


Figure 2 : Répartition du nombre de patients en fonction de la date

Durant les huit soirées de notre travail il y avait un médecin de garde sur Mont de Marsan six soirs dont deux correspondaient aux vacances scolaires.

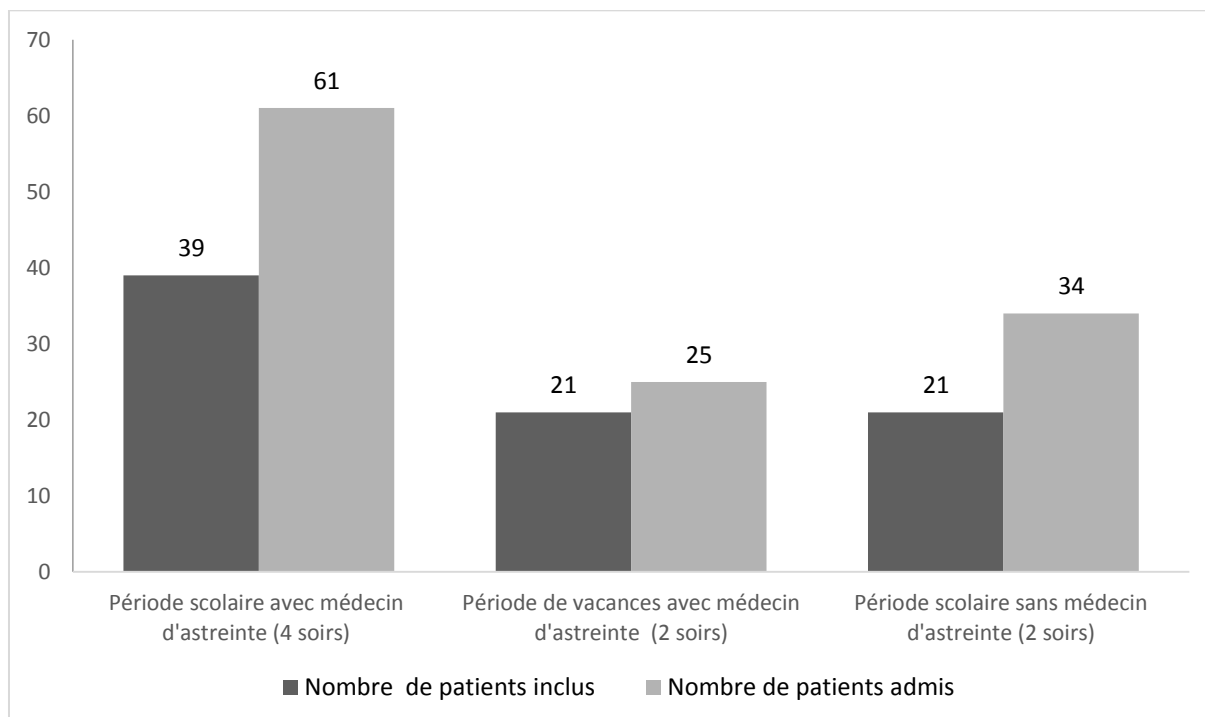


Figure 3: Répartition du nombre de patients en fonction de la période et de la présence de médecin de garde

2. Caractéristiques de la population

L'âge moyen de la population analysée était de 29 ans (+/- 22), 33% des patients ayant moins de 18 ans (n=27), et on retrouve 60% de femmes (n=49). La moitié des patients habitaient dans l'agglomération du Marsan.

Vingt patients sur les 81 affiliés à la CMU, soit 25 %.

L'âge moyen des patients ayant consulté un médecin généraliste avant de se diriger vers les urgences était significativement plus élevé que celui des patients venus directement aux urgences ou ayant demandé un avis à la permanence de soins.

Quinze patients ont consulté un médecin généraliste dans la journée et onze patients ont été orientés vers le SAU par le médecin régulateur de la PDS.

