



Différence dans le parcours de soins des patients se présentant dans les différents services d'urgence de Bordeaux Métropole entre le jour et la nuit

Paulin Besserve

► To cite this version:

Paulin Besserve. Différence dans le parcours de soins des patients se présentant dans les différents services d'urgence de Bordeaux Métropole entre le jour et la nuit. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02492153

HAL Id: dumas-02492153

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492153>

Submitted on 26 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

COLLEGE SCIENCE DE LA SANTE

ANNEE 2019

THESE n°139

PRESENTEE pour le DIPLOME de DOCTEUR en MEDECINE

Diplôme d'état

SPECIALITE : Médecine générale

PAR

M. BESSERVE Paulin

Né le 13 décembre 1991 à Lille

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

30/09/2019

TITRE : Différence dans le parcours de soins des patients se présentant dans les différents services d'urgence de Bordeaux Métropole entre le jour et la nuit

Directeur de thèse : Docteur Cédric GIL-JARDINE

Membres du jury

- Professeur JOSEPH Jean-Philippe (Président du jury).
- Professeur GALINSKI Michel (Rapporteur de thèse).
- Professeur CASTERA Philippe (membre du jury).
- Docteur DOUKHAN Mathieu (membre du jury).
- Dr GIL-JARDINE Cédric (Directeur de thèse).

Sommaire

Remerciements	4
Abréviations	6
<u>1-INTRODUCTION</u>	8
<u>2-CONTEXTE</u>	10
2-1-Notion d'Urgence	10
<u>2-1-1-Définitions</u>	10
<u>2-1-2-Classification</u>	11
<u>2-1-3- Description des services d'urgence et des patients en France</u>	13
2-2-Démographie en Gironde	14
<u>2-2-1- Population générale</u>	14
<u>2-2-2- Démographie Médicale</u>	15
2-3-Les structures d'urgences	16
2-4 La permanence des soins	18
<u>2-4-1- La loi HPST</u>	19
<u>2-4-2- La Permanence De Soins Ambulatoire</u>	19
<u>2-4-3- La régulation de la permanence de soins</u>	20
2-5- Le flux horaire des demandes de soins	20
<u>2-5-1- Le flux horaire aux urgences</u>	20
<u>2-5-2- L'absorption des consultations non programmées ou recours urgents en médecine générale</u>	21
<u>3-QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS</u>	22
3-1-Question de recherche	22

3-2-Objectifs	23
<u>4-MATERIEL ET METHODES</u>	23
4-1-Type d'étude	23
4-2-Population	24
<i><u>4-2-1-Critères d'inclusion</u></i>	24
<i><u>4-2-2-Critères de non inclusion</u></i>	24
<i><u>4-2-3-Critères d'exclusion</u></i>	24
4-3-Aspects réglementaires	24
4-4-Matériel de l'étude	25
4-5-Protocole de l'étude	27
4-6-Analyse de données	27
<u>5-RESULTATS :</u>	28
5-1-Effectifs	28
5-2-Caractéristiques de la population	28
5-3-Les facteurs associées à l'heure de consultation	30
5-4-L'existence d'un contact médical préalable	32
5-5-Le parcours de soins du patient	34
5-6-Analyse multivariée	36
<u>6-DISCUSSION</u>	37
<u>7- CONCLUSION</u>	42
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	44
<u>ANNEXE</u>	47
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	49

Remerciements

Merci au Professeur Jean Philippe JOSEPH, Professeur de Médecine générale et médecin généraliste, de nous avoir fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse. Veuillez voir dans ces remerciements l'expression de mon plus grand respect.

Je remercie très sincèrement le Professeur Michel GALINSKI, Professeur des universités associé et praticien hospitalier, d'avoir accepté de faire le rapport de ma thèse. Merci pour vos précieux conseils et pour votre soutien lors de ma rédaction.

Je remercie très sincèrement le Docteur Philippe CASTERA, Professeur des universités associé et médecin généraliste, d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en ma très sincère reconnaissance.

Merci au Docteur Cédric GIL-JARDINE, Praticien hospitalier et médecin urgentiste, d'avoir été le directeur de ma thèse. Je lui adresse tous mes remerciements pour son soutien, sa disponibilité et ses judicieux conseils. Merci également pour sa bonne humeur permanente.

Merci au Docteur Mathieu DOUKHAN, Praticien hospitalier et médecin urgentiste, d'accepter de juger mon travail et de m'avoir soutenu depuis mon passage aux urgences. Merci pour votre gentillesse et vos précieux conseils de vie.

Merci tout d'abord à ma future femme et à ma fille. Merci de m'avoir toujours soutenu, toujours cru en moi et d'avoir accepté mes choix. Merci d'avoir embelli ma vie ces dernières années et d'avoir mis au monde notre merveilleuse petite Lola.

Merci à mes parents de m'avoir permis de suivre cette voie avec d'inépuisables encouragements. Merci à vous de me montrer votre fierté chaque jour, aujourd'hui est une belle occasion de vous dire à quel point j'ai de la chance de vous avoir. Merci à mon père d'avoir été une solide épaule pendant toutes ces années. Merci à ma mère de m'avoir permis de réussir mes études.

Merci à mes grands-parents maternels, Dada et Mamie Badette pour votre soutien et votre bienveillance, merci d'avoir fait de mes périodes de révisions une joie de venir vous voir.

Merci à mes grands- parents paternels, Papy Jean-Marie et Mamie Yvonne, qui me regardent sûrement au-dessus du puy de Dôme, et qui j'espère sont fiers de moi.

Merci à mes frères, Corentin et Baptiste, ainsi que ma petite sœur adorée Ninon. Merci d'avoir toujours été disponibles quand je venais vous voir. A vous maintenant de commencer vos études !

Merci à toute ma famille, proche ou lointaine, qui a toujours été là pour moi et sur qui je peux toujours compter. Merci également à Violaine d'avoir joué son rôle de belle – doche à la perfection.

Merci à ma belle-famille de m'avoir accepté avec autant de sympathie, et d'offrir une tatie et des grands-parents formidables à Lola.

Merci à mes amis d'avoir toujours été présents pour moi dans les bons ou les mauvais moments. Merci à Tim, mon ami d'enfance, merci à Fanch mon précieux copain. Merci à mes amis de l'UST : Arnaud, Loïc, Guillaume, Achraf, Mehdi, Daho pour citer que les meilleurs.

Merci à tous mes proches de Royan, à tous mes potes volleyeurs ou rugbymen.

Merci à tous mes co-internes qui ont égayés chaque stage dans lequel je suis passé.

Merci à tous les médecins que j'ai pu rencontrer pendant mon internat, merci infiniment à ceux qui m'ont aidé ou remis sur le bon chemin et à qui j'ai envie de ressembler lors de ma pratique future.

Abréviations:

AAH: Allocation Adulte Handicapé

AI : Allocation d'Insertion

ALD: Affection Longue Durée

AME: Aide Médicale d'Etat

ANSM: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

API: Allocation Parent Isolé

ARS : Agence régionale de santé

ASS : Allocation Solidarité Spécifique

ASV : Allocation Supplémentaire Vieillesse

AT : Accident de Travail

AV : Allocation Veuvage

AVP : Accident voie publique

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des médecins

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CL : Clinique

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des personnes

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques.

DOM-TOM : Départements d'Outre-mer – Territoire d'Outre-mer

GEMSA : Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil.

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IOA : Infirmière organisatrice de l'accueil.

MV : Minimum Vieillesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire

RC : Rapport de Cotes

RMI : Revenu Minimal d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VVP : Voie Veineuse Périphérique

1-INTRODUCTION:

Le nombre de passage aux urgences ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années. En 2018, la fréquentation des services hospitaliers d'accueil des urgences s'établit à 20,3 millions de passages par an et augmente en moyenne de 3,5% annuellement (1), soit une augmentation de 30% en dix ans (2). L'augmentation de fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années ne peut être attribuée ni à la seule croissance démographique ni uniquement au vieillissement de la population. Les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées. Elle résulte d'un décalage croissant entre une demande de "soins non programmés" en hausse et une offre ambulatoire inégalement répartie en fonction de la demande de soins. La demande des soins non programmés augmente en raison du vieillissement de la population et de la croissance de la prévalence des maladies chroniques (3). A l'inverse, la baisse du nombre de généralistes de 9,1% entre 2007 et 2017 et la répartition géographique des professionnels de santé inégale compliquent les possibilités de répondre à cette demande de soins en ambulatoire. A ce jour, les consultations non programmées représentent 12% de l'activité globale des médecins (4). En raison des difficultés à obtenir un rendez-vous en cabinet de ville, la demande se déporte par défaut sur les urgences.

La mission des services d'urgences français, régie par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995, est d'accueillir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 toute personne se présentant en situation d'urgence et de la prendre en charge. On constate néanmoins une hétérogénéité d'affluence en fonction de l'heure. En effet, le flux de patient est moins important la nuit que le jour. Certaines études décrivant le flux horaire des urgences (5), montraient que la répartition du passage aux urgences entre le jour (8h-20h) et la nuit (20h-8h) variait du simple au double (64% le jour contre 36% la nuit). Un rapport d'activité des services des urgences en île de France de 2016 confirmait cette tendance (6). Les horaires d'arrivée des patients dans les services d'urgence, donc pour des soins non programmés, étaient à mettre en parallèle avec les demandes de consultation non programmées en cabinet de médecine générale. Ce rapport constatait une activité rapidement croissante entre 8h et 10h, un nouveau pic d'affluence vers 16h puis une baisse progressive à partir de 20h. Il semble néanmoins que cette variation concernait essentiellement les patients se présentant par leurs propres moyens. Le

flux était beaucoup plus constant pour les patients arrivant aux urgences par l'intermédiaire d'un transporteur. Les hospitalisations également n'étaient que peu marquées par l'horaire d'arrivée (6).

