



HAL
open science

Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences sur le Bassin d'Arcachon

Jonathan Munos

► **To cite this version:**

Jonathan Munos. Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences sur le Bassin d'Arcachon. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02962797

HAL Id: dumas-02962797

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962797>

Submitted on 9 Oct 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.

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°78

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 02 juillet 2020

Par **Jonathan MUNOS**
Né le 29/12/1993 à Papeete (987)

**INFLUENCE DE L'URGENCE RESSENTIE DANS
L'ORIENTATION VERS UNE CONSULTATION
AUX URGENCES SUR LE BASSIN D'ARCACHON**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Thomas RIBOLLET

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Pierre DUBUS
Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Monsieur le Professeur William DURIEUX
Monsieur le Docteur Rémy LAPEYRE
Monsieur le Docteur Thomas RIBOLLET

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur

1 DEDICACES, AVANT-PROPOS, REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Pierre DUBUS,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, Président de la Fédération de cancérologie du CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt porté à ce travail et de vos enseignements au cours de ma première année de médecine. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Maitre de conférence associé, médecin généraliste.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos enseignements au cours de l'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur William DURIEUX,

Professeur associé, Directeur adjoint du Département de Médecine Générale

Merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici toute ma considération.

Monsieur le Docteur Rémy LAPEYRE,

Chef du service des urgences du Pôle de Santé d'Arcachon, Médecin urgentiste

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury. Merci également pour ton investissement dans la formation des internes dont j'ai eu la chance de faire partie. J'ai beaucoup d'admiration envers ton savoir-faire et ton expérience. Un leader bienveillant et juste. Maururu roa te Aito !

Monsieur le Docteur Thomas RIBOLLET,

Médecin urgentiste,

Je te remercie du fond du cœur de m'avoir entraîné dans ce travail. Tout cela a été possible grâce à toi. Merci d'avoir toujours été disponible et d'avoir mis du cœur dans cette thèse. J'espère pouvoir atteindre un jour la qualité de tes « airs reverse frontside » après une bonne garde de 24 heures. Je pense que tu as le droit de me taxer pendant un moment quelques bombes, à condition que tu mettes ta combi à l'endroit et que tu wipe out pas au take off.

A toute l'équipe des urgences d'Arcachon :

Je vous remercie, infirmières, infirmiers, aides-soignantes, aides-soignants et agents d'accueil. Vous avez contribué énormément à la réussite de ce travail par votre disponibilité et votre rigueur.

Merci aux médecins et particulièrement à toi Emilie, ma tutrice dans ce stage aux urgences. Tu m'as donné des bases solides pour ma pratique médicale.

A ma famille

A ma maman, la première femme de ma vie et qui restera toujours en première position dans mon cœur. Tu t'es toujours vouée corps et âme pour Kahi et moi. Je te remercie pour ton soutien durant toutes ces années et pour tout l'amour que tu nous donnes. Prête à tout renoncer pour ses enfants et à nous rejoindre à l'autre bout du monde s'il le faut, tu partages le poids de nos chagrins ou de nos moments « noirs » pour que l'on ait moins à supporter et tu as toujours su trouver les mots pour nous aider à franchir les obstacles de la vie. Je sais que je trouverai toujours réconfort à tes côtés.

A mon papa, je te dois toute ma réussite scolaire. Merci de m'avoir toujours poussé à aller plus loin. Je te remercie pour ton implication dans nos études et notre bien-être.

A mon frère Kahi, tu es la personne la plus chère à mes yeux. Je sais que l'on pourra toujours compter l'un sur l'autre. J'ai tellement de chance de pouvoir partager cette complicité fraternelle très forte avec toi. Je suis extrêmement fier d'être ton frère.

A ma belle-sœur Naumi, tu resteras pour moi la meilleure surfeuse de la planète et la meilleure belle-sœur qu'on puisse avoir. Je suis heureux que tu sois aux côtés de Kahi.

Pensée pour toi Popo, j'espérais que tu sois là le jour de la fin de mes études de médecine pour que tu sois fière de moi. Mais je sais que tu veilles sur moi chaque jour. Tu étais une grand-mère fabuleuse.

A mon papi, tu m'as toujours fasciné avec tes histoires depuis petit, que même si je les connais désormais par cœur, j'adore les écouter à nouveau sans me lasser.

A ma mamie, j'ai toujours adoré passer des moments avec toi. J'admire ta patience.

A mes cousins Michael, Stéphanie et Olivier, mon enfance a été remplie de joie grâce à vous !

A tonton Willy, tatie Françoise et tonton Sylvio, vous m'avez donné envie de faire ce si beau métier qu'est la médecine.

A Roxy

Je ne pensais pas avoir la chance un jour d'être aussi amoureux de quelqu'un. Je mesure la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. Tu as un si grand cœur et une joie de vivre sans précédent. J'espère te rendre heureuse le plus longtemps possible. Je te remercie de me combler de tant de bonheur.

A mes amis :

Thanks les boyz ! Vous avez rendu incroyable toutes ces années de médecine ! Les énormes soirées de P2-D1 jusqu'au petit matin à rentrer à pied ou en Vcub, les before et les afters dans la coloc de Gambetta, les trips et campings surf (faire deux heures de caisse pour aller surfer, c'est un surf trip !).

Merci à toi Clément, tu es devenu comme un frère pour moi durant ces années. J'ai toujours eu de l'admiration pour toi. Ces années n'auraient pas été aussi cool sans toi. On se retrouvera bientôt pour des training camps surf à Tahiti ou des kite trips sur le globe !

Merci à toi Kévin, mon bro de cœur ! Tant de bons souvenirs depuis le lycée, toujours là pour me faire rire ! Du judo, à la natation, au surf et kite ! Ces moments inoubliables de galères au kite qui sont tellement drôles avec du recul ! Keep on rolling bro !

2 TABLE DES MATIÈRES

1	DEDICACES, AVANT-PROPOS, REMERCIEMENTS	2
2	TABLE DES MATIÈRES	5
3	LEXIQUE :	7
4	Liste des tableaux, figures et annexes	7
5	INTRODUCTION :	8
6	GENERALITES	10
6.1	Caractéristiques générales du Bassin d’Arcachon.....	10
6.2	Démographie médicale	10
7	MATERIEL ET METHODES :.....	11
7.1	Méthodologie.....	11
7.1.1	Type d’étude.....	11
7.1.2	Population étudiée	11
7.1.3	Etude qualitative (pré-étude).....	11
7.1.4	Recueil des données	11
7.1.5	Critères de jugement.....	12
7.2	Aspect réglementaire et éthique	13
7.3	Analyses statistiques.....	13
8	RESULTATS	14
8.1	Etude qualitative	14
8.2	Etude quantitative	15
8.2.1	Caractéristiques de la population	16
8.2.2	Description de la distribution de l’urgence ressentie chez les patients aux urgences d’Arcachon.....	17
8.2.3	Facteurs influençant l’urgence ressentie	18
8.2.4	Description des motivations et comportements des patients consultant aux urgences d’Arcachon.....	21
8.2.5	Description des raisons des patients de consultation aux urgences d’Arcachon plutôt que chez leur médecin généraliste.	23
9	DISCUSSION	24
9.1	Population.....	24
9.2	Biais et limites	24
9.3	Limites de l’échelle de l’urgence ressentie.....	25

9.4	Urgence ressentie.....	26
9.5	Facteurs influençant le degré d'urgence ressentie.	26
9.6	Autres facteurs influençant sur la décision de consulter aux urgences	28
10	CONCLUSION	31
11	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	32
12	ANNEXES :	34
13	SERMENT D'HIPPOCRATE	38
14	RESUME.....	39
15	ABSTRACT	40

3 LEXIQUE :

ARS : Agence Régionale de la Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

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

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ENA : Echelle Numérique Analogique

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

PSA : Pole Santé d'Arcachon

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU :Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

4 LISTE DES TABLEAUX, FIGURES et ANNEXES

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Distribution du degré d'urgence ressentie

Tableau 1: Résultats de l'étude qualitative sur l'urgence ressentie

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 3 : Facteurs influençant le degré d'urgence ressentie

Tableau 4 : Descriptions des motivations des patients consultant aux urgences d'Arcachon

Tableau 5 : Motifs de consultation aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des motivations de consultation aux urgences d'Arcachon

Annexe 2 : Echelle de triage IAO

Annexe 3 : Echelle CCMU

5 INTRODUCTION :

L'urgence est définie par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) comme « toute circonstance qui, par sa venue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement » (1).

Le ressenti est défini comme « l'impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose, une situation » selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) (2).

En 2001, dans l'étude du Docteur E. LESIGNE (3), la définition de l'urgence est différente selon les protagonistes impliqués. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est par définition principalement vitale avec la nécessité d'une prise en charge immédiate incluant des gestes et des moyens thérapeutiques délivrés sans délais. Pour le médecin généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité et génère une désorganisation dans son planning de consultations. Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité de prise en charge, sans notion de gravité, que ce soit pour des raisons médicales ou non.

V. WOLFF, dans son rapport en 2016 (4), différencie quatre formes d'urgence qui peuvent se cumuler entre elles : les urgences « vraies », « sociales », « ressenties » ou « légères ». La notion d'urgence ressentie est mise en avant, souvent déclarée comme opposée à l'urgence « objective » et accompagnée d'une anxiété démesurée. Le rapport temporel pouvant être complètement opposé dans la reconnaissance des priorités entre le médecin et le malade, sources de tensions dans la relation thérapeutique.