Tableau 1: Caractéristiques des patients en fonction du parcours de soins.

| | | PARCOURS DE SOIN | | | p* |
|------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|---------------|------|
| | | médecin traitant n=15 | médecin régulateur PDS n=11 | Libre n=55 | |
| Age (année) | Moyenne (ET) | 44 (28) | 30 (25) | 26 (19) | 0,01 |
| Sexe, n(%) | Homme | 6 (40%) | 5 (45%) | 21 (38%) | NS |
| | Femme | 9 (60%) | 6 (55%) | 34 (62%) | NS |
| Origine, n(%) | Agglo | 6 (40%) | 8 (73%) | 26 (47%) | NS |
| | Hors Agglo | 9 (60%) | 3 (27%) | 29 (53%) | NS |
| CMU, n(%) | OUI | 3 (20%) | 2 (18%) | 15 (27%) | NS |
| | NON | 12 (80%) | 9 (82%) | 40 (73%) | NS |
| Pathologie, n(%) | TRAUMATO | 6 (40%) | 5 (45%) | 23 (42%) | NS |
| | MEDICALE | 5 (33%) | 4 (36%) | 23 (42%) | NS |
| | PSY | 3 (20%) | 2 (18%) | 5 (9%) | NS |
| | GYNECO | 1 (7%) | 0 (0%) | 4 (7%) | NS |

* comparaison des moyennes par ANOVA, comparaison des proportions par test de Fisher

3. Motifs de consultations

Dans l'étude nous avons regroupés 4 motifs de consultation :

- Pathologie médicale,
- Pathologie gynécologique,
- Pathologie psychiatrique,
- Pathologie traumatique.

La traumatologie constitue 42% (n=34) des motifs de consultations, 39% (n=32) des passages sont en rapport avec une pathologie médicale, les 19% (n=15) restant regroupent la psychiatrie ainsi que la gynécologie.

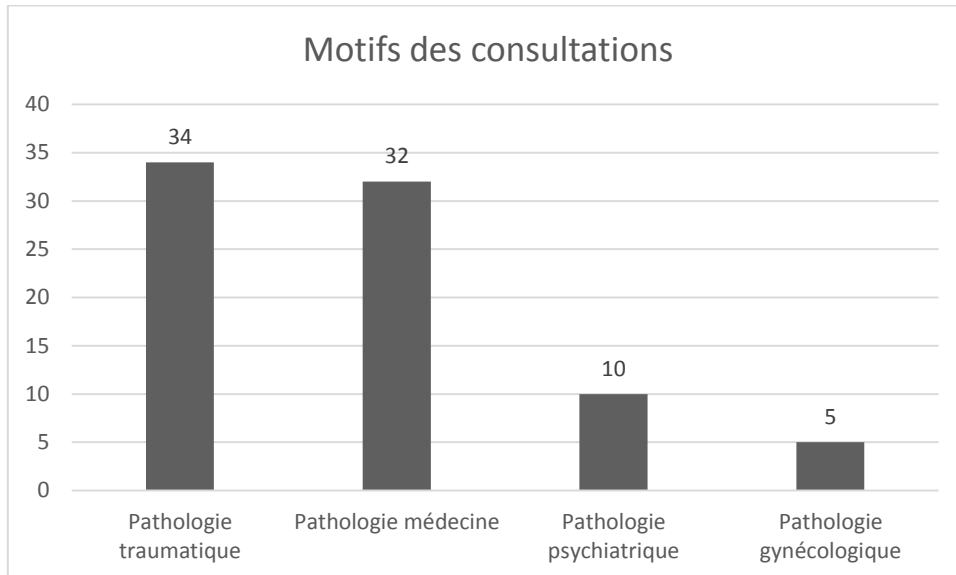


Figure 4: Motifs des consultations de l'échantillon.

Dans la population mineure de l'échantillon 48% (n=13) consultent pour de la traumatologie, 44% (n=12) pour une pathologie médicale et 8% (n=2) pour de la psychiatrie.