Certaines études tendent donc à montrer qu'il existe une différence de flux d'arrivée aux urgences mais il existe peu de données sur la différence de profil des patients entre le jour et la nuit ainsi que leur consommation de soins et leur régulation. Il apparaît donc intéressant de comparer les patients se présentant le jour et la nuit ainsi que leur prise en charge. En effet, les pathologies nécessitant une prise en charge urgente ne semblent pas dépendre du cycle nycthémeral. Nous nous sommes donc intéressés à la différence de parcours de soins entre les patients se présentant le jour et la nuit en étudiant notamment le taux d'existence d'un contact médical préalable avant l'arrivée aux urgences.

Cette question est importante car elle pourrait amener des éléments de réponse permettant de mieux appréhender les flux croissants de patients aux urgences en essayant de répondre à la demande de soins primaires en amont de l'arrivée aux urgences.

2-CONTEXTE:

2-1-Notion d'Urgence

2-1-1-Définitions :

Il est bien difficile de donner une définition précise des urgences :

Le Larousse en 2018 donne une définition multiple du terme « urgence » (7):

- Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard;
- Nécessité d'agir vite;
- Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement;
- Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide.

La définition de l'OMS est quant à elle : « L'urgence est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et /ou son entourage ». La définition médicale la plus fréquemment retrouvée est celle-ci: « Toute circonstance qui par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant » (8).

Ainsi, pour les patients, la définition de l'urgence laisse place à une grande subjectivité. Au vu de cette ambiguïté, il devient difficile de définir ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas. Cette définition est donc liée à l'expérience personnelle de l'individu, de son éducation, de sa résistance à la douleur, et de l'angoisse générée et ressentie. Elle est ainsi propre à chacun, d'où la difficulté pour le patient de juger d'un recours urgent ou non-urgent (9).

En effet, on se rend compte que la notion d'urgence en elle-même n'a pas de véritable définition. Cela explique la différence de notion d'urgence si elle est définie par les patients ou les professionnels de santé. Certains auteurs comme Jean Peneff proposent une définition de l'urgence différente en fonction de la personne à laquelle elle s'adresse. Schématiquement, pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son

activité ; pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première. (10).

2-1-2-Classification :

Classiquement, on divise les urgences en quatre catégories :

- Urgence vitale : pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement, urgence absolue ou extrême urgence.
- Urgence vraie : pathologie aiguë grave menaçant le pronostic vital.
- Urgence relative : pathologie subaiguë ne mettant pas en jeu le pronostic vital.
- Urgence différée : pathologie pouvant être soignée avec délai.

Stades CCMU	
1	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.
2	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables, Décision d'acte complémentaire.
3	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital réanimation immédiate
D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

La classification CCMU, plutôt utilisée en médecine d'urgences, classe les urgences en fonction du stade de gravité (11).

Il existe également la classification GEMSA qui classe les patients en 6 groupes selon leur mode d'admission et de sortie des urgences (12) :

Classification GEMSA	
GEMSA 1	Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation.
GEMSA 2	Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins.
GEMSA 3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale.
GEMSA 4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences.
GEMSA 5	Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation
GEMSA 6	patient nécessitant une prise en charge thérapeutique importante ou prolongée.

Malgré les classifications dont nous disposons, la difficulté réside dans la notion d'urgence vraie et d'urgence ressentie par le patient. Une étude de 1998 proposait une estimation des consultations non urgentes par l'avis de l'IOA et du médecin de garde ainsi que par l'utilisation ou non du plateau technique et l'avis de deux experts (13). L'étude révélait que le taux de consultations non urgentes s'élevait à 35%. Parmi ces consultations jugées non urgentes, le taux de sujets se présentant spontanément était deux fois plus élevé que pour les consultations jugées urgentes.

2-1-3-Description des services d'urgence et des patients en France

La médecine d'urgence a pour objectif principal la prévention, le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients présentant un large éventail de maladies ou de blessures non anticipées. Les médecins d'urgence sont souvent le premier contact avec le système de santé des patients présentant un état pathologique urgent, quels que soient leur sexe, leur âge, le statut de leur assurance et l'heure du jour. Dans le système français, différents prestataires ambulatoires et hospitaliers collaborent pour fournir le niveau de soins le plus approprié dans les situations d'urgence, principalement des médecins de famille et des médecins généralistes. Plusieurs services existent pour donner aux patients l'accès à un généraliste la nuit en semaine et toute la journée le week-end ou les jours fériés. Outre les services hospitaliers, le Service d'aide médicale urgente (SAMU), offre un service de conseil médical par téléphone 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et peut, si nécessaire, envoyer des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) (14).

Enfin, les patients qui recherchent des soins urgents peuvent se rendre au service des urgences de l'hôpital de leur choix, de leur propre initiative ou sur recommandation d'un des services précédents. Au cours des 15 dernières années, les visites aux urgences ont régulièrement augmenté dans le monde entier. Les services d'urgence français partagent cette situation avec une augmentation de 45% du nombre de visites entre 2004 et 2011 (15).

Les urgences sont devenues une voie d'hospitalisation habituelle, car même si les admissions programmées semblaient stables, le nombre de patients admis à l'hôpital via les urgences (à savoir des admissions non programmées) est passé de 3,6 à 4,7 millions par an entre 2004 et 2011, reflétant ainsi que les admissions non programmées jouent un rôle de plus en plus important dans le total des admissions (16).

L'augmentation du nombre de consultations non urgentes et de consultations répétées contribue à l'augmentation du nombre total de consultations aux urgences et à la surpopulation des urgences. Cette augmentation est associée à une majoration de la morbi-mortalité, de la fréquence des erreurs médicales et également de l'insatisfaction des patients. Il y a près de 15 ans, les acteurs des soins

d'urgence et le gouvernement français avaient amorcé une réorganisation de la médecine d'urgence avec notamment plusieurs mesures, telles que le triage par des infirmier(e)s ou la mise en place de circuits courts.

Une étude a été menée en 2018 dont les objectifs étaient de décrire les caractéristiques de l'organisation et de l'utilisation des services d'urgence en France, sur la base d'une enquête transversale nationale (17). Elle décrivait avec précision les caractéristiques des patients, les détails des soins et la durée du séjour. Elle soulignait également la manière dont l'organisation des services d'urgence avait été redéfinie pour faire face à l'augmentation du nombre de visites aux urgences, telles que la mise en place d'un(e) infirmier(e) de triage ou d'un circuit court. Les services d'urgence français semblent jouer un rôle particulier pour les personnes vulnérables: la vulnérabilité liée à l'âge, un patient sur cinq ayant plus de 75 ans, mais également la vulnérabilité socio-économique, avec une surreprésentation des patients sans couverture de santé complémentaire.

2-2-Démographie en gironde

2-2-1Population générale :

En 2016, le département de la Gironde comptait 535 communes étendues sur 10 725 Km² (c'est le département le plus étendu de France) regroupant 1.548.478 habitants. Bordeaux, actuellement la 6^e métropole française, et sa région connaissent un dynamisme démographique très favorable et s'inscrivent parmi les régions les plus attractives de France. Bordeaux métropole est composée de 28 communes ce qui représente 760 933 habitants. La croissance démographique est de 8% entre 2009 et 2014, soit 1,5% par an. Près d'un million d'habitants (975 000) est prévu dans la métropole d'ici 2030 (18).

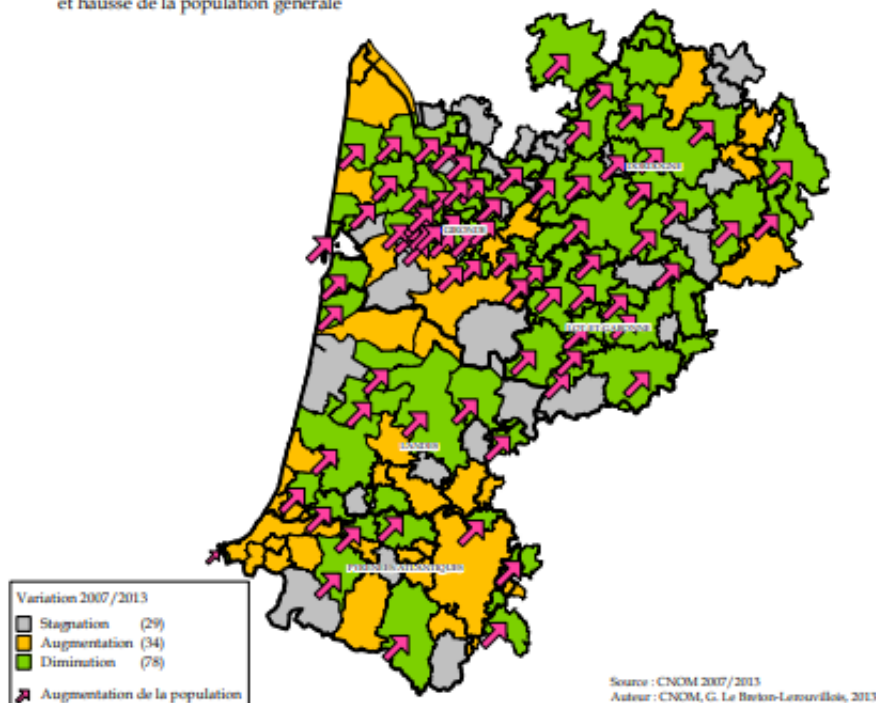


Figure 1 : Géographie de la Gironde. Source ING 2019

2-2-2-Démographie Médicale :

Les cinq départements de la région Aquitaine recensent 15 023 médecins inscrits au tableau de l'Ordre (dont 11273 actifs). Parmi ces départements, celui qui enregistre la plus forte hausse des effectifs des médecins sur la période 2007-2015 est la Gironde (+15,7%). A l'inverse, la Dordogne comptabilise la plus faible hausse (+5,4%). L'analyse montre que 53 % des médecins exercent en Gironde, et principalement sur le CUB. En termes de densité, on considère qu'un bassin de vie compte en moyenne 9 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. 48% des bassins de vie de la région Aquitaine sont caractérisés par une densité faible (19).