La SFMU, en 2019, (5) définit la détresse ressentie comme l'expérience vécue et l'anxiété du patient cherchant de l'aide dans un service d'urgence. Il convient de savoir si l'urgence ressentie est un facteur influençant directement le choix des urgences comme lieu de consultation en soins primaires. Cette notion est difficile à quantifier tant les facteurs influençant cette même urgence ressentie sont multiples (terrain personnel, lieu de vie, parcours médical, douleur ...). La détresse fortement ressentie par le patient peut contraster avec le diagnostic final et ce décalage entre le degré d'urgence ressentie par le patient et l'urgence réelle pourrait conduire à des passages qualifiés d'inappropriés aux urgences.

Cette même étude (5), montre que les passages inappropriés aux urgences représentaient 13,5% à 27,4% des visites aux urgences sur un échantillon de 29 407 patients adultes. Cette augmentation du nombre de passages inappropriés tend à une stigmatisation du patient tel que le montre le groupe de travail piloté par le co-secrétaire des États généraux de la Santé, qui parle d'une « prise de pouvoir » et d'un « consumérisme exigeant » de la part des patients (6).

Le nombre de passages annuels aux urgences a augmenté de près de 15 % en 4 ans entre 2012 et 2016 selon le rapport de la cour des comptes publié en 2019. Ce rapport dénonce aussi une médecine de ville insuffisamment outillée pour accueillir les patients qui pourraient être réorientés en externe (7).

En effet, une étude de santé publique de S. GENTILE en 2004, montre que le recours inapproprié et excessif aux services des urgences n'est pas lié à un désinvestissement de la médecine libérale mais plutôt à un manque de lisibilité de la médecine de garde (8).

De même, une étude réalisée en 2017 sur la plateforme Doctolib© (9), montre que les médecins généralistes figurent parmi les médecins qui effectuent individuellement le plus grand nombre

de consultations en France : 22 en moyenne par jour pour un médecin généraliste, soit un total estimé à 2 000 000 de consultations par jour pour l'ensemble des médecins généralistes. Ces praticiens sont des acteurs essentiels dans l'organisation de l'offre de soins avec des difficultés pour absorber des besoins exceptionnels dans les périodes de tension. Une consultation sur cinq est motivée par l'urgence.

Ces données suggèrent qu'il existe un véritable choix d'orientation du patient vers les services d'urgence et nous voulons évaluer l'influence de l'urgence ressentie dans cette décision.

L'objectif de ce travail est d'une part, de décrire les caractéristiques des patients consultant spontanément aux urgences, d'autre part, d'évaluer la relation entre l'urgence ressentie du patient et sa décision de consultation aux urgences.

6 GENERALITES

6.1 Caractéristiques générales du Bassin d’Arcachon

Le territoire du Bassin d’Arcachon (786 km²) se situe dans la Région Nord Aquitaine

Depuis 30 ans, il existe une croissance démographique rapide et continue sur le territoire du bassin d’Arcachon. C’est la croissance la plus forte de Gironde. En 2017, le Bassin d’Arcachon compte 116 474 habitants, c’est-à-dire environ 9% de la population de la Gironde (**10**).

La densité de population est de 148 habitants par km², qui est donc supérieure à celle nationale qui est de 117,48 habitants / km².

En période estivale, du 15/07/2014 au 20/08/2014, la population a été recensée à plus de 400 000 habitants en 2014 (**11**).

6.2 Démographie médicale

La zone de couverture pôle santé d’Arcachon regroupe toute la partie sud du bassin d’Arcachon mais aussi la partie nord des Landes. Les admissions sont régulées par le SAMU 33 et le SAMU 40.

Il existe 155 médecins généralistes recensés sur le bassin d’Arcachon en 2018 (**12**).

Le pôle santé d’Arcachon est une structure mixte regroupant un hôpital public et une clinique privée. Le service des urgences est quant à lui public. Selon l’Observatoire Régional des Urgences Nouvelle Aquitaine (ORUNA) (**13**), il y a eu en 2018, 33 874 passages aux urgences (logiciel TU©). En 2014, 31 000 passages ont été enregistrés, soit une augmentation de 11% en quatre ans.

Parmi ces passages aux urgences, les trois-quarts des patients appartiennent au territoire de santé du bassin d’Arcachon. La part du tourisme représente un peu plus d’un patient sur dix, en dehors de la période estivale (**14**).

Une filière de médecine générale, juxtaposée aux services des urgences et tenue par des médecins généralistes a été mise en place dans le cours de l’année 2018. Après triage par l’infirmière d’accueil, le médecin de garde reçoit des patients relevant d’un circuit court et ne nécessitant pas d’examen complémentaires à priori sauf radiographies. Le patient est en mesure de refuser son orientation vers cette filière.

Les horaires d’ouverture sont : 20h-00h du lundi au vendredi, 12h-00h le samedi et 9h-00h le dimanche. Le recrutement des médecins est fait sur la base du volontariat et ces derniers ne devaient pas obligatoirement être installés dans le bassin d’Arcachon.

Après recueil des données auprès de la filière de médecine générale du Pôle de Santé d’Arcachon, 263 patients ont consulté sur la période d’inclusion du 15/08/2018 au 07/09/2018 inclus.

7 MATERIEL ET METHODES :

7.1 Méthodologie

7.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique incluant les patients ayant consulté spontanément au sein du service d'accueil des urgences (SAU) du pôle de santé d'Arcachon entre le 15/08/2018 et le 07/09/2018.

7.1.2 Population étudiée

Tout patient majeur se présentant aux urgences de son propre gré, entre 9h00 et 20h00, était inclus dans l'étude.

Les patients n'étaient pas inclus dans les cas suivants :

- Age < 18 ans
- Régulation préalable par le SAMU 33 (15) ou le CODIS (18)
- Patients adressés par les forces de l'ordre
- Patients dans l'impossibilité de répondre (troubles cognitifs sévères, patients ne comprenant pas la langue française,...)
- Patients adressés par le médecin généraliste

7.1.3 Etude qualitative (pré-étude)

Avant la réalisation du questionnaire, une étude qualitative (pré-étude) a été réalisée au préalable du 13/07/2018 au 17/07/2018 par des entretiens semi-directifs type « papier-crayon » des patients et accompagnants sur leurs motivations de consultations aux urgences. Afin de respecter l'objectif de l'étude et les critères d'inclusion/exclusion, l'entretien n'a pas été entrepris chez des patients mineurs ni chez des patients régulés préalablement par un médecin traitant ou le SAMU.

Lors de ces entretiens, les questions suivantes ont été posées aux patients :

- Quelles sont les motivations qui vous ont fait venir consulter aux urgences ?
- Ressentez-vous un danger concernant votre motif de consultation ?

7.1.4 Recueil des données

Ensuite un questionnaire anonyme a été établi comportant 10 questions basées en partie sur les résultats de l'analyse de l'étude qualitative.

Une échelle numérique d'urgence ressentie a été proposée variant entre 1 et 5 :

- 1- Pas d'urgence, nécessité d'un examen médical, pas d'inquiétude
- 2- Pas d'urgence, nécessité d'examens complémentaires, inquiétude modérée
- 3- Urgence médicale, danger à court terme, inquiétude élevée
- 4- Urgence médicale, danger de mort à court terme, inquiétude majeure
- 5- Urgence médicale vitale, danger de mort imminent

A l'aide d'un questionnaire, les caractéristiques démographiques de chaque patient ont été recueillies (âge, sexe, distance entre lieu de vie et structure de soins) ainsi que les informations relatives aux motifs de consultations aux urgences :

- Facteurs influençant le degré d'urgence ressentie (douleur, durée des symptômes et leur moment d'apparition ; distance des structures de soins, la notion d'hypothèse diagnostique ainsi que la consultation d'informations relatives aux pathologies avant décision de consulter aux urgences).
- Délai nécessaire pour le premier contact médical selon le patient
- Accord du patient sur l'orientation vers la filière de médecine générale du PSA
- Essai contact du 15 ou du médecin généraliste avant consultation aux urgences
- Les raisons ayant conduit à consulter aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste

L'inclusion des patients s'est déroulée de 9h à 20h, horaires moyens d'ouverture des cabinets de médecine générale et début de la prise de poste du médecin généraliste de garde au Pôle de Santé d'Arcachon.

Dans un premier temps, l'agent administratif ou l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation), remettait le questionnaire à tous les patients consultant aux urgences par leurs propres moyens. Puis l'investigateur principal (J. MUNOS, doctorant) récupérait les questionnaires tous les jours. Les données ont été retranscrites dans un tableau informatique sécurisé et anonymisé (le nom et la date de naissance n'ont pas été renseignés par le patient).

La validation et l'applicabilité du questionnaire ont été soumises aux différents acteurs médicaux et paramédicaux au sein de l'équipe des urgences, ainsi qu'au chef du service des urgences d'Arcachon.

7.1.5 Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le rapport entre l'échelle d'urgence ressentie et le choix de consultation aux urgences d'Arcachon.

Les critères de jugements secondaires sont :

- Les facteurs influençant l'urgence ressentie
- Les facteurs motivant une consultation aux urgences

7.2 Aspect réglementaire et éthique

Le questionnaire et le protocole d'étude ont été soumis à la commission d'éthique du centre hospitalier d'Arcachon dont un accord fut formulé le 24/07/2018 (sous la direction du Docteur E. SIMON-BIEWER).

La déclaration MRO3 a été validée par la CNIL le 01/08/2019 (numéro de déclaration n° 2209639 v 0).