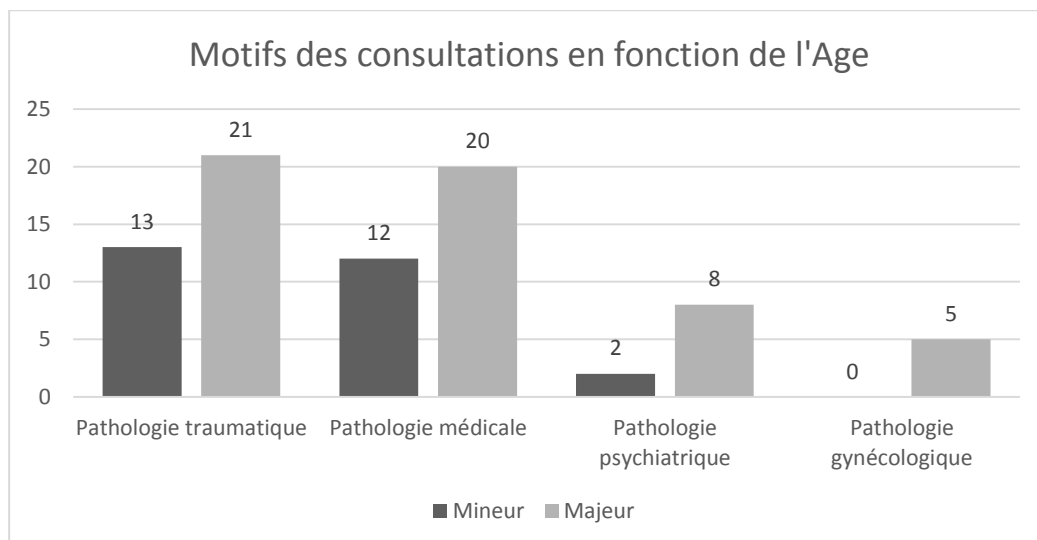


Figure 5: Motifs des consultations en fonction de l'Age

4. Durée des symptômes

Notre travail montre que 43% (n=35) des patients consultant aux urgences présentaient des symptômes évoluant depuis moins de 24 heures et 45% (n=37) depuis plus de 48 heures avec notamment 29% (n=24) des symptômes évoluant depuis plus de 5 jours.

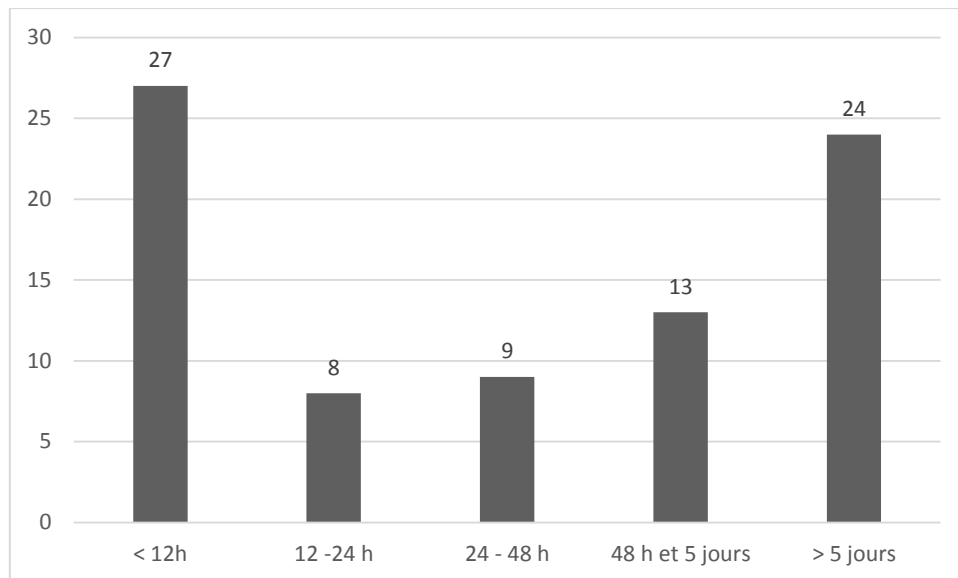


Figure 6: Durée des symptômes de l'échantillon

Parmi les 25 patients déclarant avoir un symptôme de moins de 12 heures, 17 consultent pour de la traumatologie (soit 63% des motifs), concernant les 54 autres patients présentant des symptômes de plus de 12 heures cela représente 17 patients (soit 31% des motifs); il apparaît donc de manière significative que le fait d'avoir une pathologie traumatique amène à consulter aux urgences rapidement.

D'un autre côté les patients qui consultent pour un motif médical ont significativement plus de chance de consulter plus de 12 heures après le début des symptômes.

Tableau 2: Type de pathologie en fonction du délai des symptômes

| | Symptomes < 12h n=27 | Symptomes > 12h n=54 | OR (IC95%) | p* |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| Pathologie traumatologique | 17 (63%) | 17 (31%) | 3,7 (1,4 - 9,8) | 0,007 |
| Pathologie médicale | 4 (15%) | 28 (52%) | 0,16 (0,05 - 0,53) | 0,001 |
| Pathologie psychiatrique | 4 (15%) | 6 (11%) | 1 (0,2-4,3) | NS |
| Pathologie gynécologique | 2 (7%) | 3 (6%) | 1,4 (0,2-8,7) | NS |

* Test du KHI2 ou de Fisher en fonction des conditions d'applications

B. Parcours de soins préalable à la consultation aux urgences

1. Professionnels sollicités

Notre travail montre que 67% (n=55) des patients n'ont pas eu recours à un professionnel de santé avant la consultation aux urgences, 13% (n=11) ont demandés un avis à la permanence de soins en appelant le centre 15 et 18% (n=15) ont été adressés par le médecin généraliste.