Variation des effectifs en médecine générale
et hausse de la population générale



Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale (19)

2-3-Les structures d'urgences:

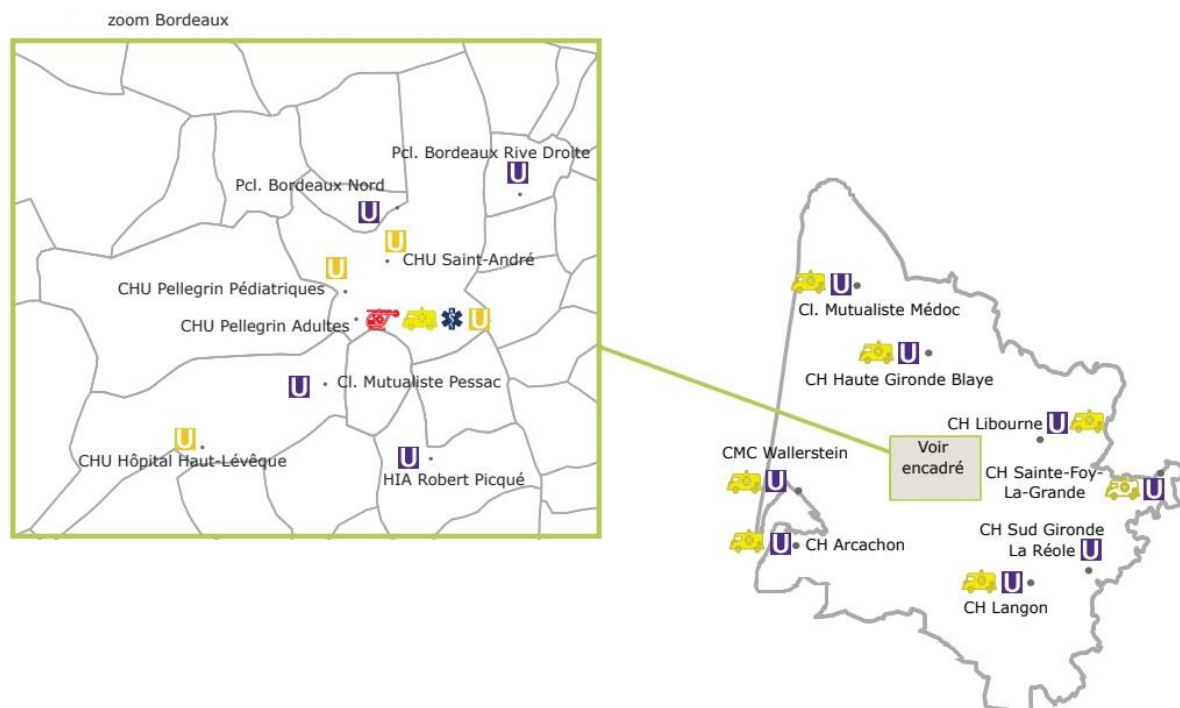
En France, les urgences sont assurées par les hôpitaux publics pour la plupart. Il existe également certaines structures privées disposant de soins d'urgences. Cela représente 738 structures d'urgences en métropole et aux DOMTOM. Les pouvoirs publics ont lancé en décembre 2012 un « pacte territoire-santé » pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. L'objectif était de garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes pour l'ensemble de la population. Pour couvrir les 2 millions de personnes qui sont actuellement éloignées de plus d'une demi-heure d'un point d'accueil en urgence, le nombre de médecins correspondants des SAMU a doublé en 2013 (300 contre 150 en 2012). Créé en 2007, ce dispositif permet à un médecin formé spécifiquement à cet effet à l'urgence, libéral le plus

souvent, mais pouvant aussi être hospitalier en fonction des situations locales, d'intervenir auprès d'un patient sur demande de la régulation médicale du SAMU dans l'attente d'une prise en charge par une équipe du service mobile d'urgence.

En 2015-2017, le plan territoire santé 2 prône le développement des stages en cabinets de ville : jusqu'alors réservés aux étudiants en médecine générale, les stages en ville seront ouverts aux étudiants d'autres spécialités comme l'ophtalmologie ou la pédiatrie. Il est également question du renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles. Enfin, l'augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU (20).

En Gironde on dispose de 14 services d'Urgences répartis sur le département :

Services d'urgences de Gironde
CHU Bordeaux (Groupe hospitalier Pellegrin, Hôpital Saint-André, Hôpital Haut Lévêque).
HIA Robert Picqué à Bordeaux.
Polyclinique Bordeaux Rive droite à Lormont.
Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine à Bordeaux.
Clinique mutualiste du Médoc.
Clinique mutualiste de Pessac
CH Saint-Nicolas de Blaye
CH Robert Boulin à Libourne
CH Pasteur à Langon
CH Arcachon
Clinique médico-chirurgicale Wallerstein à Arès
CH Sainte-Foy-la-Grande



2-4-La permanence des soins :

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant (21). L'article 77 du code de déontologie (22) précise que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice. » La participation des médecins au système de gardes doit être effective sur tout le territoire, cependant les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre. Elle repose sur le volontariat des médecins libéraux en conformité avec la réglementation nationale (23). La permanence des soins est organisée collectivement sous la responsabilité de la profession afin de pallier aux éventuelles carences liées au volontariat. Cette charge est sous la responsabilité du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Elle est assurée par des médecins libéraux, par des médecins salariés des

centres de santé, ou par toute autre catégorie de médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

2-4-1-La loi HPST

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009 (24) a défini l'organisation de l'offre de soins en médecine ambulatoire et crée les Agences Régionales de Santé. Elle leur confie la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) qui répond aux demandes de soins non programmées, exprimées par les patients tous les soirs de 20h à 8h, le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jours fériés de 8h à 20h. En dehors des horaires de PDSA, les soins primaires doivent être assurés par les médecins généralistes libéraux.

2-4-2-La Permanence De Soins Ambulatoire :

Les médecins généralistes participants à la PDSA peuvent être libéraux ou salariés, installés ou remplaçants, en activité ou à la retraite. En 2017, la France est divisée en 1579 territoires de permanence des soins ambulatoires en soirée de semaine (25). Ces territoires étaient au nombre de 3770 début 2003 soit une baisse de près de 60 % en 14 ans. La diminution du nombre de secteurs s'opère par fusion des territoires de gardes, ainsi le territoire de PDSA est agrandi. Cela entraîne des plus grandes distances à parcourir pour les médecins et/ou les patients. Néanmoins, cela permet de diminuer les fréquences de gardes et peut permettre ainsi l'installation de nouveaux confrères réticents à assumer des gardes à une fréquence trop importante. On constate qu'il existe de très grandes disparités de taux de participation. Dans un certain nombre de départements, la solidarité entre confrères est forte et tous les médecins généralistes libéraux participent sauf en cas d'exemption pour raisons médicales. Dans certains départements, le taux de participation est inférieur à 10 % mais cela ne signifie pas pour autant que la PDSA n'est pas assurée (25).

2-4-3-La régulation de la permanence de soins :

Au niveau national, 72 % des actes de permanence des soins sont régulés. La HAS a publié en 2011 des recommandations sur la prise en charge des appels et déclinent six types de réponses :

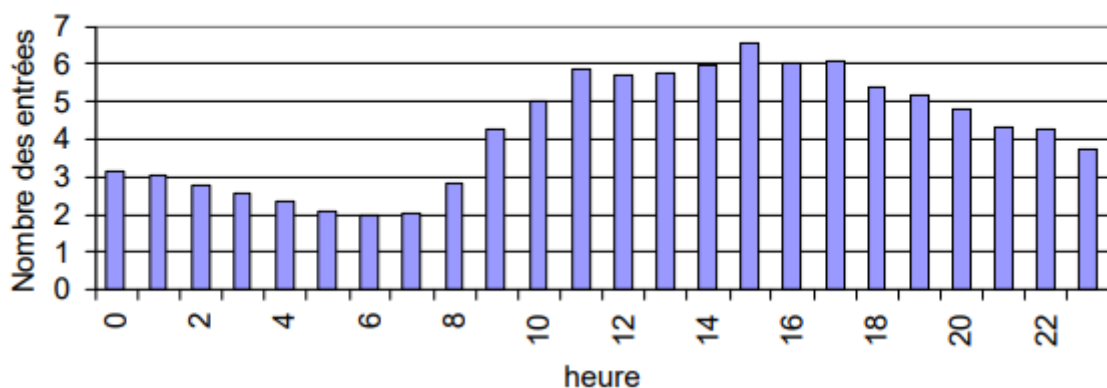
- conseil médical sans mise en œuvre de moyens,
- prescription médicale par téléphone,
- orientation vers une consultation médicale,
- transport sanitaire en ambulance,
- prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers,
- intervention d'un effecteur médical de la PDSA ou du SMUR.

2-5-Le flux horaire des demandes de soins

2-5-1-Le flux horaire aux urgences :

Plusieurs études descriptives montrent que le flux de patient varie considérablement en fonction de l'heure de la journée. C'est le cas d'une enquête menée à l'hôtel Dieu de Paris en 2001 (26). Les entrées progressaient de 7h à 11h le matin puis elles déclinaient légèrement avant de raugmenter jusqu'au deuxième pic vers 16h. Ensuite le nombre d'entrée diminuait progressivement jusqu'à minuit puis chutait jusqu'au petit matin. La moitié des entrées étaient enregistrées entre 10h et 19h (1/3 des entrées de la journée entre 13h et 18h).