7.3 Analyses statistiques

L'ensemble des données ont été décrites, pour les données qualitatives, sous forme d'effectifs et de pourcentages, tandis que pour les données quantitatives, sous forme de moyennes, d'écart-type.

Les analyses statistiques comparant les caractéristiques des individus entre les différents groupes ont été réalisées à l'aide de différents tests statistiques (test du Khi², test exact de Fisher, test de Student, test de Welch et test de Kruskal-Wallis) suivant les variables étudiées.

Pour l'ensemble des tests, le risque d'erreur pris en compte a été fixé à 5% ($\alpha=0,05$).

Les logiciels utilisés ont été Excel® et Pvalue.io®.

8 RESULTATS

8.1 Etude qualitative

Durant la phase de recueil qualitative du 13/07/2018 au 17/07/2018 : 21 entretiens de patients ont été recueillis (11 discours de patients consultant aux urgences et 10 discours de membres de la famille accompagnants).

	Effectif	Pourcentage
Quelles sont les motivations qui vous ont fait venir consulter aux urgences ?		
Soulager la douleur	12	57%
Inquiétude ou danger ressenti face à la durée des symptômes	7	33%
Inquiétude ou danger ressenti face à l'heure d'apparition des symptômes	6	29%
Inquiétude ou danger ressenti face à la grande distance entre lieu de vie et structure de soins la plus proche	11	52%
Diagnostic supposé nécessitant des examens complémentaires	14	67%
Cabinet médical fermé	5	24%
Médecin traitant non disponible	2	9%
Facilité de paiement	1	4%
Ressentez-vous un danger concernant votre motif de consultation ?		
Oui	12	57%
Non	9	43%
Total	21	100%

Tableau 1 :Résultats de l'étude qualitative sur l'urgence ressentie

8.2 Etude quantitative

Durant la phase de recueil de l'étude quantitative, du 15/08/2018 au 07/09/2018, 942 patients ont répondu aux questionnaires. Parmi eux, 146 sont mineurs, 188 ont consulté au préalable leur médecin traitant qui les a orientés aux urgences et 58 ont été régulés par le SAMU 33 (de Gironde).

Flow chart

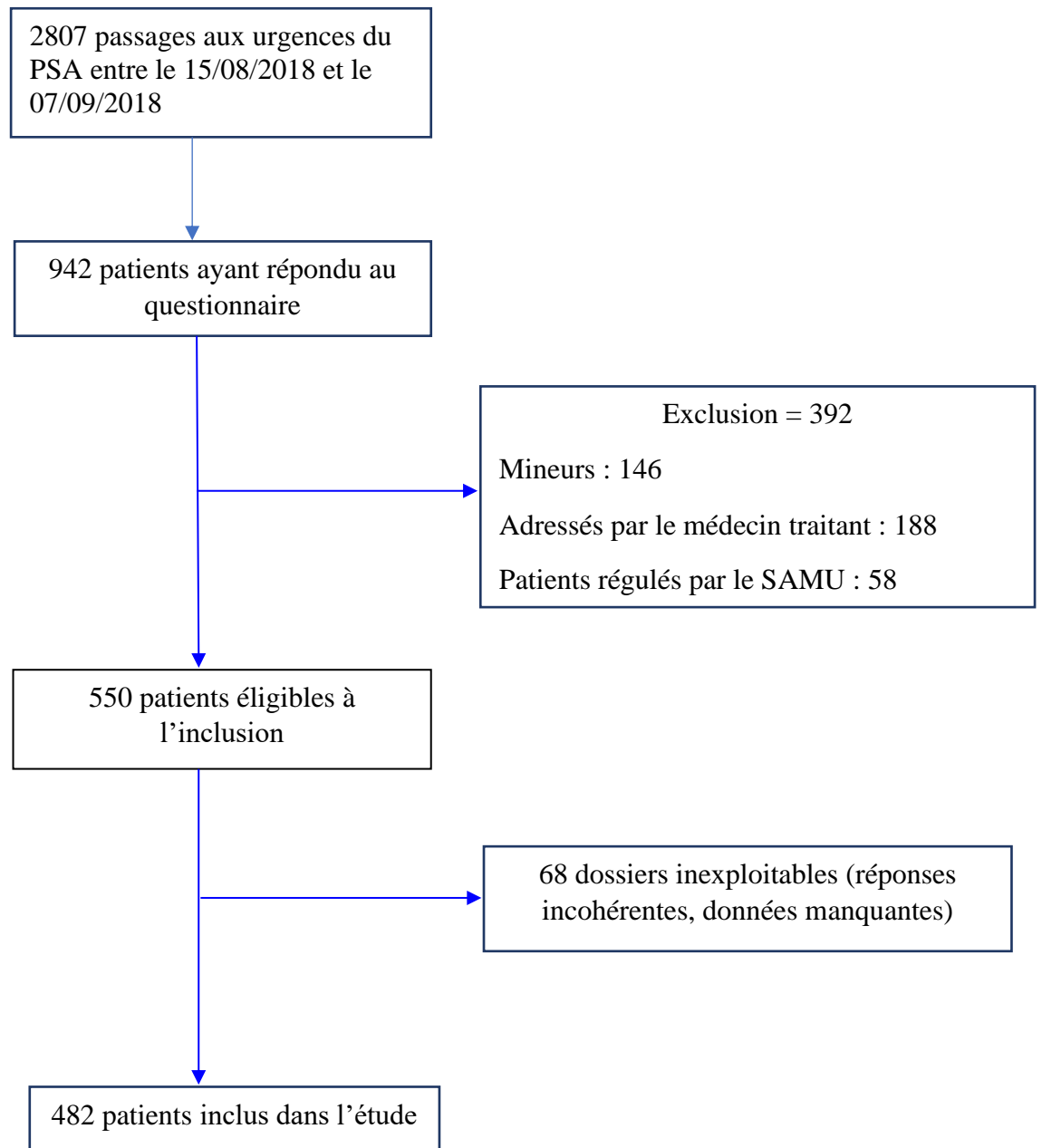


Figure 1 : Diagramme de flux

8.2.1 Caractéristiques de la population

Caractéristiques		Effectif n (%)
Age	[18 ;25 ans]	86 (18%)
]25 ;45 ans]	174 (36%)
]45 ;65ans]	116 (24%)
]65 ; + ∞ ans]	106 (22%)
Sexe	Femmes	268 (56%)
	Hommes	214 (44%)
Habite dans la région	Non	190 (39%)
	Oui	292 (61%)
Distance entre lieu de vie actuel et la structure de soins la plus proche	[0,5km]	134 (28%)
	[5,20km]	216 (45%)
	[20,40km]	64 (13%)
	[40,+infini[68 (14%)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

L'âge moyen des patients analysés dans l'étude est de 47 ans, avec un maximum de 91 ans.

La répartition de la population étudiée est la suivante : 56% de femmes et 44 % d'hommes.

La majorité des patients réside dans la région (61%) et habite entre 5 et 20 kilomètres de la structure de soins la plus proche (45%).

8.2.2 Description de la distribution de l'urgence ressentie chez les patients aux urgences d'Arcachon

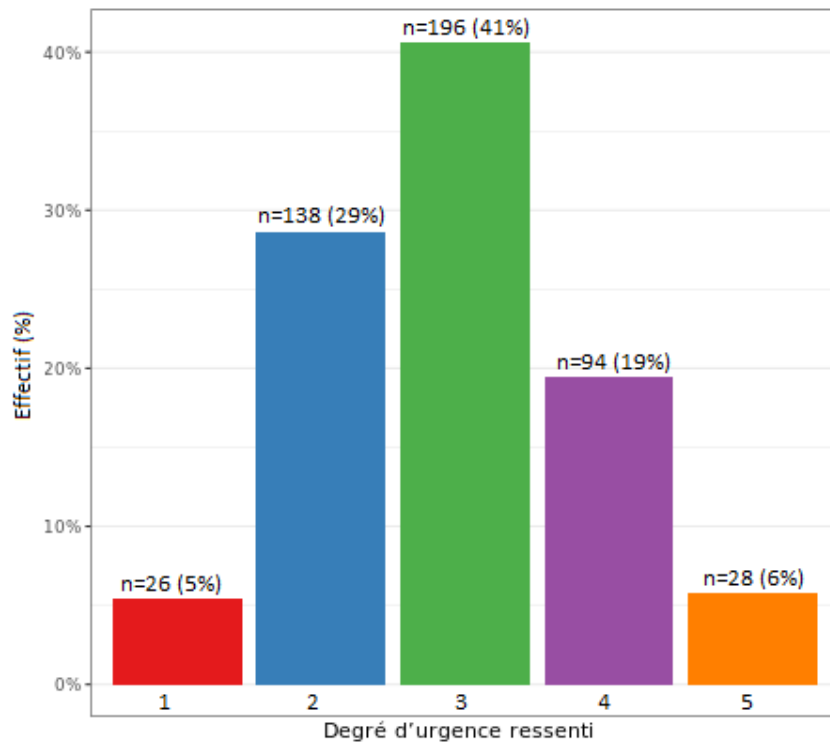


Figure 2 : Distribution du degré d'urgence ressentie

Trois cent dix-huit patients (66%) qui consultent aux urgences d'Arcachon ont un degré d'urgence ressentie supérieure ou égale à 3.