2. Connaissance de la permanence de soins

Soixante-cinq pourcents des patients (n=53) inclus dans l'étude ne connaissaient pas la permanence de soins et la présence du médecin généraliste de garde de 20 heures à minuit.

☞ A la question posée par l'examineur : « *si vous étiez au courant de la permanence de soins sur le secteur l'auriez-vous sollicitée ?* » 75% (n=40) des patients ont répondu favorablement.

Concernant les 28 patients qui connaissaient la permanence de soins, mais qui n'y ont pas eu recours, les motifs sont divers :

En effet 46% des patients (n=13) ont jugé que leur pathologie était grave et donc relevait d'une prise en charge hospitalière et 25% (n=7) ont consulté du fait de la proximité géographique de l'hôpital ; les autres motifs sont l'absence de confiance envers le médecin de garde qui n'est pas leur médecin traitant, l'avance des frais avec la majoration de nuit, l'orientation au SAU par la régulation et pour un patient l'absence de réponse de la permanence soins.

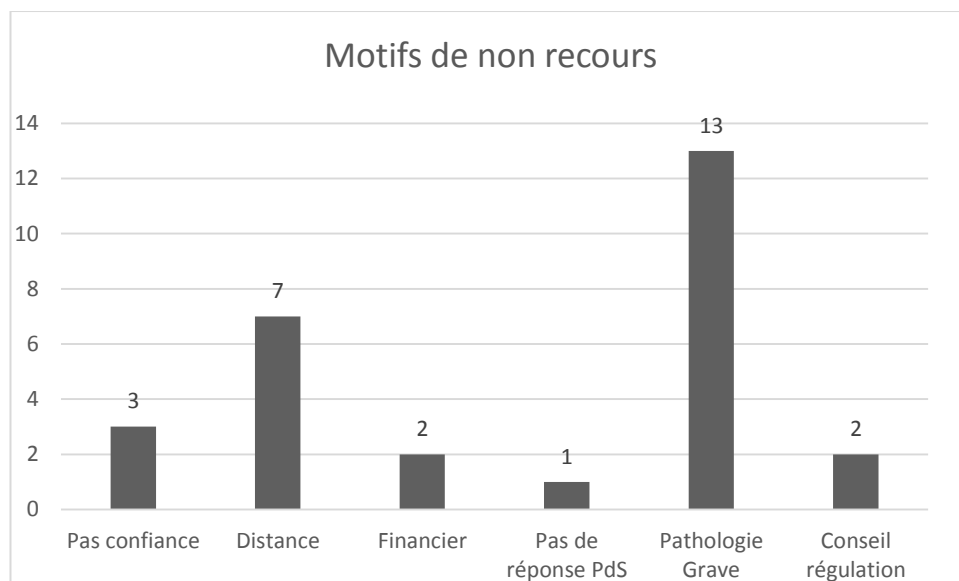


Figure 7: Motifs de non recours à la permanence de soins

C. Perception de la notion d'urgence par le patient

Concernant les patients : 63 patients (78%) interrogés situent le degré de gravité de leur pathologie entre 1 et 3 sur 5 tandis que 10 patients (12%) l'évaluent à 5 sur 5.

En parallèle de cette auto-évaluation du degré de sévérité, 73 sur les 81 patients (90%) qui composent notre travail sont évalués par l'infirmière d'accueil d'orientation entre 3 et 5 de gravité.

Nous avons réalisé un test de concordance entre le degré d'urgence ressentie des patients (de 1 à 5 : 1 correspondant à une pathologie non urgente et 5 à une urgence vitale) et l'évaluation CIMU de l'IOA.

Tableau 3: Test de concordance de la perception d'urgence

| Triage IAO (CIMU) | Evaluation patient | | | | | TOTAL |
|-------------------|--------------------|---|----|----|----|-------|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 8 |
| 3 | 3 | 2 | 14 | 4 | 5 | 28 |
| 4 | 5 | 3 | 6 | 11 | 12 | 37 |
| 5 | 0 | 2 | 2 | 4 | 0 | 8 |
| TOTAL | 10 | 8 | 24 | 22 | 17 | 81 |

On retrouve une concordance pour 26 patients (soit un taux de 32%) avec un test Kappa à 0,08 ce qui reflète un mauvais niveau de concordance.