Flux des entrées par heure

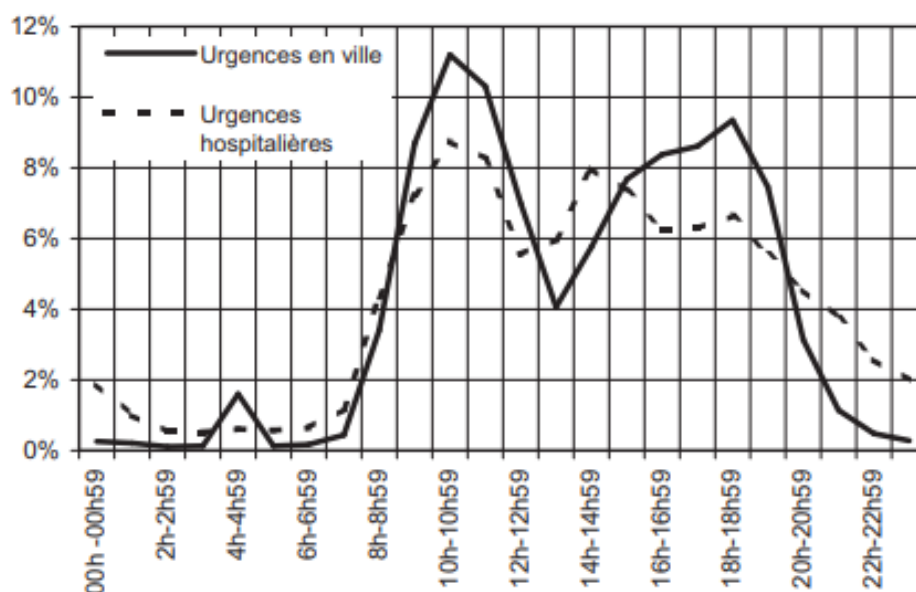


Ce qui semble varier c'est la fréquence des patients arrivant par leurs propres moyens. En effet, le flux de patient arrivant par des transporteurs (SMUR, Sapeur-pompiers ou ambulances privées) était à peu près constant sur la journée. En revanche, 78 % des patients arrivant par leurs propres moyens se présentaient entre 7h et 21h. Il semble donc que les patients se présentant aux urgences sans transport étaient plus fréquents en journée, aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale.

2-5-2-L'absorption des consultations non programmées ou recours urgents en médecine générale

Selon l'enquête menée par la Drees en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville, les recours urgents ou non programmés constituaient 12% de l'activité totale des médecins libéraux (27). L'activité urgente des médecins généralistes était essentiellement diurne, dont 18% en dehors des heures d'ouverture de cabinet. L'ouverture du cabinet se traduisait par une hausse des recours urgents, qui rencontraient un premier pic entre 10h et 11h (12% de l'activité urgente journalière réalisée). Durant les heures méridiennes, l'activité urgente était moins intense, et reprenait à 14h pour atteindre un second pic en fin d'après-midi. Il existait donc un parallèle évident avec le flux horaire constaté aux urgences. Les trois quarts de l'activité « urgente » des médecins libéraux étaient liés à des problèmes somatiques non traumatiques, en particulier pour les enfants de moins de 13 ans (90%).

Répartition des recours urgents ou non programmés en médecine générale et dans les services d'urgence hospitaliers par heure



Source : enquêtes sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (Drees, 2004) et sur les services d'urgences hospitaliers (Drees, 2002).

3-QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS:

3-1-Question de recherche

La question de recherche posée par cette étude était la différence de consommation de soins entre les patients se présentant aux urgences le jour et la nuit.

Dans notre étude en Gironde, nous avons souhaité étudier sur cette cohorte multicentrique si l'heure d'arrivée influençait la prise en charge du patient. Tout d'abord, nous avons tenté de différencier le parcours de soins du patient avant l'arrivée aux urgences en fonction de l'heure, puis leurs prises en charge et leurs devenir une fois aux urgences. Nous allons essayer de découvrir si les motivations, le degré d'urgence ressentie, la durée du problème varient en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences. Ainsi, nous essaierons de voir s'il existe une différence dans le profil des patients.

3-2-Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de comparer le parcours de soins des patients se présentant aux urgences selon la période du nycthémère. Pour cela nous avons comparé la différence de taux de contact médical préalable à la venue aux urgences entre le jour et la nuit.

Les objectifs secondaires étaient :

- Évaluer les facteurs associés à l'heure d'arrivée aux urgences.
- Évaluer le devenir des patients en fonction de l'heure d'admission aux urgences
- Comparer les différents types de contacts médicaux préalables entre le jour et la nuit.
- Comparer le parcours de soins des patients précaires et non précaires
- Comparer les différents moyens de recours aux urgences.

4-MATERIEL ET METHODES :

4-1-Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique réalisée dans 9 centres d'urgences en Gironde sur 2 plages horaires de 24h : la première a eu lieu du lundi 25 au mardi 26 juin 2018 (de 8h à 8h) et la deuxième du samedi 30 juin au dimanche 1 juillet 2018 (de 8h à 8h). Le recueil de données était donc effectué au même moment dans sur les différents sites (CHU Pellegrin, Hôpital Saint-André, Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, CH Saint-Nicolas de Blaye, CH Robert Boulin à Libourne, Clinique mutualiste de Pessac, CH Arcachon, HIA Robert Picqué et CH Pasteur à Langon).

Le sujet choisi s'inscrit dans une étude plus large recherchant les facteurs influençant l'existence d'un contact médical avant l'admission dans les différents services

d'urgence de Bordeaux Métropole: MEDical contACT before Emergency Room (MEDIACTER). L'étude est menée par 9 internes, faisant l'objet de 9 thèses.

4-2-Population

4-2-1-Critères d'inclusion

Il s'agissait de tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgence, quel que soit leur sexe et la pathologie.

4-2-2-Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les patients de moins de 18 ans, ceux qui refusaient de participer à l'étude. N'étaient pas inclus les patients dont l'interrogatoire était impossible: barrière de la langue, intoxication alcoolique ou stupéfiant aiguë, inconscient, confus. Enfin les patients présentant une pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiat n'étaient pas inclus afin de ne pas perturber la prise en charge.

4-2-3-Critères d'exclusion

Une fois le patient inclus dans l'étude, le seul critère d'exclusion était l'impossibilité de finir de remplir le questionnaire.

4-3-Aspects réglementaires

Le promoteur et l'investigateur se sont engagés à ce que cette recherche soit réalisée en conformité avec la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine et la déclaration d'Helsinki.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche ont fait l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique.

4-4-Matériel de l'étude

Le questionnaire (ANNEXE 1) a été réalisé par l'ensemble des investigateurs ayant participé à la réalisation de l'étude. Il a été fait à partir des données de la littérature et des différentes études déjà réalisées notamment, au niveau national, puis modifié pour pouvoir répondre à toutes les questions de recherche des internes travaillant sur ce projet. L'idée était d'avoir une vision globale sur le patient : ses antécédents, ses motivations, son parcours de soins, ainsi que son devenir. Il comporte des données standard telles que l'âge du patient, son code postal, le site du recueil, la date et l'heure d'arrivée du patient. Il comporte des données nécessaires au calcul d'un score de précarité sociale. Ce score de précarité vient d'une étude réalisée par le CHU de Nantes (29) et permet par un calcul rapide de l'existence d'une précarité sociale ou non. Le questionnaire nous informe sur le mode de venue aux urgences. Il précise si il y a eu un contact médical préalable notamment avec le médecin traitant ainsi que les raisons pour lesquelles le patient est venu aux urgences. Il comporte des données médicales du patient : antécédents, bénéficiaires d'une affection de longue durée (ALD). Il précise enfin le parcours de soins du patient au sein des urgences de son arrivée avec les constantes vitales, les actes réalisés, jusqu'au diagnostic retenu et son devenir (hospitalisation, UHCD, retour à domicile).

Nous avons défini le contact médical préalable à la venue aux urgences par une visite chez le médecin traitant, chez un médecin de garde, chez un spécialiste ou un appel au centre 15. Il s'agissait de notre critère de jugement principal.

Données du questionnaire standardisé

Bénéficiaire de la CMU, CMUc ou AME

Bénéficiaire d'une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire

Bénéficiaire des allocations suivantes : RMI, AAH, API, ASS, AI, AV, MV ou ASV

La recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois

Bénéficiaire d'une ALD

Antécédents et comorbidités du patient

Age du patient

Code postal du patient

Mode de venue aux urgences

Recours antérieur aux urgences

Temporalité du problème de santé actuel (moins de 24h, plus de 24h, plus d'une semaine, plus d'un mois).

Un médecin a-t-il été consulté pour ce problème motivant une consultation aux urgences

Existence d'une tentative de joindre le médecin traitant, si oui pourquoi et si non, pourquoi également.

Motivations de la venue aux urgences

Qualité de la personne ayant conseillé de venir aux urgences (médecin, service des urgences, entourage, SAMU, le 112, police, employeur, aucun)

Constantes vitales

Acte(s) clinique(s) et paraclinique(s) réalisés

Diagnostic

Devenir du patient

4-5- Protocole de l'étude

Le questionnaire a donc été établi en amont par les investigateurs de l'étude MEDIACTER. Les investigateurs se sont ensuite postés au même moment dans les différents services d'urgences afin de recueillir les données sur deux plages de 24h (dont une en semaine et une le week-end). Les services avaient tous donné leur accord pour que l'on puisse effectuer le recueil de données dans de bonnes conditions sans perturber le parcours de soins du patient. Les infirmières organisatrices d'accueil (IOA) étaient préalablement informées ainsi que les aides-soignants et les agents administratifs et établissaient le premier contact avec le patient. Après évaluation par l'IOA, l'éligibilité de chaque patient admis a été évaluée. Lorsque c'était le cas leur consentement oral a été recueilli. Le questionnaire standardisé était ensuite complété tout au long du séjour du patient aux urgences. Les différents logiciels des urgences ont servi également à recueillir les données concernant les prescriptions d'examens complémentaires et enfin l'orientation finale des patients.

4-6-Analyse de données

Les variables quantitatives seront représentées par leur médiane et leurs étendues interquartiles comparés à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon. Les variables qualitatives seront représentées en effectifs et pourcentages puis comparées au moyen d'un test de χ^2 , un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué. Secondairement, nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique. Toutes les variables significatives à $p < 0,20$ ont été incluses dans le modèle initial. Les variables à inclure dans le modèle final ont été sélectionnées par une méthode pas à pas descendante en conservant toutes les variables significatives à $p < 0,05$. A chaque étape, une interaction a été recherchée.