8.2.3 Facteurs influençant l'urgence ressentie

		N	Degré d'urgence ressentie					p	test
			1	2	3	4	5		
Effectif (%)		482	26 (5.4%)	138 (29%)	196 (41%)	94 (20%)	28 (5.8%)		
Sexe	F	268 (56%)	9 (35%)	77 (56%)	105 (54%)	56 (60%)	21 (75%)	0.043	Khi2
	M	214 (44%)	17 (65%)	61 (44%)	91 (46%)	38 (40%)	7 (25%)		
Moyenne d'âge		482	47.7 (±18.7)	44.1 (±19.0)	45.1 (±18.9)	50.4 (±22.6)	58.2 (±22.7)	0.016	Kruskal-Wallis
Habite dans la région	non	190 (39%)	8 (31%)	43 (31%)	83 (42%)	40 (43%)	16 (57%)	0.048	Khi2
	oui	292 (61%)	18 (69%)	95 (69%)	113 (58%)	54 (57%)	12 (43%)		
Consultation d'informations au préalable	non	196 (42%)	15 (58%)	52 (38%)	76 (40%)	47 (50%)	6 (21%)	0.025	Khi2
	oui	280 (58%)	11 (42%)	84 (62%)	116 (60%)	47 (50%)	22 (79%)		
Distance entre lieu de vie actuel et structure de soins la plus proche	< 5km	134 (28%)	14 (54%)	42 (30%)	47 (24%)	25 (27%)	6 (21%)	0.35	Fisher
	Entre 5 et 20km	216 (45%)	8 (31%)	67 (49%)	86 (44%)	41 (44%)	14 (50%)		
	Entre 20 et 40 km	64 (13%)	2 (7.7%)	11 (8%)	33 (17%)	15 (16%)	3 (11%)		
	> 40 km	68 (14%)	2 (7.7%)	18 (13%)	30 (15%)	13 (14%)	5 (18%)		
Douleur	non	72 (15%)	5 (19%)	27 (20%)	20 (10%)	10 (11%)	10 (36%)	<0.01	Fisher
	oui	410 (85%)	21 (81%)	111 (80%)	176 (90%)	84 (89%)	18 (64%)		

		N	Degré d'urgence ressentie					p	test
			1	2	3	4	5		
Echelle douleur numérique	EN [0 ; 6[211 (44%)	15 (58%)	84 (61%)	79 (40%)	21 (22%)	12 (43%)	<0,001	Khi2
	EN [6 ; 10]	271 (56%)	11 (42%)	54 (39%)	117 (60%)	73 (78%)	16 (57%)		
Hypothèse diagnostique	non	166 (34%)	15 (58%)	40 (29%)	75 (38%)	32 (34%)	4 (14%)	<0.01	Khi2
	oui	316 (66%)	11 (42%)	98 (71%)	121 (62%)	62 (66%)	24 (86%)		
Moment d'apparition des symptômes	matin	176 (37%)	8 (31%)	51 (37%)	67 (34%)	36 (38%)	14 (50%)	0.97	Fisher
	midi	64 (13%)	6 (23%)	22 (16%)	22 (11%)	10 (11%)	4 (14%)		
	Après midi	98 (20%)	4 (15%)	28 (20%)	46 (23%)	15 (16%)	5 (18%)		
	soir	90 (19%)	7 (27%)	26 (19%)	33 (17%)	20 (21%)	4 (14%)		
	Nuit profonde	54 (11%)	1 (3.8%)	11 (8%)	28 (14%)	13 (14%)	1 (3.6%)		
Temps écoulé entre apparition des symptômes et décision de consultation	<1 h	106 (22%)	7 (27%)	39 (28%)	33 (17%)	20 (21%)	7 (25%)	<0.01	Fisher
	Entre 1 et 6 h	103 (21%)	2 (7.7%)	24 (17%)	36 (18%)	29 (31%)	12 (43%)		
	Entre 6 et 12 h	56 (12%)	5 (19%)	22 (16%)	23 (12%)	6 (6.4%)	0 (0%)		
	Entre 12 et 24h	77 (16%)	4 (15%)	24 (17%)	33 (17%)	11 (12%)	5 (18%)		
	> 24h	140 (29%)	8 (31%)	29 (21%)	71 (36%)	28 (30%)	4 (14%)		

Tableau 3 : Facteurs influençant le degré d'urgence ressentie

Le sexe féminin est associé à un ressenti d'urgence plus important. Pour un degré d'urgence ressentie à 5, la proportion de femmes est de 75 % (p=0,043).

Plus le patient est âgé, plus son urgence ressentie est élevée. La moyenne d'âge pour un degré d'urgence ressentie à 1 est de 47,7 ans vs 58,2 ans pour un degré d'urgence ressentie à 5 (p=0,016).

L'urgence ressentie dépend pour un patient du fait qu'il habite ou pas dans la région (p=0,048).

Pour une urgence ressentie à 5, 21% des patients n'ont pas consulté d'informations avant de consulter aux urgences vs 79% des patients qui l'ont fait (p=0,025).

Il existe une corrélation entre l'échelle numérique de la douleur ressentie et l'échelle d'urgence ressentie (p <0,01). Pour une urgence ressentie à 4, 78% des patients ont une EN ≥ 6 .

La majorité, soit 86% des patients avec une urgence ressentie à 5 ont une hypothèse diagnostique concernant leurs symptômes.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la distance du lieu de vie, le moment d'apparition des symptômes et le degré d'urgence ressentie.

8.2.4 Description des motivations et comportements des patients consultant aux urgences d’Arcachon.

		Effectif (%)
Information concernant hypothèse diagnostique	Non	166 (34%)
	Oui	316 (66%)
Sources d’informations concernant une hypothèse diagnostique	Internet	158 (33%)
	Publicité / média	36 (7.6%)
	Livres	8 (1.7%)
	Déjà ressenti	108 (23%)
	Médecin traitant	86 (18%)
	Autres	50 (11%)
	Autre personnel de santé (autre que médecin)	26 (5.5%)
Moment d’apparition des symptômes	Matin	176 (37%)
	Midi	64 (13%)
	Après midi	98 (20%)
	Soir	90 (19%)
	Nuit profonde	54 (11%)
Temps écoulé depuis l’apparition des symptômes et la consultation médicale	< 1 heure	106 (22%)
	Entre 1h et 6h	103 (21%)
	Entre 6h et 12 h	56 (12%)
	Entre 12 et 24 h	77 (16%)
	Supérieur à 24h	140 (29%)
Essai contact avec le médecin généraliste avant	Non	370 (77%)
	Oui	112 (23%)
Essai contact du 15 avant consultation aux urgences	Non	454 (94%)
	Oui	28 (6%)
Délai nécessaire pour le premier contact médical aux urgences selon le patient	immédiat	241 (50%)
	Dans les 6 heures	93 (19%)
	Dans la journée	123 (26%)
	> 1 jour	25 (5%)
Accord pour orientation vers la filière médecine générale du PSA	oui	336 (70%)
	non	146 (30%)

Tableau 4 : Descriptions des motivations et des comportements des patients consultant aux urgences d’Arcachon

Deux tiers des patients (66%) qui ont consulté aux urgences ont une hypothèse diagnostique et 33% ont recherché leurs symptômes et trouvé des informations grâce à Internet.

On remarque une prépondérance d'apparition des symptômes le matin (37%).

Le plus souvent (43%) les patients ont attendu au maximum six heures avant de consulter aux urgences.

La grande majorité (77%) des patients qui consultent aux urgences d'Arcachon n'ont pas essayé de joindre leur médecin traitant ni de contacter le SAMU (15) (94%) avant de consulter.

La moitié des patients pensent que leurs symptômes nécessitent une prise en charge immédiate.

Trois cent trente-six patients (70%) seraient en accord pour être reçus par un médecin généraliste à la filière de médecine générale du PSA.

8.2.5 Description des raisons des patients de consultation aux urgences d'Arcachon plutôt que chez leur médecin généraliste.

		Effectif (pourcentage %)
Va au-delà des compétences du médecin généraliste	Non	409 (85%)
	Oui	73 (15%)
Besoin d'examens complémentaires	Non	388 (80%)
	Oui	94 (20%)
Consultation nécessitant un urgentiste	Non	409 (85%)
	Oui	73 (15%)
Facilité d'accès	Non	436 (91%)
	Oui	46 (9%)
Médecin généraliste absent	Non	370 (77%)
	Oui	112 (23%)
Pas de médecin généraliste	Non	442 (92%)
	Oui	40 (8%)
Nécessité d'une consultation avec un spécialiste	Non	429 (89%)
	Oui	53 (11%)
Autres	Non	455 (94%)
	Oui	27 (6%)
Facilité de paiement	Non	461 (96%)
	Oui	21 (4%)

Tableau 5 : Raisons de consultation aux urgences plutôt que chez le médecin généraliste

La majorité des patients ne remettent pas en doute les capacités de leur médecin généraliste et ne pensent pas que leur motif de consultation nécessite un médecin urgentiste (85%) ou un médecin spécialiste (89%).

La nécessité d'examens complémentaires ne justifie pas la consultation aux urgences dans 80% des cas.

De plus la consultation aux urgences n'est pas justifiée par l'indisponibilité du médecin généraliste ni l'absence de médecin traitant dans une grande proportion de cas (92%).

Seulement une très faible proportion (4%) des patients consultent aux urgences pour les simplicités de paiement et 9% pour la facilité d'accès du service des urgences d'Arcachon.

9 DISCUSSION

Notre étude a montré que l'échelle d'urgence ressentie a une influence sur la décision du lieu de consultation du patient en soin primaire. En effet deux tiers des patients (66%) consultent aux urgences car ils se sentent en danger.