D. Recours antérieurs à un Service d'Accueil des Urgences

Soixante pourcents (n=49) des patients qui ont consulté au SAU n'avaient pas consultés dans un service d'accueil d'urgences en 2017 alors que quarante pourcents (n=32) y avaient eu recours.

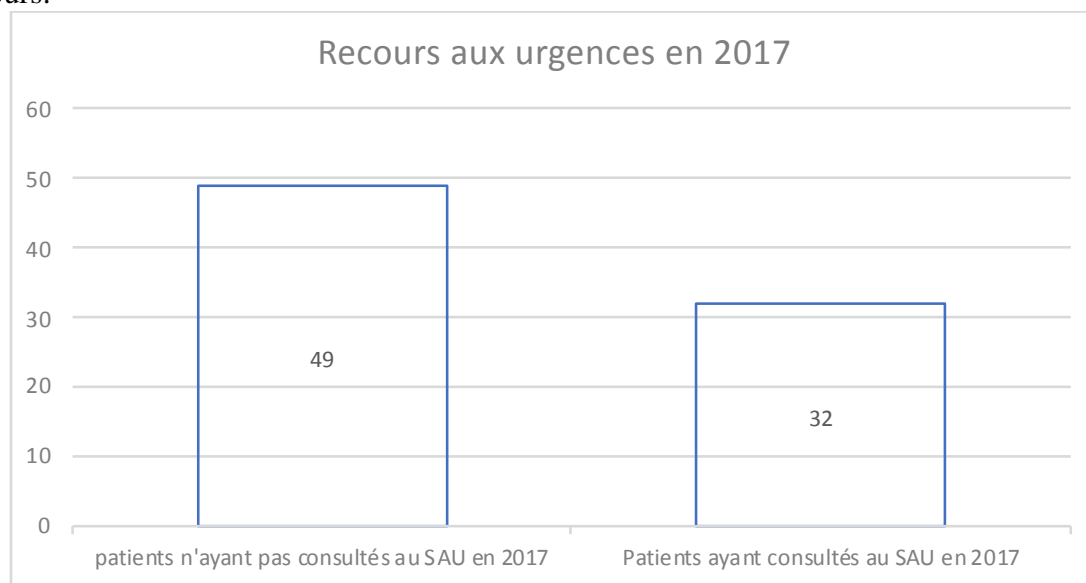


Figure 8 Recours aux Urgences en 2017

DISCUSSION

A. Limites de l'étude

Notre travail présente trois limites essentielles :

- Discontinuité des questionnaires

Les jours que constitue l'étude ont été sélectionnés au hasard, de façon discontinue que cela soit en période scolaire ou non.

- Nombre limité de patients

Même si aucun patient n'a refusé de participer à notre travail le fait que l'étude soit composée d'un échantillon de 81 patients peut être un frein à son interprétation.

- Biais de déclaration

La dernière question posée au patient est déclarative : « si vous saviez qu'un médecin généraliste d'astreinte dans le cadre de la permanence de soins peut vous recevoir en consultation, y seriez-vous allé » peut entraîner un biais de déclaration des patients.

B. Forces de l'étude

L'une des forces de l'étude est le recrutement des patients et l'absence, pendant les 8 soirs, de patients refusant de participer à l'étude, ce qui permet d'être représentatif de la population consultant aux urgences de 20 heures à minuit en semaine et évite un biais de sélection.

C. Connaissance de la permanence de soins

Dans l'étude 65% des patients qui consultent au SAU de 20 heures à minuit pour un motif relevant de soins primaires ne connaissent pas le fonctionnement de la permanence de soins et la présence de médecins généralistes sur le secteur.

Cela peut s'expliquer par la méconnaissance de rôle du numéro 15 par les usagers, le rapport du député Mesnier de 2018 (20) évaluant à 60% le nombre de patients qui pensent que ce numéro est réservé aux détresses vitales.

Une thèse réalisée en 2016 sur les déterminants qui orientent les patients vers les urgences pour des sutures simples concluait elle aussi à la méconnaissance par les patients de la possibilité d'être pris en charge par leur médecin généraliste. (24)

En parallèle, 75% de ces patients interrogés affirment qu'ils auraient consultés le médecin de garde s'il avait eu connaissance de cette ligne d'astreinte.