5-RESULTATS :

5-1-Effectifs

Sur les deux plages horaires de 24h nous avons inclus 1165 patients répondant à 1165 questionnaires sans critère d'exclusion. Il y en avait 136 au CH d'Arcachon, 75 au CH de Blayes, 140 à la clinique Bordeaux Nord, 100 au CH de Langon, 186 au CH de Libourne, 98 à la clinique Mutualiste, 196 au CHU de Pellegrin, 129 à l'HIA de Robert Picqué et 105 au CHU de Saint André

5-2-Caractéristiques de la population :

Sur les 1165 patients inclus dans l'étude, 782 soit 67,1 % se sont présentés le jour, contre 383 soit 32,9% la nuit ($p<0,05$). Cette répartition est à peu près similaire sur les différents sites d'urgences à l'exception de la clinique mutualiste qui compte 41,8% de ses passages la nuit. La médiane d'âge de la population était de 48ans.

Les patients avec des critères de précarité se présentaient de façon homogène le jour et la nuit (27,9% de la population). La population gériatrique (> 75 ans), se présentait de façon significative plus souvent le jour que la nuit (ils représentaient 20,3% des consultations le jour contre 14,3 % des consultations la nuit ; $p<0,05$).

Le mode de transport était différent entre le jour et la nuit : les transports médicalisés représentaient une part plus importante la nuit que le jour (38,2% contre 32,2 % ; $p<0,05$). En revanche les présentations spontanées étaient plus importantes le jour que la nuit (67,8% contre 61,3 % ; $p<0,05$).

Le recours aux urgences antérieures n'était pas un facteur prédictif de venu plus fréquent le jour ou la nuit, ainsi que le bénéfice d'une ALD. L'âge, quant à lui diffère ($p<0,05$) : la médiane de venue aux urgences le jour était de 50 ans (33-71) et la nuit 44 ans (29.5-65).

Tableau 1 : Caractéristique de la population

Variables	Population générale n=1165 (%)	Arrivée le jour n =782 (67,1%)	Arrivée la nuit n=383 (32 ,9%)	p
Sites				
CH-Arcachon	136 (11,7)	99 (12,7)	37 (9,7)	<0,05
CH Blayes	75 (6,4)	44 (5,6)	31(8,1)	
CH Langon	100 (8,6)	67 (8,6)	33 (8,6)	
CH Libourne	186 (16)	124 (15,9)	62 (16,9)	
CL Mutualiste	98 (8,4)	57 (7,3)	41 (10,7)	
CHU Pellegrin	196 (16,8)	123 (15,7)	73 (19,1)	
HIA Robert Picqué	129 (11)	96 (12,3)	33 (8,6)	
CHU Saint André	105 (9)	66 (8,4)	39 (10,2)	
CL Bordeaux Nord	140 (12)	106 (13,6)	34 (10,8)	
Patients précaires	325 (27,9)	218 (27,9)	107 (27,9)	NS
Population gériatrique (>75 ans)	218 (18,7)	163 (20,3)	55 (14,3)	<0,05
Mode de transport :				
Présentation spontanée dont :	765 (65,7)	530 (67,8)	235 (61,3)	<0,05
- Seul	- 260 (22,3)	- 196 (25,1)	- 64 (16,1)	
- Accompagné d'un tiers	- 505 (43,4)	- 334 (42,7)	- 171 (44,6)	
Transports dont :	400 (34,3)	252 (32,2)	148 (38,7)	
- Pompiers	- 265 (22,7)	- 159 (20,3)	- 106 (27,8)	
- SMUR	- 11 (0,9)	- 7 (0,9)	- 4 (1)	
- Ambulance privée	- 124 (10,6)	- 86 (11)	- 38 (9,9)	
Recours aux urgences antérieurement				
- Non	247 (21,2)	173 (22,1)	74 (19,3)	NS
- Une fois	213 (18,3)	145 (18,5)	68 (17,8)	
- Plus d'une fois	705 (60,5)	464 (59,3)	241 (62,9)	
ALD	382 (32,8)	258 (33)	124 (32,4)	NS
Pathologies traumatologiques	410 (35,2)	271 (34,7)	139 (36,3)	NS
Age (années) – med (IRQ)	48 (31-69)	50 (33-71)	44 (29.5-65)	<0,05

5-3-Les facteurs associés à l'heure de consultation

La durée des symptômes des patients différait en fonction de la période de venue aux urgences. Les symptômes aigus (<24h) représentaient 72,1% des consultations la nuit contre 55,1% le jour ($p<0,05$). En revanche, plus le problème durait depuis longtemps, plus il était significativement associé à une venue aux urgences le jour.

Le fait de venir aux urgences sur un conseil de l'entourage ne différait pas entre le jour et la nuit. Les venues sur conseils du SAMU et des pompiers, elles, augmentaient la nuit.

En ce qui concerne les motivations, venir aux urgences pour consulter un spécialiste était plus fréquent le jour (18,3% contre 11,7% ; $p<0,05$). Les patients qui se présentaient la nuit pensaient plus fréquemment que leur problème était grave (34,2% contre 24% le jour ; $p<0,05$). Les accidents de travail sont des motifs de recours plutôt diurnes (4,1% contre 1,6% la nuit ; $p<0,05$), à l'inverse les patients étant victimes d'agression étaient significativement plus nombreux la nuit (7,6% contre 1,2% le jour ; $p<0,05$).

Tableau 2 : Analyse univariée des facteurs associés à l'heure de venu aux urgences

Variables	Population générale n=1165 (%)	Arrivée le jour n =782 (67,1%)	Arrivée la nuit n=383 (32 ,9%)	p
Durée des symptômes :				
<24h	707 (60,7)	431 (55,1)	276 (72,1)	<0,05
>24h	296 (25,4)	228 (29,2)	68 (17,8)	
>1 semaine	109 (9,4)	10,9 (85)	24 (6,3)	
>1 mois	58 (5)	38 (4,9)	15 (3,9)	
Conseillé de venir aux urgences par :				
-Entourage	164 (14,2)	96 (12,3)	68 (17,8)	NS
-Employeur	15 (1,3)	13 (1,7)	2 (0,5)	NS
-Pompiers	97 (8,3)	51 (6,5)	46 (12)	<0,05
-Personnel Paramédical	47 (4)	36 (4,6)	11 (2,9)	NS
-Autre pro de santé	18 (1,5)	11 (1,4)	7 (1,8)	NS
-Police	14 (1,2)	6 (0,8)	8 (1,8)	NS
-Médecin	266 (22,8)	221 (28,3)	45 (11,7)	NS
-Service urgences	14 (1,2)	11 (1,4)	3 (0,8)	NS
-Seul	384 (33)	250 (32)	134 (35)	NS
-SAMU (15)	146 (12,5)	87 (11 ,1)	59 (15,4)	<0,05
Motivations : (choix multiples)				
-Examens complémentaires	587 (50,4)	395 (50,5)	192 (50,1)	NS
-Cs spécialisée	188 (16,1)	143 (18,3)	45 (11,7)	<0,05
-Pense que c'est grave	319 (27,4)	188 (24)	131 (34,2)	<0,05
-Souhaite hospitalisation	69 (5,9)	49 (6,3)	20 (5,2)	NS
-Pas d'amélioration malgré un ttt	109 (9,3)	73 (9,3)	36 (9,4)	NS
-Echec automédication	135 (11,6)	93 (11,9)	42 (11)	NS
-Le problème doit être réglé	529 (45,4)	368 (47,1)	161 (42)	NS
-Pas d'avance des frais	16 (1,4)	10 (1,3)	6 (1,6)	NS
-Convocation	13 (1,1)	12 (1,5)	1 (0,1)	NS
-Accident de travail	38 (3,2)	32 (4,1)	6 (1,6)	<0,05
-AVP	50 (4,3)	35 (4,5)	15 (3,9)	NS
-Accident vie quotidienne	82 (7)	56 (7,1)	26 (6,8)	NS
-Accident scolaire/sportif	12 (1)	10 (1,3)	2 (0,5)	NS
-Agression	38 (3,3)	9 (1,2)	29 (7,6)	<0,05
-Proximité des soins	89 (7,6)	61 (7,8)	28 (7,3)	NS

5-4-L'existence d'un contact médical préalable :

Parmi les patients se présentant de jour aux urgences, 43,2% avaient déjà consulté un médecin pour ce problème contre seulement 29% la nuit ($p < 0,05$). Les patients tentaient plus souvent de joindre leur médecin traitant le jour (33,5%) que la nuit (11,7%). Parmi ceux qui avaient tenté de joindre leur médecin traitant, et qui leur a conseillé de venir aux urgences, ils se sont présentés majoritairement le jour. De même, le médecin traitant était plus souvent injoignable pour les patients se présentant la nuit.

Parmi ceux qui n'avaient pas tenté de joindre le médecin traitant (73,6%), la plupart (60%) préféraient consulter directement aux urgences. Ces patients-là se présentaient plus souvent le jour (62,1%) que la nuit (57,2%).

Tableau 3 : l'existence d'un contact médical préalable

Variables	Population générale n=1165 (%)	Arrivée le jour n =782 (67,1%)	Arrivée la nuit n=383 (32 ,9%)	P
Consultation d'un médecin pour ce problème	449 (38,5)	338 (43,2)	111 (29)	<0,05
Tentative de joindre le médecin traitant	307(26,3)	262 (33,5)	45 (11,7)	<0,05
Si tentative de joindre le médecin traitant : (n=307)				
-Il a conseillé de venir aux urgences	- 205 (66,8)	- 179 (68,1)	- 26 (57,8)	<0,05
-Il ne pouvait pas recevoir	- 38 (12,4)	- 30 (11,5)	- 8 (17,8)	NS
-Il était injoignable	- 37 (12,1)	- 31 (11,8)	- 6 (13,3)	<0,05
-Il était en vacances sans remplaçant	- 5 (1,6)	- 4 (1,5)	- 1 (2,2)	NS
-Ne souhaite pas consulter remplaçant	- 4 (1,3)	- 3 (1,1)	- 1 (2,2)	NS
-RDV trop tardif dans la journée	- 17 (5,5)	- 15 (5,7)	- 2 (4,4)	NS
Si pas de tentative de joindre le médecin traitant : (n=858)				
-Je n'en ai pas	- 57 (6,6)	- 43 (8,7)	- 14 (3,9)	NS
-Le MT a dit : la prochaine fois allez aux urgences	- 197 (23)	- 110 (22,2)	- 87 (24)	NS
-Préfère consulter aux urgences	- 515 (60)	- 308 (62,1)	- 207 (57,2)	<0,05
-Ne peut pas se déplacer chez MT	- 89 (10,4)	- 59 (11,9)	- 30 (8,2)	NS

5-5-Le parcours de soins du patient :

Comme vu précédemment, les patients se présentant aux urgences le jour avaient plus souvent tenté de joindre leur médecin traitant. De plus, la consultation d'un médecin était significativement plus importante ($p < 0,05$) le jour que la nuit (43,2% contre 29%). En effet, il n'y a pas de différence significative entre le jour et la nuit en ce qui concerne la consultation d'un médecin de garde ou SOS médecin.