9.1 Population

Au total, 482 patients ont été inclus dans notre travail avec un âge moyen de 46,7 ans. Dans notre échantillon, il y avait 268 femmes (56%) et 214 hommes (44%). Nos chiffres sont superposables aux données de la population nationale française (52% femmes et 48% d'hommes) selon l'Institut National Démographiques au 1^{er} janvier 2020 (**15**).

La population de notre étude est majoritairement des personnes âgées entre 25 et 45 ans (36%) et la part de patients de plus de 65 ans représente 22% de l'effectif. Cette dernière est comparable à l'étude de la SFMU (**5**) où la part de patients âgés de plus de 65 ans consultant aux urgences représente 25,9%.

9.2 Biais et limites

Il existe en premier lieu un biais de sélection dans notre étude.

Tout d'abord l'effectif des patients analysés est faible, ce que l'on peut justifier par plusieurs facteurs.

Le premier réside dans l'exclusion des patients mineurs, en effet sur les 460 patients retirés de l'analyse, 146 sont des mineurs. Ce critère d'exclusion s'explique par le fait que la décision de consulter aux urgences peut-être influencée par la décision du représentant légal.

De plus, 188 patients ont été exclus de l'analyse car ils ont été régulés au préalable par leur médecin traitant et 58 par le SAMU 33, donc la décision du patient de consulter aux urgences a été influencée par un médecin.

Enfin, 68 questionnaires ne répondant pas aux critères d'exclusion n'ont pas été inclus dans l'étude car les réponses ont été jugées incohérentes ou les données manquantes ne permettaient l'analyse complète.

Le dernier facteur relatif à l'effectif faible est la courte période d'inclusion. L'inclusion se faisant du 15/08/18 au 07/09/18, soit une période de trois semaines. Différents retards (accord de la commission d'éthique, CNIL) ont empêché de débiter l'inclusion au début du mois d'août. Le choix de ces dates se justifiait par une population estivale en août et des résidents annuels en septembre. Si la durée courte d'inclusion limite l'effectif, elle augmente cependant la rigueur des équipes sur la remise des questionnaires.

Le biais de sélection s'explique aussi par les caractéristiques de notre population. En effet, l'inclusion se déroule sur une période estivale où beaucoup de touristes se sont présentés aux urgences (39%) alors qu'habituellement le pourcentage de touristes consultant aux urgences d'Arcachon est seulement de 10% (**14**). Les touristes consultent probablement aux urgences directement par facilité d'accès et parce qu'ils n'ont pas leur médecin traitant dans la région.

Il existe des biais de mémorisation de la part du patient (concernant par exemple sa consommation de soins antérieurs). L'étude en 2013 de la Direction de la Recherche, des

Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (**16**), indique que « le contexte des urgences n'est pas optimal pour recueillir des informations exhaustives concernant des questions portant sur les inquiétudes du patient ou sur le parcours médical du patient. » Le service des urgences est souvent décrit comme un lieu hostile et propice à majorer l'inquiétude ressentie.

Il existe également plusieurs biais de mesure.

Le premier aspect du biais de mesure repose sur le caractère déclaratif. Dans notre étude, nous avons demandé au patient son degré d'urgence ressentie, mais celui-ci est totalement indépendant du temps d'attente du patient puisque seul l'investigateur principal de l'enquête dispose des réponses aux questionnaires. Cependant on peut supposer que certains patients aient déclaré une urgence ressentie plus importante dans le questionnaire afin de limiter les délais d'attente aux urgences et de prioriser sa prise en charge.

Le deuxième biais de mesure repose sur le fait que nous avons évalué notre critère de jugement principal (degré d'urgence ressentie) sur une échelle non validée et non protocolisée. (**annexe 1**).

9.3 Limites de l'échelle de l'urgence ressentie

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outils génériques validés faisant consensus pour mesurer l'échelle d'urgence ressentie et nous avons été amenés à en créer une (**annexe 1**).

Notre échelle d'évaluation du degré d'urgence ressentie est inspirée de l'échelle de triage IAO (**annexe 2**), qui est elle-même divisée en 5 classes (de 1 à 5 de gravité croissante) et qui est utilisée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) pour la priorisation de la prise en charge des patients instables.

Dans son travail de thèse (**17**), le Docteur LEFORT propose une échelle d'urgence ressentie qu'il corrèle à l'urgence réelle via l'échelle de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (**annexe 3**). L'échelle de la CCMU, a été créée en 1994 et classe, selon sept degrés de gravité, les patients de l'urgence préhospitalière et/ou moment de l'accueil hospitalier. Le médecin urgentiste détermine à la fin de la prise en charge médicale la cotation CCMU (**18**).

Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2013 (**16**), évoque des limites concernant l'échelle de la CCMU. Il existe une inadéquation de la classification CCMU à une description précise de situation clinique et le niveau 2 de la classification regroupe près de 2/3 des patients. Par ailleurs, pour le soignant, l'interprétation des niveaux 1 et 2 (CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences. CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences) est souvent complexe et il est difficile de fixer de manière objective la frontière entre ces deux niveaux

Cependant, que ce soit dans l'échelle IAO ou dans celle de la CCMU, l'évaluation du degré d'urgence est effectuée par un professionnel de santé (hétéro-évaluation) tandis que dans notre échelle, c'est le patient lui-même qui définit son degré d'urgence (auto-évaluation). Le ressenti

n'est pas pris en compte dans ces deux échelles (IAO et CCMU) qui ne sont donc pas adaptées pour évaluer l'urgence dans sa globalité.

Dans notre étude, il est impossible d'évaluer la pertinence de la consultation aux urgences car nous n'avons pas évalué l'urgence réelle du patient après son diagnostic final et l'estimation de son pronostic par un médecin. Ce procédé a été réalisé dans l'étude de la SFMU en 2019 (5), permettant une définition de passage « inapproprié » aux urgences (patient sorti après la visite aux urgences et qui n'avait aucun des critères suivants: admis en hospitalisation, transféré dans un autre hôpital, décédé aux urgences, tests diagnostiques effectués ou traitements administrés).

Cependant, cette étude remet finalement en question la pertinence du concept de passage inapproprié aux urgences, car à l'opposé de notre enquête, elle ne tient pas compte de l'urgence ressentie par le patient. L'observation de la SFMU déclare que la détresse ressentie par le patient peut le conduire à consulter directement un service d'urgence et être un motif recevable dans la vision globale de l'urgence.

Notre étude sur le degré d'urgence ressentie pourrait-être complémentaire à celle de la SFMU pour comprendre les motivations d'un patient à consulter aux urgences, sachant qu'il est impossible de conclure sur une échelle non existante et non validée dans la littérature actuelle.

9.4 Urgence ressentie

L'urgence ressentie apparaît dans cette étude comme un des facteurs principaux dans la décision de consultation aux urgences. La majorité des patients (66%) ont un degré d'urgence ressentie supérieur ou égal à 3, ce qui correspond à l'apparition de la notion de danger et d'urgence médicale. Un quart des patients des patients ont coté leur urgence ressentie au moins à 4 sur 5. A contrario, on constate que seulement 26 patients (5%) ne ressentent pas d'urgence pour le motif pour lequel ils consultent.

Les patients qui se présentent aux urgences d'Arcachon se sentent donc en danger par rapport à leur motif de consultation. Cette notion est confirmée par une étude concernant les « situations d'urgence ressentie » établie par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'île de France en 2008, qui montre que cette urgence ressentie inquiète les patients (19) ; 57% des Franciliens ont ressenti le besoin urgent de consulter un médecin dans les 24h depuis un an. Ces données vont aussi dans le sens de l'étude de S. GENTILE de 2004 (8) qui montre que 86% des usagers ont déjà ressenti une situation médicale comme « urgente » et 30 % des personnes interrogées ont ressenti leur problème comme vital ; 44,7 % comme très urgent et 24,6 % comme peu urgent.

9.5 Facteurs influençant le degré d'urgence ressentie.

D'après notre étude, les patients de sexe féminin, plus âgés, douloureux, n'habitant pas dans la région, qui ont une hypothèse diagnostique après avoir consulté des informations au préalable et avec des symptômes apparus rapidement et persistant dans le temps sont des facteurs associés à une augmentation de l'urgence ressentie.

Le sexe féminin est le premier facteur majorant l'urgence ressentie. En 2002, une enquête de la DREES (20), montre que les femmes entre 15 et 34 ans consultent à l'hôpital plus fréquemment que les hommes même en excluant les consultations de gynécologie (58 % de femmes vs 42% hommes entre 15 et 34 ans et 63 % des femmes vs 37% d'hommes entre 25-34 ans. D. POLTON

en 2016, ancienne directrice de l'Institut de Recherche et Documentations en Economie de la Santé (IRDES), indique que « la proportion de femmes ayant une consultation dans l'année est plus élevée et le nombre de moyen de consultations aussi » (21). Il n'existe pas d'argument scientifique expliquant cette tendance. Il faut noter cependant que l'ancienne directrice de l'IRDES explique que les « femmes vivent plus longtemps, mais passent ces années supplémentaires en mauvaise santé » et qu'il existe une « protection contre le risque maladie et un accès aux soins inégal ».