C'est un argument fort pour maintenir cette ligne d'astreinte puisque l'on observe que les patients ne sont pas réfractaires à l'idée de consulter un médecin d'astreinte.

Pour permettre aux patients de consulter le médecin de garde il va falloir mieux les informer du parcours de soins. Les possibilités d'information sont nombreuses : inscription dans le journal de la permanence de soins et du numéro unique pour disposer des coordonnées du médecin de garde, cela pourrait être aussi l'objet d'une campagne publicitaire. Cette difficulté avait déjà été mis en exergue par le rapport du sénat de juillet 2017 (19) et des solutions du même types proposés par le rapport du député Mesnier cité précédemment (20).

Un autre levier possible, pour prendre en charge les patients relevant de soins primaires pourrait être d'organiser la permanence de soins dans un local fixe à proximité des urgences pour simplifier le parcours du patient ce qui va dans le sens du rapport d'information publié par le sénat en juillet 2017 (19) qui indique que plus d'un tiers des patients qui consultent aux urgences ont contactés leurs médecin généraliste mais le délai de prise en charge leurs semblait inadapté alors qu'en ayant accès à une permanence de soins à proximité de l'hôpital le patient pourrait aussi plus facilement bénéficier du plateau technique tout en consultant un médecin généraliste.

La création d'une ligne SOS médecin pourrait être aussi un moyen de communication pour répondre à ce manque de visibilité de la permanence de soins, une thèse réalisée à Dax par le Dr Jousset (25) pointait du doigt là même problématique d'accès aux soins primaires.

Concernant les 35% des patients qui connaissaient la permanence de soins mais qui n'y ont pas eu recours, la moitié a jugé qu'ils souffraient d'une pathologie grave.

Cette notion d'urgence ressentie a été étudiée dans une thèse de 2015 (26) et c'est presque 40% des patients qui consultaient aux urgences pour ce motif. Un peu plus d'un quart ont préférés le SAU pour une raison de proximité géographique ; un travail réalisé en 2018 au centre hospitalier de Marmande (27) dont le but était d'identifier les motivations conduisant des patients relevant de soins primaires concluait aux mêmes motifs de recours aux SAU.

Par ailleurs les travaux fournis par le Dr Ribaut en 2015 (28) et le Dr Gentile en 2009 (29) montraient que la présence d'une maison médicale de garde à proximité d'un service d'accueil des urgences favorisait son accès.

Une autre manière d'orienter ces patients vers le médecin d'astreinte serait la mise en place d'un médecin d'accueil et d'orientation aux urgences chargé de trier les patients soit vers le SAU soit vers la permanence de soins.

Ce pourcentage élevé s'explique aussi par le fait que l'utilisateur estime pouvoir réaliser aux urgences en un seul lieu et un seul faisceau horaire l'ensemble des consultations et examens nécessaires, et pouvoir y consulter un spécialiste, ce qu'il mettra des semaines à obtenir en ville. (20)

Le rapport de la COPACAMU de 2007 (30) met en avant le fait que les services d'urgences présentent toutes les caractéristiques qu'attendent les patients : une structure ouverte 24h sur 24H, la possibilité d'avoir des examens complémentaires et l'accès aux spécialistes.

Une thèse réalisée par le Dr Meunier en 2009 (31) conforte cette hypothèse et met en avant le fait que les patients qui ont consultés pour des soins primaires aux urgences reviennent ensuite consulter pour d'autres soins primaires.

D. Patients adressés par leur médecin généraliste

Quinze patients (18%) consultant sur les horaires d'astreintes étaient adressés par leur médecin généraliste qui les avait examinés pendant leurs heures ouvrables ; nous attribuons ce pourcentage important due à la difficulté pour les médecins généralistes d'avoir recours à des consultations non programmées avec des spécialistes au vue de la baisse dans tous les secteurs de spécialités du nombre de praticiens.

Un des leviers possibles pourrait être la création d'un numéro unique pour les médecins généralistes qui pourraient s'adresser directement à un interlocuteur privilégié de l'hôpital, du secteur médical ou paramédical, pour organiser des consultations de spécialités urgentes (non programmées sur le modèle des maisons de santé) mais qui ne nécessitent pas de passer par un service d'accueil des urgences.

C'est un projet en cours de développement avec la cellule parcours patient au sein de l'hôpital Layné joignable au 0558052929.