Une fois arrivés aux urgences, il n'y avait pas de différence significative dans la prescription d'examens complémentaires (biologie, radiographie, autre imagerie, pose de VVP). Par contre, il y avait plus d'avis spécialisés donnés le jour que la nuit (29,7% contre 13,1% ; $p < 0,05$).

Le devenir n'était significativement pas différent entre le jour et la nuit, le nombre de retour à domicile était similaire (72,8%).

Tableau 4 : le parcours de soins des patients en fonction de l'heure

Variables	Population générale n=1165 (%)	Arrivée le jour n =782 (67,1%)	Arrivée la nuit n=383 (32 ,9%)	p
Contact médical préalable	636 (54,6%)	464 (59,3%)	172 (44,9%)	<0,05
Tentative de joindre le médecin traitant	307 (26,3)	262 (33,5)	45 (11,7)	<0,05
Consultation d'un médecin pour ce problème :	449 (38,5)	338 (43,2)	111 (29)	<0,05
- Le médecin traitant	284 (24)	220 (28,1)	64 (16,7)	<0,05
- Un médecin remplaçant	31 (2,7)	27 (3,5)	4 (1)	<0,05
- Un médecin de garde	29 (2,4)	15 (1,9)	14 (3,7)	NS
- SOS médecin	49 (4,1)	35 (4,5)	14 (3,7)	NS
- Un médecin spécialisé	40 (3,4)	25 (3,2)	15 (3,9)	NS
- Un urgentiste	40 (3,4)	33 (4,2)	7 (1,8)	<0,05
Examens complémentaires :				
- Biologie	562 (48,2)	371 (47)	191 (50)	NS
- Radiographie	361 (31)	249 (31,8)	112 (29,2)	NS
- Autre Imagerie	208 (17,8)	140 (17,9)	68 (17,8)	NS
- Avis spécialisé	204 (17,5)	154 (19,7)	50 (13,1)	<0,05
- Pose de VVP	403 (34,6)	269 (34,4)	134 (35)	NS
- Autre	301 (25,8)	211 (27)	90 (23,5)	NS
Devenir :				
- Hospitalisation	171 (14,7)	123 (15,7)	48 (12,5)	NS
- UHCD	117 (10)	70 (9)	47 (12,8)	
- Retour à domicile	848 (72,8)	569 (72,8)	279 (72,8)	
- Autre	29 (2,5)	20 (2,6)	9 (23,5)	

5-6-Analyse multivariée

Tableau 6 : analyse multivariée : facteurs associés aux patients se présentant la nuit.

Variable	Odds Ratio	IC 95%
Population gériatrique (> 75ans)	0,60	[0,41-0,88]
Durée des symptômes > 24h	0,65	[0,48-0,88]
Clinique mutualiste de Pessac	2,29	[1,28-4,14]
Contact avec le médecin traitant	0,34	[0,23-0,49]
Pense que c'est grave	1,49	[1,10-2,00]
Victime d'accident de travail	0,31	[0,11-0,72]
Victime d'agression	5,39	[2,53-12,54]
Contact médical préalable	0,56	[0,43-0,72]

Le tableau 6 montre une analyse multivariée des facteurs associés aux patients se présentant la nuit par régression logistique ajustée sur le site de recueil des données, la période de la semaine (le week-end ou un jour de la semaine), l'âge (plus ou moins de 75 ans), le mode de transport, la durée des symptômes (>24h), la venue sur conseil du SAMU, sur conseil de l'entourage, le contact préalable du médecin traitant, le sentiment que c'était grave, les victimes d'accident de travail et les victimes d'agression ainsi que le contact médical préalable.

Ainsi, les facteurs indépendamment associées à une venue le jour étaient : la population gériatrique [odds ratio (OR) 0,6 et intervalle de confiance (IC) à 95% 0,41-0,88], la durée des symptômes > 24h (RC 0,65 et IC95% [0,48-0,88]), le contact avec un médecin traitant (RC 0,34 et IC95% [0,23-0,49]), et les victimes d'accident de travail (RC 0,31 et IC95% [0,11-0,72]). Le contact médical préalable est également un facteur indépendamment associé à une venue le jour (RC 0,56 et IC95% [0,43-0,72]).

6-DISCUSSION :

Le parcours de soins du patient varie en fonction du jour et de la nuit puisque, le contact médical préalable est un facteur indépendamment associé à une venue le jour (RC 0,56 et IC95% [0,43-0,72]). Le taux de consultation d'un médecin avant l'arrivée aux urgences pour le problème en cours était plus important le jour que la nuit. Les facteurs indépendamment associées à une venue le jour étaient : la population gériatrique (plus de 75 ans), la durée des symptômes de plus de 24h, le contact avec un médecin traitant. Alors que les facteurs indépendamment associées à une venue la nuit étaient le conseil de l'entourage, le fait de penser que le problème est et les victimes d'agression.

Contrairement aux idées reçues, les patients précaires ne se présentaient pas plus souvent le jour que la nuit. De plus, la gratuité des soins sans avance de frais n'était pas un motif de consultation aux urgences fréquent. On aurait pu s'attendre à une consommation de soins de patients précaires le jour qui viendraient consulter un médecin sans avoir à faire l'avance de frais, sans que le problème soit une urgence ressentie or, ce n'était pas le cas.

Concernant le mode de transport, il existait une différence notable entre le jour et la nuit. En effet, les patients se présentaient de façon spontanée plus souvent le jour que la nuit et étaient plus souvent amenés par des transporteurs la nuit que le jour. Enfin, de façon plus globale, les patients se présentaient plus souvent le jour que la nuit.

Le questionnaire de l'étude a été fait en amont par les investigateurs de l'étude MEDIACTER. Il a été réalisé à partir des données de la littérature, notamment l'enquête épidémiologique de la DRESS de 2003. Une des forces de l'étude réside dans le fait qu'elle soit multicentrique et prospective. Elle recouvrait la quasi-totalité des sites d'urgence en Gironde. De plus, les investigateurs de l'étude se sont postés au même moment dans les 9 centres d'urgences, permettant d'avoir une vision relativement globale de la consommation de soins avant l'arrivée aux urgences en Gironde. Les questions étaient fermées, permettant un codage plus facile pour la

suite et avec un meilleur taux de réponse. Cela permettait également une meilleure compréhension des questions.

En revanche, l'inconvénient était sur la libre expression des patients qui pouvait être impactée. Parfois les patients semblaient hésiter entre plusieurs réponses. De part un souci d'organisation et de temps, nous n'avons pas pu effectuer de simulation du recueil des données. Tous les investigateurs n'ont pas effectué leur recueil exactement de la même façon et pas exactement au même moment du parcours de soins du patient. Pour la plupart, ils étaient postés avec l'IOA et effectuaient le recueil après l'évaluation de cette dernière. Cette configuration pouvait donner lieu à des recueils alors que le patient était anxieux, douloureux et pas forcément disposé à répondre dans de bonnes conditions. De plus, le fait de poser les questions oralement, le patient pouvait se sentir juger en fonction de ses réponses, ce qui a pu les influencer. Enfin, il subsiste une part de subjectivité dans l'interprétation des réponses des patients. Il aurait peut-être été préférable de laissé le patient remplir le questionnaire seul, et éventuellement revenir avec lui sur certaines questions ou réponse à éclaircir. Ces problèmes méthodologiques auraient probablement été améliorés par une phase test du questionnaire.

Plusieurs données manquent également qui auraient pu être intéressantes. Nous n'avons pas différencié le sexe des patients, nous n'avons pas le taux d'exhaustivité des inclusions, faute de données dans certains centres. Enfin, nous avons recueillis les données lors de 2 journées à la fin du mois de Juin. Cela a probablement sous-estimé le passage aux urgences dans cette période de l'année ou l'influence tend à diminuer légèrement. De plus, cela correspondait au début des vacances scolaire donc il y a probablement un biais de sélection associé. Dans l'étude du parcours de soins en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences, le fait d'avoir fait le recueil pendant une période de début de vacances a probablement influencé les résultats avec une répartition des venues plus homogène sur la journée. Le recueil du questionnaire étant fait avec l'investigateur de chaque centre, le chiffre concernant l'absence d'avance de frais est probablement sous-estimé (les patients ne souhaitant pas être mal vus ou jugés avant même leur premier contact médical). Il existe probablement un biais de désirabilité social. Un questionnaire à remplir seul ou

éventuellement à la fin du parcours de soins aux urgences aurait peut-être été plus judicieux mais il ne pouvait se faire d'un point de vue pratique.