L'âge influe sur le degré d'urgence ressentie. Cela va dans le sens de l'étude de C.BULA publiée en 2012, où les patients les plus âgés ont le plus recours aux urgences (entre 2005 et 2010, l'augmentation globale du volume de consultations aux urgences du CHU du Vaudois est de 46% pour les patients de 85 ans et plus) (22). A contrario, une étude établie par la Direction de santé publique de Montréal, publiée en mars 2007, note que le recours aux services d'urgence est supérieur chez les jeunes adultes (le taux d'utilisation des urgences est de 33% chez les 18-44 ans vs 29% chez les 45-64 ans vs 29% chez les ≥ 65 ans ; $p < 0,001$) (23).

Les patients qui ne résident pas dans la région du Bassin d'Arcachon ont tendance, lors d'une consultation aux urgences, à se sentir plus en danger. L'hypothèse repose sur le fait que les patients ne peuvent consulter leur médecin traitant habituel, ce qui modifie le parcours de soins dans une région donnée. L'agence de la santé et des services sociaux de Montréal et de Montérégie a évalué en 2007 (23) que le taux d'utilisation du service des urgences est plus élevé chez les patients n'ayant pas de source de soins de première ligne (taux d'utilisation de l'urgence sur deux ans : 50,9 % de patients n'ayant pas de source de soins vs 33,6% ayant une source de soins en première ligne $p < 0,05$). Ceci indique que le manque de continuité des soins contribue au recours à l'urgence (avoir un médecin traitant disponible et à proximité rassure le patient concernant un avis médical rapide sur son ressenti d'urgence). Par ailleurs, il semble que les consultations sont plus fréquentes en période de vacances. En 2002, S. VINGERGOETS (24), montre que sur 1 128 hommes et 765 femmes néerlandais, on retrouve chez 3,6% des hommes et 2,7% des femmes une « maladie des vacances ou du temps libre ». Les patients ayant plus de temps à consacrer sur la réflexion de leur symptômes (habituellement occupés par leur travail), cela les amène à une anxiété et donc à une consultation médicale rapide.

Une majorité de patients ayant un fort degré d'urgence ressentie ont une hypothèse diagnostique concernant leurs symptômes et ils ont consulté des informations au préalable (33% des patients ont trouvé des informations grâce à Internet). Cela peut les amener à consulter directement aux urgences. 70% de la population consulte Internet pour trouver des renseignements médicaux comme le montre une étude canadienne de T. TONSAKER en 2014 (25). De « mauvais renseignements sur la santé utilisés de manière inappropriée peuvent être véritablement dommageables ». « Les médecins s'inquiètent aussi que les patients ayant consulté Internet développent des craintes inutiles à propos de leur santé [...] en se fondant sur des récits à sensation ou empreints d'émotion qui n'ont rien à voir avec leur propre situation ». La relation médecin malade permet d'assurer que chaque patient reçoit des informations médicalement valides et adaptées à son niveau de compréhension. Les sources d'informations sur des sites santé provenant d'Internet sont qualifiées d'inexactes et la pertinence des liens obtenus avec divers moteurs de recherche est de l'ordre de 15 % à 50 % selon une étude de la Haute Autorité de Santé en 2007 (26). Cette inexactitude des informations pourrait augmenter l'urgence ressentie car les sites de vulgarisation médicale ont tendance à décrire les cas les plus graves.

Notre étude montre que les patients se sentent en danger et consultent aux urgences, soit quand les symptômes apparaissent rapidement (au maximum 6 heures) ou soit lorsque les symptômes persistent dans le temps (>24 heures). En effet, la majorité des patients (68%) qui ont une urgence ressentie de 5 ont attendu au maximum 6 heures entre le temps d'apparition des symptômes et leur consultation au service des urgences. Selon la SFMU en 2019 (5), plus de la moitié des patients consultant aux urgences ont des symptômes présents de plus de 24h. S. GENTILE en 2004 (8), indique que la décision du patient à consulter aux urgences a été quasi immédiate, puisque 67,3 % des patients ont été aux urgences dans l'heure qui a suivi leurs problèmes médicaux ; cependant une grande proportion de patients (29%), ont attendu plus d'une journée avant de consulter aux urgences.

Le moment d'apparition des symptômes n'influence pas le degré d'urgence ressentie. Cela va dans le sens des observations de S. GENTILE (8) qui montre que le sentiment d'urgence oriente le patient à consulter aux urgences quel que soit le moment de la journée afin d'avoir une consultation rapide et que le délai de décision ne semble pourtant pas être lié au degré d'urgence ressentie.

La douleur influe sur l'urgence ressentie. Lorsque le patient évalue sa douleur avec une EN ≥ 6 , il a une urgence ressentie élevée. La douleur ressentie inquiète le patient et l'amène à consulter aux urgences. Selon le rapport d'enquête auprès des franciliens en 2008, 17% des consultations aux urgences concernent une douleur (19). De plus selon l'étude de S. GENTILE en 2004, un des principaux motifs médicaux motivant le recours au service des urgences est la douleur (23,1% des patients) (8)

9.6 Autres facteurs influençant sur la décision de consulter aux urgences

Notre questionnaire d'étude a été établi grâce aux réponses des patients à notre étude qualitative préalable. Nous nous sommes aussi basés dans notre questionnaire sur une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation Statistiques de 2003, traitant des motifs de recours aux urgences (27). Dans cette étude, selon le patient, les cinq motifs de consultation aux urgences les plus fréquemment cités sont : la proximité de l'hôpital (47%), la nécessité d'examen complémentaires (44%), l'avis d'un spécialiste (43%) et la nécessité d'une prise en charge rapide (38%).

Dans nos recherches, tout comme dans celles de la DREES, la facilité de paiement ne représente qu'un motif de consultations que pour un très faible pourcentage de patients (4%) ayant consulté directement aux urgences.

La facilité d'accès aux urgences comme raison de consultation ne représente qu'un minima de patients (9%) aux urgences d'Arcachon contrairement aux observations de la DREES.

Les motifs de consultations importants pour les patients (nécessité d'examen complémentaires et avis d'un spécialiste) recensés par la DREES, sont moins importants dans notre enquête. En effet, seuls 20% des patients déclarent être venus aux urgences afin d'avoir un examen complémentaire, 11% afin d'avoir recours à un spécialiste, 15% pour consulter un médecin urgentiste et 85% des patients pensent qu'un médecin généraliste aurait pu les prendre en charge (par conséquent, le patient consulte aux urgences dans le but d'être pris en charge par un médecin). Ces résultats vont à l'encontre d'autres investigations autant françaises qu'étrangères. L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques identifie

deux types de facteurs à l'origine de l'augmentation du recours aux urgences : des facteurs liés à la demande (préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services, besoins de santé et caractéristiques socio-économiques) et des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales avec des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets) (7). L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal de 2007 (23) indique que 64,8 % des patients déclarent recourir aux urgences afin d'obtenir des tests et 56,2% des patients afin de consulter un médecin spécialiste. S. GENTILE en 2004, note que la présence d'un plateau technique a été déclarée par 45,3% des patients comme l'élément déterminant dans leur choix de recourir aux urgences (8).

Dans notre étude, 92% des patients ont un médecin généraliste et sont néanmoins venus directement aux urgences. Ce pourcentage élevé peut surprendre puisque, selon une recherche de l'Institut National de Santé Publique du Québec en 2007 (23), le recours à l'urgence est plus faible chez les personnes qui ont une source habituelle de soins en première ligne (clinique ou bureau de médecin, groupe de médecine de famille, unité de médecine familiale) par rapport aux patients n'y ayant pas accès (33,6% vs 50,9%). De plus selon l'enquête établie par Bioéthique Online sur le sens de l'urgence à l'hôpital en 2016 (4), il existe une urgence sociale, identifiée par les professionnels de santé, qui témoigne de l'existence d'une forme de veille médico-sociale et amène le service des urgences à jouer le rôle d'accueil pour de nombreuses plaintes ne relevant pas toujours du domaine médical.

Une des motivations importantes des consultations aux urgences, selon la DREES (27) est la prise en charge rapide. Il en est de même dans notre enquête puisque 50% des patients qui consultent aux urgences déclarent que leur délai de prise en charge médicale doit être immédiat. Cette demande de prise en charge rapide tend à pousser certains patients à consommer des soins de façon inappropriée. En effet selon G. ROUSSET « un nombre important de pratiques de type consumériste tendent à se développer comme par exemple, la situation de l'individu venant par ses propres moyens aux urgences afin de recevoir des soins pour des problèmes mineurs qui auraient pu attendre la consultation d'un généraliste [...] ou comme la situation de l'individu qui estime anormal d'attendre et d'être pris en charge tardivement aux urgences alors qu'il a un problème de santé moins grave que celui subi par les patients traités de manière prioritaire » (28). Cela va dans le sens des observations de la SFMU qui montre que les passages inappropriés des patients aux urgences recherchent un délai de prise en charge immédiat (5). Or les missions du service des urgences sont bien définies, leur rôle étant « de prendre en charge 24/24h et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quel que soit l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir », comme le définit la Haute Autorité de Santé en 2014 (29)

Ceci tend à penser que peu de patients ne connaissent véritablement l'offre de soins primaires. S. GENTILE, en 2004 (8), indique que 57 % des patients déclarent avoir un médecin traitant mais ne savent pas si leur médecin effectue des gardes. De plus, nos recherches montrent que 70 % des patients venus consulter aux urgences seraient d'accord pour une réorientation vers un médecin généraliste de la filière de médecine générale du PSA..