E. Critères secondaires

On note que 45% (n=37) des patients ont des symptômes qui évoluent depuis plus de 48 heures ce qui oriente vers une prise en charge ambulatoire ; la mauvaise concordance entre les degrés d'urgence ressentie et l'évaluation IOA va dans le sens de la mise en place d'un médecin d'accueil et d'orientation pour choisir soit une prise en charge ambulatoire soit hospitalière.

CONCLUSION

Environ 67 % des patients consultants aux urgences de 20 heures à minuit en semaine relèvent de soins primaires et pourraient être pris en charge par le médecin généraliste de garde relevant de la permanence de soins.

L'analyse des données met en avant le fait que 65% de ces patients ne connaissent pas l'organisation de la permanence de soins alors que 16% d'entre eux pensent avoir une pathologie qui nécessite une prise en charge hospitalière.

Plusieurs leviers permettraient de modifier ces pratiques avec par exemple l'organisation d'une campagne publicitaire d'information de l'organisation de la permanence de soins ou l'installation d'un cabinet fixe à proximité du service d'accueil des urgences bénéficiant du plateau technique de celui-ci et permettant de désengorger des services d'urgences saturés.

Nous sommes actuellement à un carrefour où nos pratiques correspondent de moins en moins au service que les patients attendent et il semble urgent de nous adapter pour permettre de mieux répondre aux problématiques de santé actuelles.

RÉFÉRENCES

- (1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (Consulté le 03/01/2019). Les établissements de Santé, [PDF].
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf
- (2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). (Consulté le 15/05/2018). La médecine d'urgence, les établissements de Santé, [PDF].
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche29-2.pdf>
- (3) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (Consulté le 18/05/2018). Composantes de la croissance démographique de la France, [En ligne].
<http://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?Sommaire=1912926>
- (4) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (Consulté le 22/05/2018). Recensement de la population, Population légale en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017, [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2525755/dep40.pdf>
- (5) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (Consulté le 28/05/2018). Enquête annuelle de recensement de 2004 à 2006, [En ligne].
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280842>
- (6) Conseil national de l'ordre des médecins. (Consulté le 28/05/2018). Démographie médicale. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
- (7) Conseil national de l'ordre des médecins. (Consulté le 28/05/2018). Cartographie interactive de la démographie médicale. [En ligne].
<https://www.demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map>
- (8) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (Consulté le 08/06/2018). Comparateur de territoire, département des Landes.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-40>
- (9) Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. Exercer mars avril 1992 ; 16 : 4-6.
- (10) World Health Organization (WHO). (Consulté le 08/06/2018). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 1978. [En ligne]. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- (11) Inspection générale des Affaires Sociales. (Consulté le 08/06/2018). La permanence de soins des médecins libéraux, CONAT 2006. [En ligne].
<http://www.conat.net/CODECOMED/VALIDE/06-0112-PDS-Requiz.htm>
- (12) Conseil national de l'ordre des médecins. (Consulté le 08/06/2018). L'exercice médical face à la permanence de soins. Juin 2001. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnppermancedesoins.pdf>
- (13) Conseil régional de l'ordre des médecins aquitain. (Consulté le 08/06/2018) La permanence de soins ambulatoire, 2015. [En ligne]. <http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-permanence-des-soins>
- (14) Société française de médecine d'urgence. (Consulté le 16/08/2018). Description générale des tris en fonction de l'estimation. [En ligne].
http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
- (15) Société française de médecine d'urgence. (Consulté le 04/01/2019). Référentiel IOA Infirmière organisatrice de l'accueil. [En ligne].
<http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/iaoa2004.pdf>
- (16) Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences. Définition et reproductibilité. Réan Urg 1994 ; 3 : 573-578.