Le taux de présentation le jour supérieur à celui de la nuit, se retrouvait dans la plupart des études. Dans l'étude de la DRESS de 2003 (29), le taux de consultation la nuit aux urgences était de 28% mais ils considéraient les passages de nuit entre 00h et 8h. Dans une étude caractérisant les attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie (30), 70.5% des patients consultaient directement un service d'urgence et seulement 27,7% ont recours à la médecine de ville (dont 78.3% à un médecin de garde ou SOS médecin et 21,7% à leur médecin traitant). Ainsi, dans notre étude, nous avons pu démontrer qu'un des facteurs de consultation la nuit était le caractère aiguë de la situation (de moins de 24h). En effet, il semble que face à une urgence ressentie, le recours direct au service des urgences soit la réponse la plus utilisée par les patients. Cela se confirme car seulement 29% des patients se présentant la nuit avaient déjà consulté un médecin pour le problème en cours. De même, seulement 11,7% des consultations aux urgences la nuit étaient conseillées par un médecin. Cela veut donc dire que les patients ayant un problème la nuit se présentent aux urgences sans recours à un médecin de garde. Il apparaît clairement que les patients souffrant d'un problème aiguë en dehors des heures d'ouverture d'un cabinet ont recours aux urgences de façon plus directe que pendant la période ouvrable. Effectivement, il est logique que les patients ayant vu leur médecin traitant (donc la journée) pour un problème aigu se soient présentés dans la foulée si ce dernier leur avait conseillé de venir aux urgences et pas dans la nuit. Il faut garder à l'esprit qu'à travers cette étude nous ne voyions que les patients qui finissent leur parcours de soins aux urgences.

Lors de cette étude, nous avons effectué le recueil de données sur deux journées entières, dont une le week-end (Lundi et Samedi). Or, l'ouverture des cabinets de ville s'achevant le samedi midi, tous les patients ayant un problème aigu entre le Samedi midi et 20h ont été considérés comme des patients se présentant le jour bien qu'ils étaient hors des périodes d'ouverture des cabinets de ville. Il aurait été intéressant dans notre questionnaire d'interroger les patients sur la connaissance d'un système de garde. Dans la littérature (30), seulement 57% des patients savaient si leur médecin traitant prenait des gardes en dehors des heures d'ouverture du

cabinet. Dans les raisons évoquées pour n'avoir pas tenté de contacter le médecin traitant, la plupart disaient préférer consulter directement aux urgences. Dans une étude de la DRESS en 2003 (31), à peine plus d'un quart des patients qui ont un médecin traitant disaient avoir essayé de le joindre. Ils étaient encore moins à essayer de le joindre la nuit que le jour ou en soirée (27 % entre 8 heures et minuit, sans différence observée entre les heures ouvrables et la soirée, et 15 % de minuit à 8 heures). Ceux qui ont un médecin traitant mais n'ont pas cherché à le contacter, expliquaient le plus souvent qu'ils n'y avaient pas pensé (33 % d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20 %).

Ainsi, la question d'un recours inapproprié aux urgences ne semble pas véritablement liée à un désinvestissement de la médecine libérale comme cela a pu être décrit (32) mais plutôt à un manque de lisibilité de la médecine de garde. Il peut être intéressant de compléter ce questionnaire afin d'avoir une réponse claire sur la connaissance de la permanence de soins et son utilisation. Une fois encore, nous ne constatons que les patients consultant aux urgences mais n'avons pas le recul pour avoir une idée du nombre de patients qui ont fait appel à un médecin de garde et qui a pu gérer le problème sans avoir recours à un service d'urgence.

Concernant le mode de transport, il existait une différence notable entre le jour et la nuit. En effet, les patients se présentaient de façon spontanée plus souvent le jour que la nuit et étaient plus souvent amenés par des transporteurs la nuit que le jour. Comme on le retrouve dans la littérature, le flux des arrivées en transports (surtout le SMUR et les sapeurs-pompiers) est beaucoup plus régulier que les arrivées en présentation spontanée (6). Ainsi, proportionnellement, la part d'arrivée en transport augmente la nuit. On peut supposer que les patients arrivant en transport sont des patients consultant pour des pathologies plus graves, et ont déjà eu un contact médical.

La nuit, il y avait proportionnellement plus de patients qui se présentaient sur conseil du centre 15 ou des sapeurs-pompiers. En effet, le médecin traitant n'étant pas joignable, les patients appelaient plus facilement le 15 ou le 18 plutôt que de rechercher le numéro du médecin de garde. Ainsi, il est logique de voir que la proportion des patients se présentant par transport augmentait la nuit. De même,

34,2% de patients se présentant la nuit pensaient que leur problème est grave (contre 24% le jour) ce qui explique sûrement la baisse des présentations spontanées. La nuit, les patients étaient donc confrontés à des problèmes plus aigus, qu'ils jugeaient plus grave et logiquement, appelaient le centre 15 ou les sapeurs-pompiers plus fréquemment que le jour.

Il apparaît donc que les consultations la nuit étaient plus souvent sujettes à des urgences ressenties que le jour. Les patients se présentant avaient moins souvent fait appel à la permanence de soins en ambulatoire mais plus souvent pris un avis auprès du centre 15 ou 18. Il existe probablement un effet anxiogène la nuit associé car au final, le taux de retour à domicile restait le même que le jour (72.8%). Il y avait un peu moins d'hospitalisation et plus d'UHCD, ce qui peut s'expliquer par le défaut de place dans les services d'hospitalisation au fur et à mesure de la nuit.

Dans notre étude, la plupart des patients décidaient eux-mêmes de venir consulter aux urgences sans différence significative entre le jour et la nuit. En deuxième position, les patients se présentaient sur conseil d'un médecin avec là une différence nette entre le jour et la nuit. Ensuite, le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers représente 11,1% et 6,5% le jour contre 15,4% et 12% la nuit. Ceci est en accord avec l'étude de la DRESS de 2003 (31) montrant que 62% des patients se présentent de leur propre initiative ou sur conseil de leur entourage, 24% sur conseil d'un médecin et 15% sur le conseil du SAMU-centre 15 ou des sapeurs-pompiers.

Ce travail n'est que le reflet des patients se présentant aux urgences. Il semble que la plupart des patients échappent à la permanence de soins primaire aussi bien le jour que la nuit mais pour des raisons différentes. Le jour, les patients tentaient d'avantage de joindre le médecin traitant mais finissaient par se présenter aux urgences sur son conseil. Parmi ceux qui n'avaient pas tenté de le joindre, la plupart préfèrent venir directement consulter aux urgences. Le contact médical global tel que nous l'avons défini permet d'évaluer le taux de patient ayant été adressé aux urgences par un médecin (que ce soit le médecin traitant, un médecin de garde ou le centre 15). Il est significativement différent entre le jour et la nuit. Là encore, il pourrait être intéressant de questionner les patients sur leur connaissance du système de permanence des soins.

7-CONCLUSION

Face à une consommation de soins croissante avec une affluence de plus en plus importante aux urgences, nous avons donc mené une étude afin d'extraire les caractéristiques des patients amenés à consulter dans les services d'urgences de Gironde. Mon travail de thèse se portait principalement sur la différence de parcours de soins des patients entre le jour et la nuit.

Nous avons pu démontrer que la plupart des sites de Gironde ont un flux similaire avec 2/3 des entrées le jour (pendant la période d'ouverture des cabinets de ville) et 1/3 la nuit. Le contact médical préalable est significativement plus important le jour que la nuit. Il n'existe pas de différence significative de gravité entre les patients se présentant le jour et la nuit et le taux d'hospitalisation et de retour à domicile est le même. En revanche, notre étude nous montre que la consommation de soins représentée par le contact médical global est plus importante le jour que la nuit. De façon générale, les patients se présentant le jour ont plus souvent tenté de joindre leur médecin traitant ou déjà vu un médecin pour le problème en cours. Néanmoins, une bonne majorité (62,1%) préfère consulter directement aux urgences. Le fait que le médecin ne puisse pas recevoir le patient ou propose un RDV trop tard dans la journée ne sont finalement pas les raisons principales de leur venue directe aux urgences.

Les patients se présentant dans les services d'urgences la nuit consultent plus souvent pour un problème aigu, < 24h avec une urgence ressentie plus fréquente. Ils consultent moins souvent un médecin de garde mais proportionnellement se présentent plus souvent aux urgences par des transports. Ainsi, leur venue est proportionnellement plus souvent conseillée par un médecin régulateur après appel du centre 15 ou des sapeurs-pompiers.

Dans cette étude il semble que ce sont les patients qui ne suivent pas le parcours de soins ambulatoire avant l'arrivée aux urgences et pas un défaut d'offre de soins des praticiens de ville. Ce phénomène est majoré la nuit. Il serait donc nécessaire d'éduquer les patients sur leur parcours de soins et les offres dont ils disposent, surtout la nuit. Il pourrait alors se poser la question d'une régulation systématique (par un médecin traitant, médecin de garde ou téléphonique) avant l'arrivée aux

urgences. Néanmoins, cela aurait peut-être l'inconvénient d'exclure des patients du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Journal Officiel de la République Française. [En ligne] 10 mai 1995. [Consulté le 1/09/2018] Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D9DC6E5A83B411A971D7DC51C679D767.tpdjo09v_3?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id
- (2) Rapport sécurité sociale 2014. Les urgences hospitalières : Une fréquentation croissante, Une articulation avec la médecine de ville à repenser. Cours des comptes. Septembre 2014. Chap XII.
- (3) T. MESNIER. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport mai 2018. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- (4) Aegerter PP, Angouvent DF, Brun-Ney DD, Casalino PE, Crocheton DN, Dolveck DF, et al. Commission Régionale d'Experts Urgences Île de France. 2014 disponible sur https://www.infirmiers.com/pdf/CP_CREU_Rapport_IDF_2014_20151124.pdf
- (5) PANORAMA_GE_2015_BD.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur http://www.colmu.net/documents/PANORAMA_GE_2015_BD.pdf
- (6) Activité des Services d'Urgence d'Île-de-France. Commission Régionale d'Experts Urgences. 2016 [Consulté le 16/07/2019] Disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-12/Urgence-rapport-ID-2016_0.pdf
- (7) Larousse 2015. Urgence définition
- (8) ROTTNER J, BELLOU A, BOUGET J et al. Critères d'évaluation des services d'urgences. [en ligne] 2006. p20. SFMU Référentiel. [Consulté le 16/03/2019] Disponible sur : <http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf>
- (9) Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique (Bucur). 2004;Vol. 16(1):63-74.
- (10) PENEFF J. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. Métaillé.2000. Genèses, 2000, Vol 41, 1 p. 167 – 168.
- (11) FOURESTIE V, ROUSSIGNOL E. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. Réan Urg 1994;3:573-8.
- (12) La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. [Consulté le 05/12/2019] Disponible sur <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
- (13) LANG T, DAVIDO A, DIAKITE B et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction « dispensaire ». Revue médicale de l'assurance médicale, 1998,3.
- (14) Braun F. [Organisation of emergency medicine in France]. Rev Prat. 2015; 65:34–6, 9–40.
- (15) Site internet du Ministère de la Santé donnant accès aux données collectées dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé [Internet]. [cité le 03/03/2019]. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.html>