On note que 94% des patients n'ont pas essayé de contacter le 15 au préalable et ont consulté directement aux urgences. Dans les recherches en 2004 de S. GENTILE (8), il est noté que seuls 8,8 % des patients ont recours au SAMU lorsque leur médecin est indisponible dans la journée et 10,7 % en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Nous retrouvons que 77% des patients n'ont pas essayé de contacter leur médecin traitant et sont venus directement aux urgences. Cette proportion est semblable au travail de thèse du docteur F. BOUQUIN en 2017 qui indiquait que 72% des patients se présentant aux urgences n'ont pas essayé de contacter leur médecin traitant et moins de 10% possèdent un courrier de sa part (30). Les recherches de S. GENTILE (8) indique que 73 % des usagers se présentent dans un service d'urgences sans avoir vu un médecin au préalable. Parmi ces patients, 82 % ont pris eux-mêmes la décision de recourir à un service d'urgences. Cependant en 2008, l'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de l'île de France (19) montre que les franciliens ayant eu recours à un conseil téléphonique sont significativement plus nombreux à avoir ressenti le besoin de consulter un médecin dans les 24 heures depuis 1 an par rapport aux franciliens n'ayant pas eu recours au conseil téléphonique.

Sur les dernières années, il y a eu une évolution concernant le droit de la santé avec une autonomisation du patient. L'instauration de la loi Kouchner du 4 mars 2002 impose le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés et son droit d'être informé sur son état de santé (31). La relation du médecin paternaliste envers le patient s'est progressivement transformée en un consumérisme médical de la part du patient. Dans le rapport de l'INSEE en 2018 (32), il existe une progression constante de la consommation de soins et de biens médicaux aux cours des années (en 2013, la consommation était estimée à 185,2 milliards d'euros, en 2015 à 192,9 milliards d'euros, en 2017 à 200,5 milliards d'euros et en 2018 à 203,5 milliards d'euros).

Cette demande de rapidité de soins, de prise en charge et d'examen complémentaire de la part du patient est souvent dénoncée comme un « consumérisme médical exigeant » (6). Ce consumérisme est à la base d'une surcharge des hôpitaux et met à mal le principe d'accès à des soins de qualité. Selon le Docteur HAMON, président de la Fédération des Médecins de France, « au moins 50% des passages aux urgences hospitalières sont jugés injustifiés [...] il faut éduquer la population et la sensibiliser à considérer l'hôpital comme ce qu'il doit être : un dernier recours ». (33).

10 CONCLUSION

L'urgence ressentie par le patient est un facteur majeur dans sa prise de décision à consulter aux urgences. Ce ressenti est subjectif et lui-même influencé par d'autres facteurs comme le sexe, la douleur, le début d'apparition des symptômes, le lieu de vie et l'âge du patient.

D'autres éléments viennent aussi moduler cette prise de décision. La suspicion d'une hypothèse diagnostique du patient par le biais d'une information comme Internet va le pousser à consulter aux urgences.

La situation du patient, souvent stigmatisée par son recours abusif aux urgences pose de nombreuses questions. Celui-ci n'a pas recours aux urgences dans le seul but d'avoir des examens complémentaires, ni pour consulter un spécialiste, ni pour la facilité d'accès mais souvent par un réel danger ressenti pour sa santé.

Il apparait également que les motivations de consultation aux urgences résultent parfois d'une méconnaissance du parcours de soins. En effet, la majorité des patients pense que leur médecin généraliste est capable de gérer leur motif de recours aux urgences, mais finalement ne cherchent pas à savoir si celui-ci est disponible. Concernant l'orientation vers la médecine libérale, il existe une difficulté d'accessibilité à un professionnel de santé dans un délai compatible et acceptable avec l'urgence ressentie par le patient.

La demande de soin est en augmentation croissante entraînant une consommation de soins plus accrue. Dans un but d'optimisation des filières soins, il parait donc évident d'identifier les différents facteurs et motivations des patients à consulter aux urgences afin de répondre au mieux à leurs attentes et d'adapter les parcours de soins. Parallèlement il est aussi important et nécessaire d'éviter la stigmatisation du patient en tant que consommateur médical.

Il existe aujourd'hui différents moyens comme la téléconsultation, la régulation libérale des SAMU, l'orientation vers un médecin généraliste disponible permettant une orientation adaptée au degré d'urgence ressentie par le patient. De même les services proposés par les maisons médicales de gardes devraient être valorisés par les différents acteurs de soins (médecins traitants, pharmaciens, campagnes de santé publique) car nous constatons que ces systèmes sont méconnus du patient.

Les données de ce travail suggèrent une démarche globale d'éducation à la santé et aux nouveaux parcours de soins. Par ailleurs, un travail mettant en relation l'urgence ressentie et le diagnostic final serait intéressant afin d'évaluer la pertinence de la consultation aux urgences.


11 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) SFMU. Critères d'évaluation des services urgences [Internet] 2001 [consulté le 22/04/20]. Consultable sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf
- 2) CNRTL. Ressenti [Internet]. 2018 [Consulté le 18/04/20]. Consultable sur: <https://cnrtl.fr/definition/ressenti>
- 3) Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. Thèse de doctorat en médecine, Rennes: Université de Rennes; 2001.
- 4) Wolff V. Le sens de l'urgence à l'hôpital. Bioéthique Online. 2016;(37):1-15.
- 5) Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. 2020;29:449-64.
- 6) Caniard É. La place des usagers dans le système de santé. ADSP. 31 juin 2000;(31):3.
- 7) Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet] 2019 [Consulté le 02/02/20]. Consultable sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
- 8) Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique. 2004;16:1-55.
- 9) Comment travaillent les médecins généralistes ? Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes [Internet]. 2017 [Consulté le 12/03/20]. Consultable sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
- 10) Recueil de données touristiques du Bassin d'Arcachon en 2017 [Internet]. 2017 [Consulté le 29/01/20]. Consultable sur: <https://www.siba-bassin-arcachon.fr/sites/default/files/2017-10/Recueil%20de%20donn%C3%A9es%20tourisme%202017.pdf>..
- 11) Recueil de données touristique du Bassin d'Arcachon en 2014. [Internet]. 2014 [Consulté le 02/02/20]. Consultable sur: https://www.siba-bassin-arcachon.fr/sites/siba/files/recueil_de_donnees_tourisme_2014.pdf
- 12) ARS. Cartosante [Internet]. 2018 [Consulté le 15/03/20]. Consultable sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report>
- 13) ORUNA. Panorama et chiffres clés ORUNA 2018 [Internet]. 2019 [Consulté le 20/05/20]. Consultable sur: <https://www.oruna.fr/actualites/panorama-et-chiffres-cles-oruna-2018-0>
- 14) Yvon A. Les admissions aux urgences d'Arcachon. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux 2; 2015.
- 15) INED. Population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2019 [Internet]. 2019 [Consulté le 15/01/20]. Consultable sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-sexe-ages/>
- 16) DRESS. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières [Internet]. 2013 [Consulté le 12/02/20]. Consultable sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>
- 17) Lefort A. Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation en premier recours aux urgences ou en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine, Antilles: Université de Hyacinthe Bastarud; 2020.

- 18) Fourestié V, Roussignol E, Elkharrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades des urgences. Définition et reproductibilité. Dans Réanimation Urgence, volume 3. Elsevier Masson;1994. p. 573-578.
- 19) IPSOS Santé. Les situations d'urgence ressentie. Rapport de l'enquête auprès des Franciliens. [Internet]. 2008 [Consulté le 12/09/18]. Consultable sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_081127.pdf
- 20) DRESS. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? [Internet]. 2002 [Consulté le 10/03/20]. Consultable sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er167.pdf>
- 21) Polton D. Égalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins. Regards. 2016;50:35-5.
- 22) Bula C, Jaccard Ruedin H, Carron PN. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. Rev Med Suisse. 2012;8:1534-8.
- 23) Inspq. L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne ? [Internet]. 2007 [Consulté le 12/03/20]. Consultable sur : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/630-UrgenceHospitaliere.pdf>
- 24) Vingerhoets AJJM, Van Huijgevoort M, Van Heck GL. Leisure Sickness: A pilot study on its Prevalence, Phenomenology, and Background. Psychotherapy and Psychosomatics. 2002;71(6):311-7.
- 25) Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Informations sur la santé dans internet. Le Médecin de famille canadien. 2014;60:419-20.
- 26) HAS. Le patient internaute [Internet]. 2007 [Consulté le 19/04/20]. Consultable sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
- 27) DRESS. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [Internet]. 2003 [Consulté le 19/04/20]. Consultable sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>
- 28) Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ? Université Lyon III Jean Moulin. 2008; Lyon.
- 29) HAS. Urgences soins non programmées [Internet]. 2014 [Consulté le 26/04/20]. Consultable sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences_soins_non_programmes_-_guide_ev_v2014.pdf
- 30) Bouquin F. Identification des motivations des consultants aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Legouest. Thèse de médecine, Val de Grace Paris: Université de Lorraine; 2017.
- 31) Code de la Santé Publique. Article L2002-303 (version mis à jour au 1 janvier 2016).
- 32) INSEE. Consommation de soins et de biens médicaux. [Internet]. 2019 [Consulté le 29/03/20]. Consultable sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#tableau-figure1>
- 33) Fédération des Médecins de France. 10 propositions de la FMF.[Internet] 2016 [Consulté le 09/03/20]. Consultable sur: <https://www.fmfpro.org/10-propositions-de-la-fmf.html>

12 ANNEXES :

Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences d'Arcachon.