- (17) Société Francophone de Médecine d'Urgence. (Consulté le 16/06/2018). Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales. Annales française d'anesthésie et de réanimation 23 (2004) 850-855.
- (18) Ministère de la Santé et des Sports. (Consulté le 16/06/2018). Admission d'un mineur dans un établissement de santé. [En ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf
- (19) Rapport d'information du Sénat. (Consulté le 16/06/2018). Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. [En ligne]. <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
- (20) Ministère des Solidarités et de la Santé (Consulté le 16/08/2018). Assurer le premier accèder aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- (21) Aissaoui L. Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors. Étude monocentrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service. Thèse de doctorat : Médecine générale : Lyon : 2014.
- (22) URPS Médecins libéraux d'aquitaine. (Consulté le 01/01/2019). Un regard sur le recours aux urgences Octobre 2015.
- (23) Société française de médecine d'urgence. (Consulté le 25/08/2018). Prise en charge des plaies aux urgences. [En ligne]. http://www.sfm.org/upload/consensus/cc_plaies.pdf
- (24) Mendez Louis-Alexandre. Évaluation des déterminants chez les patients se rendant aux urgences pour des sutures réalisables en ambulatoire. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Rennes : 2016.
- (25) Jousset M. Quels sont les déterminants des consultations non programmées aux urgences du centre hospitalier de Dax qui auraient pu être prises en charge en médecine générale et quels peuvent être les moyens d'en limiter l'afflux. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Bordeaux : 2017.
- (26) Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. Médecine humaine et pathologie. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Bordeaux :2015.
- (27) Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Bordeaux : 2018.
- (28) Ribaut L. Permanence des soins ambulatoires : Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence : exemple de la maison médicale de garde de la Saudrune. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Ranguéil : 2015.
- (29) S. Gentile, A.-C. Durand, P. Vignally, R. Sambuc, P. Gerbeaux. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 57 (2009) 3–9.
- (30) Collège PACA de médecine d'Urgence. (Consulté le 22/12/2018). Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale - Analyse des nouveaux comportements de santé. [En ligne]. http://copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte_-_Analyse_du_comportement_des_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_ReI_sultats_de_la_reI_gion_PACA.pdf
- (31) Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse de doctorat : Médecine Générale : Paris VII : 2009.

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire

Age :

Sexe :

Code postal :

1. Qui vous a adressé aux urgences :

- Vous-même
- Le 15 ou la permanence de soins
- Votre médecin

2. Connaissez vous la permanence de soins :

- Si oui, vous n'y avait pas eu recours parce que :
 - Vous n'avez pas confiance
 - Il faut avancer les frais
 - L'hôpital est plus proche
 - Votre état de santé nécessité une prise en charge hospitalière
- Si non :
 - Si vous la connaissiez, l'auriez vous sollicitée ?

3. Cotation du degrés d'urgence : IOA :

Si vous deviez coter le degrés d'urgence de votre prise en charge de 1 à 5 :

4. Quelle est la durée des symptômes ?

5. Qu'elle est votre mutuelle ?

6. Quel est le motif de consultation ?

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Objectif :

Au cours des 20 dernières années on constate une augmentation du nombre de consultations au sein des services d'accueil des urgences. A l'échelle de la ville de Mont de Marsan cela représente une croissance de 69% en 12 ans.

Une des raisons supposées est l'accroissement des soins primaires réalisés au SAU et en particulier pendant les horaires de permanence de soins.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les déterminants motivants les patients à consulter dans les services d'urgences plutôt que vers le médecin de garde de la permanence de soins.

Matériel et méthode :

Pendant huit soirées, du 18 février au 21 Mai 2018, entre 20h et minuit, nous avons interrogé les patients se présentant aux urgences de Mont de Marsan et relevant de soins primaires, sur les raisons les conduisant à consulter aux urgences plutôt que le médecin de permanence et l'urgence ressentie en la comparant à l'évaluation du degré d'urgence (classification CIMU) par l'infirmière d'accueil des urgences.

Résultats :

Sur 81 patients inclus dans l'étude (120 patients ayant consultés aux urgences pendant les huit soirées), 56 (69%) ont consultés aux urgences sans conseil médical préalable, 15 (19%) ont été adressés par leur médecin généraliste et 10 patients (12%) ont été adressé par la régulation SAMU.

Soixante-cinq pourcents des patients interrogés ignoraient l'existence d'un médecin généraliste de permanence de soins et 40 patients (75%) l'auraient sollicité s'ils en avaient eu connaissance. Concernant les 28 patients informés sur la permanence de soins et qui n'ont pas eu recours à celle-ci, un peu moins de la moitié (46%) pensait avoir une pathologie nécessitant une prise en charge hospitalière, les autres arguments exposés était la proximité géographique de l'hôpital, un conseil de la régulation, l'absence de confiance ainsi que l'absence de réponse de la permanence de soins.

Conclusion :

Ce travail fait état des possibilités d'amélioration de prise en charge de patients relevant de soins primaires, notamment par une meilleure information de l'offre de soins sur le secteur de Mont de Marsan ou une meilleure coordination entre les médecins généralistes et le recours à des consultations spécialisés en urgence.