- (16) Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. mai, 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000788651&categorieLien=id>
- (17) Naouri D, El Khoury C, Vincent-Cassy C, Vuagnat A, Schmidt J, Yordanov Y, et al. (2018) The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France. PLoS ONE 13(6): e0198474.
- (18) Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018. INSEE. Recensement de la population 2015 en Gironde. [Consulté le 01/03/2019] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-33>
- (19) RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en Région Aquitaine situation en 2015. Conseil national de l'ordre des médecins. [Consulté le 16/04/2019] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_aquitaine_2015.pdf
- (20) DGOS. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
- (21) HAS 2011. Prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. [Consulté le 1/07/2019] Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/regulation_medicale_note_de_cadrage_2011-11-17_10-54-6_932.pdf
- (22) Code de déontologie médicale. Avril 2017 [Consulté le 1/07/2019] Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- (23) Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) | Legifrance [Internet]
- (24) Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
- (25) Conseil National de l'ordre. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins. Décembre 2018 disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
- (26) Nadège B. La gestion des flux de patients aux urgences est-elle possible ? Essai de modélisation à partir de l'exemple de l'hôtel Dieu de Paris. 2001;107. Disponible sur <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/edh/bouton.pdf>
- (27) Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », Études et résultats, DREES, n° 471, Aout 2010. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
- (28) Pascal J, Quélier C, Agard C, et al. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ?. *Sciences sociales et santé*. 2006 ;24(3) :33-58
- (29) Valérie Carrasco, Dominique Baubeau, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », Études et résultats, n° 212, janvier 2003. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
- (30) Gentile S., Amadeï E., Bouvenot J., et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, *Santé Publique* 2004 ; 16 : 63-74

(31) Baubeau D., Carasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DRESS, Etudes et Résultats 2003; (215).

(32) Dupuis C. Permanence de soins: rien ne sera jamais plus comme avant. Le Quotidien du médecin, 25 juillet 2002; (7163).

ANNEXE 1 : Questionnaire

Numéro :

Âge : (si ≥ 75 ans, joindre le traitement)

CP :

Site :

Date :

Heure :

Bénéficiez-vous de la CMU, CMU complémentaire ou AME ?	☐ Oui	☐ Non	
Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?	☐ Oui	☐ Non	
Recevez-vous une de ces allocations : le RSA, l'AAH, l'ASF, l'ASS, l'ATA, l'AV, le MV ou l'ASV?*	☐ Oui	☐ Non	
Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1 ^{er} emploi ?	☐ Oui	☐ Non	
Comment êtes-vous venu ?			
☐ SMUR ☐ Ambulance privée ☐ Pompiers ☐ Seul ☐ Accompagné d'un tiers			
Avez-vous déjà eu recours aux urgences ?	☐ Non	☐ 1 fois ☐ > 1 fois	
Depuis combien de temps le problème a-t-il commencé ?	☐ < 24H	☐ > 24H ☐ > 1 semaine ☐ > 1 mois	
Avant cette consultation, aviez-vous déjà-vu un médecin pour ce problème ?			
☐ Mon médecin traitant ☐ Un médecin remplaçant ☐ SOS médecin ☐ Je n'ai pas consulté			
☐ Un médecin spécialiste ☐ Un médecin de garde ☐ Un urgentiste			
Qui vous a conseillé de voir un médecin aux urgences ?			
☐ Un médecin ☐ Le service des urgences ☐ Un paramédical (IDE, Kiné...) ☐ Autre professionnel de santé			
☐ Le SAMU (15) ☐ La police (17) ☐ Votre entourage ☐ Je l'ai décidé seul			
☐ Le 112 ☐ Les pompiers (18) ☐ Votre employeur			
Avez-vous tenté de joindre votre médecin traitant ?			
☐ Oui ☐ Non			
Si oui		Si non	
☐ Il vous a conseillé de venir aux urgences		☐ Je n'en ai pas	
☐ Il ne pouvait vous recevoir		☐ Il vous avait dit "la prochaine fois, consultez aux urgences"	
☐ Il est injoignable		☐ Vous préférez aller aux urgences	
☐ Il est en vacances et n'est pas remplacé		☐ Vous ne pouviez pas vous déplacer chez le médecin	
☐ Vous ne souhaitiez pas consulter le remplaçant			
☐ Vous aviez un rendez-vous dans la journée mais ne pouviez attendre			
Au final, pourquoi êtes-vous venu aux urgences ? (choix multiples)			
☐ Pour bénéficier d'un examen complémentaire (radio, biologie...)			
☐ Vous savez que vous n'auriez pas besoin d'avancer d'argent			
☐ Pour bénéficier d'une consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue...)			☐ Vous êtes attendu dans un autre service
☐ Vous pensiez que c'était grave			☐ Vous êtes reconvoqué
☐ Vous souhaitiez une hospitalisation			☐ Vous avez été victime d'un accident de travail
☐ Vous avez consulté, mais ça ne va pas mieux malgré le traitement			☐ Vous avez été victime d'un accident de la voie publique
☐ Vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat			☐ Vous avez été victime d'un accident de la vie quotidienne
☐ Vous avez besoin que ce problème soit réglé			☐ Vous avez été victime d'un accident scolaire ou sportif
			☐ Vous avez été victime d'une agression
			☐ L'hôpital est l'endroit le plus proche de chez vous pour les soins

Bénéficiez-vous d'une prise en charge ALD ?

☐ Oui

☐ Non

Comorbidité(s) :

☐ Infarctus du myocarde

☐ Maladie ulcéreuse

☐ Leucémie

☐ Insuffisance cardiaque congestive

☐ Hépatopathie légère

☐ Lymphome

☐ Maladie vasculaire périphérique

☐ Diabète

☐ Hépatopathie modérée à sévère

☐ AVC

☐ Hémiplégie

☐ Métastases

☐ Démence

☐ IR modérée à sévère

☐ SIDA

☐ Maladie pulmonaire chronique

☐ Diabète avec AOC

☐ Connectivité

☐ Tumeur

Constantes vitales

T° :

FC :

PA :

FR :

SpO₂ :

Acte réalisé :

☐ Biologie

☐ Radiographie

☐ Autre imagerie

☐ Avis spécialisé

☐ VVP

☐ Autre

Diagnostic :

Devenir

☐ Retour à domicile

☐ UHCD

☐ Hospitalisation

☐ Autre

En acceptant de participer à cette étude, je prends note qu'aucune de ces informations n'est nominative.

☐ Je ne m'oppose pas à participer à cette étude observationnelle

*Minima sociaux :

AAH = Allocation Adulte Handicapé

ASF = Allocation de Soutien Familial (ex Parent Isolé)

ASS = Allocation Solidarité Spécifique

ATA = Allocation Temporaire d'Attente (ex Allocation Insertion)

AV = Allocation Veuvage

MV = Minimum Vieillesse

ASV = Allocation Supplémentaire de Vieillesse

SERMENT D'HIPPOCRATE:

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Résumé

Nom : BESSERVE

Prénom : Paulin

Date de soutenance : 30 septembre 2019

Titre en français : Différence dans le parcours de soins des patients se présentant dans les différents services d'urgence de Bordeaux Métropole entre le jour et la nuit

Objectif : Nous souhaitons comparer la consommation de soins entre les patients se présentant aux urgences le jour et la nuit. Nous avons essayé de découvrir si les motivations, le degré d'urgence ressentie, la durée du problème varient en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences. Cette question pourrait amener des éléments de réponse permettant de mieux appréhender les flux croissants de patients aux urgences en essayant de répondre à la demande de soins primaires en amont de l'arrivée aux urgences.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude transversale multicentrique réalisée dans 9 centres d'urgences en Gironde sur 2 plages horaires de 24h. Le sujet choisi s'inscrit dans une étude plus large recherchant les facteurs influençant l'existence d'un contact médical avant l'admission dans les différents services d'urgence de Bordeaux Métropole. La population cible de l'étude était tous les patients âgés de plus de 18 ans se présentant dans un service d'urgence. Un questionnaire permettait d'établir le profil des patients du début du problème médical, son parcours de soins aux urgences jusqu'à son devenir.

Résultats : Sur les 1165 patients inclus dans l'étude, 782 soit 67,1 % se sont présentés le jour, contre 383 soit 32,9% la nuit. Le contact médical préalable avant l'arrivée aux urgences était plus important le jour (59,3%) que la nuit (44,9%). Les patients avec des critères de précarité se présentaient de façon homogène le jour et la nuit. Les arrivées en transports représentaient une part plus importante la nuit que le jour (38,2% contre 32,2 %). En revanche les présentations spontanées étaient plus importantes le jour que la nuit. Les problèmes aigus (<24h) représentaient 72,1% des consultations la nuit contre 55,1% le jour. Plus le problème dure depuis longtemps, plus il est significativement associée à une venue aux urgences le jour. Le devenir, lui n'était significativement pas différent entre le jour et la nuit, le nombre de retour à domicile était similaire.

Discussion / Conclusion : Il existe donc des différences dans le parcours des soins en fonction de l'heure d'arrivée du patient aux urgences. Il apparaît clairement que les patients souffrant d'un problème aiguë en dehors des heures d'ouverture d'un cabinet ont recours aux urgences de façon plus directe que pendant la période ouvrable. La nuit, il y a proportionnellement plus de patients qui se présentent sans contact médical préalable. De façon générale, les patients se présentant le jour ont plus souvent tenté de joindre leur médecin traitant ou déjà vu un médecin pour le problème en cours. Néanmoins, une bonne majorité préfère consulter directement aux urgences, ce qui implique une éducation à effectuer auprès des patients de jour comme de nuit pour qu'ils respectent le parcours de soins primaire proposé.