 <p style="text-align: center;">Questionnaire Inclusion</p>	<p>Age Sexe</p>
<p>1) Sur une échelle de 1 à 5, comment qualifiez-vous le degré d'urgence concernant la raison de votre passage aux urgences ?</p> <p>1. Pas d'urgence, nécessité d'un examen médical, pas d'inquiétude 2. Pas d'urgence, nécessité d'examens complémentaires, inquiétude modérée 3. Urgence médicale, danger à court terme, inquiétude élevée 4. Urgence médicale, danger de mort à court terme, inquiétude majeure 5. Urgence médicale vitale, danger de mort imminent</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>2) Avez-vous une hypothèse diagnostique concernant les symptômes que vous présentez ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>3) Avez-vous consulté des informations avant de consulter aux urgences ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Si oui : Où avez-vous trouvé ces informations ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Publicité/ média <input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Symptômes déjà ressentis <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Autres personnels de santé (autre que médecin)</p>
<p>4) Selon vous, pour un premier contact médical, quel délai nécessitez-vous ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Immédiat <input type="checkbox"/> < 6 heures <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> > 1 journée</p>
<p>5) Le motif de votre consultation est-il en rapport avec une douleur ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Si oui : Sur une échelle de 1 à 10 quel est le degré de votre douleur ? (0 = Pas de douleur, 10 = douleur maximale imaginable)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p>
<p>Si votre consultation est en rapport avec une douleur, avez-vous pris des médicaments contre la douleur ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> Dérivés codéines ou morphine <input type="checkbox"/> autres : ...</p>

6) Combien de temps s'est-il écoulé entre l'apparition des symptômes et la décision de consultation médicale ?	<input type="checkbox"/> < 1 heure <input type="checkbox"/> Entre 1 heure et 6 heures <input type="checkbox"/> Entre 6 heures et 12 heures <input type="checkbox"/> Entre 12 heures et 24 heures <input type="checkbox"/> > 24 heures
7) A quel moment de la journée, les symptômes ont-ils débuté ?	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Après midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit profonde
8) Quelle est la distance entre votre lieu de vie actuel et la structure de soins la plus proche ?	<input type="checkbox"/> < 5km <input type="checkbox"/> Entre 5 et 20 km <input type="checkbox"/> Entre 20 et 40 km <input type="checkbox"/> > 40 km
9) Avez-vous essayé de consulter votre médecin traitant avant de consulter aux urgences ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : Vous a-t-il orienté vers un service d'urgence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si non : Quelles sont les raisons de votre choix de consultation vers le service des urgences plutôt que chez un médecin généraliste ?</p> <p>(Plusieurs choix possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Cabinet médical fermé ou médecin traitant absent <input type="checkbox"/> Pas de médecin traitant <input type="checkbox"/> Consultation nécessitant un médecin urgentiste <input type="checkbox"/> Nécessité d'une prise en charge qui va au-delà des compétences d'un médecin généraliste <input type="checkbox"/> Facilité d'accès <input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires (radiographie, scanner, prise de sang, etc.) <input type="checkbox"/> Possibilité d'avoir recours à un spécialiste <input type="checkbox"/> Facilité de paiements <input type="checkbox"/> Autres :
10) Avez-vous contacté le numéro du 15 (SAMU) ou le 18 (POMPIER) avant de vous rendre aux urgences ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, le médecin du 15 ou du 18, vous a-t-il réorienté vers le service des urgences directement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11) Seriez-vous d'accord pour être pris en charge par un médecin généraliste à la filière de médecine générale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12) Résidez-vous dans la région ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Ce questionnaire est établi dans le cadre d'un projet de thèse en médecine générale dont le but est d'améliorer la prise en charge et l'orientation des patients se présentant aux urgences.

Toutes les données collectées seront anonymisées selon le protocole du Comité National de l'Informatique et des Libertés.

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des motivations de consultation aux urgences d'Arcachon

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (Infirmière + Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3a	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**	Dans les 24 heures	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis infirmière si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3b	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde	Dans les 24 heures	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	0%	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou MMG

Annexe 2 : échelle de triage IAO

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

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

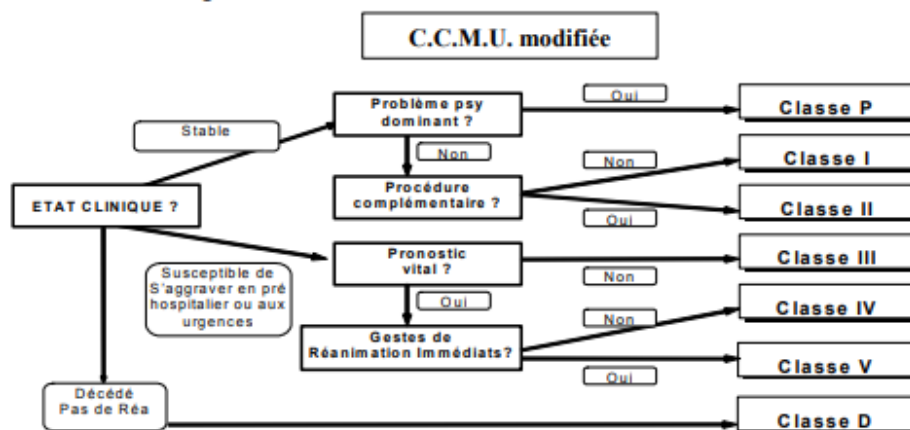
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les **procédures complémentaires** sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

Annexe 3 : échelle CCMU

13 SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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.

14 RESUME

Introduction : L'urgence peut-être définie comme « toute circonstance qui laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement » mais aussi comme un phénomène survenant de façon brutale et inattendue qui surprend et inquiète le patient. Le nombre de passages aux urgences est en augmentation constante, entraînant une stigmatisation du patient dont certains recours sont qualifiés d'inappropriés. L'objectif de ce travail est d'une part, de décrire les caractéristiques des patients consultant spontanément aux urgences, d'autre part, d'évaluer la relation entre l'urgence ressentie du patient et sa décision de consultation aux urgences.

Méthodes : Etude observationnelle prospective monocentrique incluant les patients majeurs ayant consulté spontanément au sein du service d'accueil des urgences du pôle de santé d'Arcachon entre le 15/08/2018 et le 07/09/2018. Une étude qualitative a été réalisée au préalable afin de réaliser un questionnaire et une échelle d'urgence ressentie, variant de 1 à 5, à remplir par le patient.

Résultats : Pour l'étude qualitative, 21 entretiens de patients ont été recueillis et 57% d'entre eux estiment que leur motif de consultation représente un danger. Dans l'étude quantitative, 482 patients ont été inclus. La moyenne d'âge est de 47 ans, avec 56% de femmes et 44% d'hommes. La majorité des patients réside dans la région (61%). 196 (41%) patients ont un degré d'urgence ressentie à 3. L'âge élevé, le sexe féminin, la douleur, le délai d'apparition des symptômes, la consultation d'informations médicales préalables et une hypothèse du diagnostic sont des facteurs influençant l'urgence ressentie de manière statistiquement significative ($p < 0,005$). Bien que l'urgence ressentie soit importante dans notre étude, 85% des patients estiment que leur motif de consultation pourrait être pris en charge par leur médecin traitant.

Conclusion : L'urgence ressentie par le patient est un facteur majeur dans sa prise de décision du lieu de consultation en soins primaires. Ce ressenti est subjectif et influencé par d'autres facteurs. Il apparait que les motivations des patients consultant aux urgences résultent parfois d'une méconnaissance du système de soins mais également d'une difficulté d'accessibilité aux soins dans un délai compatible avec l'urgence ressentie.

15 ABSTRACT

INFLUENCE OF THE EMERGENCY FELT IN THE ORIENTATION TOWARDS AN EMERGENCY CONSULTATION ON THE BASIN OF ARCACHON

Introduction: Emergency can be defined as "any circumstance that suggests a functional or vital risk if medical action is not taken immediately" but also as a phenomenon occurring suddenly and unexpectedly that surprises and worries the patient. The number of visits to the emergency department is constantly increasing, leading to a stigmatization of the patient, some of whose recourse is described as inappropriate. The objective of this work is to describe the characteristics of patients who consult the emergency department spontaneously and to evaluate the relationship between the urgency felt by the patient and the decision to consult the emergency department.

Methods: Monocentric prospective observational study including adult patients who consulted spontaneously in the emergency department of the Arcachon health centre between 15/08/2018 and 07/09/2018. A qualitative study was carried out beforehand in order to create a questionnaire and a scale of perceived urgency, varying from 1 to 5, to be filled in by the patient.

Results: For the qualitative study, 21 interviews of patients were collected and 57% of them considered that their reason for consultation represents a danger. In the quantitative study, 482 patients were included. The average age was 47 years, with 56% women and 44% men. The majority of patients reside in the region (61%). 196 (41%) patients have a perceived degree of urgency of 3. High age, female sex, pain, time to onset of symptoms, prior medical information, and a hypothesis of diagnosis are factors influencing the perceived urgency in a statistically significant way ($p < 0.005$). Although the perceived urgency is important in our study, 85% of patients felt that their reason for consultation could be managed by their general practitioner.

Conclusion: The urgency felt by the patient is a major factor in his decision of where to consult in primary care. This feeling is subjective and influenced by other factors. It appears that the motivations of patients consulting emergency departments are sometimes the result of a lack of knowledge of the health care system, but also of a difficulty in accessing care within a time frame compatible with the perceived urgency.

DISCIPLINE

Médecine générale

MOTS CLEFS

Urgence ressentie, degré d'urgence ressentie, consultation aux urgences, orientation médicale.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Université Bordeaux 2 – Victor Ségalen 146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex