Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 02 avril 2020 à Poitiers
par Melle Coralie SAVARIEAU

Analyse des consultations aux urgences du Centre Hospitalier de Rochefort bénéficiant d'un niveau de tri CIMU 4 ou 5 : s'agit-il réellement de consultations de médecine générale ambulatoire ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Yann BRABANT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Frédéric CERATI

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie **(absente jusque début mars 2020)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Dr Fréderic CERATI, pour son encadrement tout au long du déroulement de ma thèse. Je le remercie également pour sa gentillesse, sa disponibilité et son grand soutien surtout lors des moments de doute. Merci de m'avoir fait confiance pour l'élaboration de cette étude.

J'adresse mes remerciements au Dr ALLIX BEGUEC Caroline, responsable de l'unité de recherche clinique du centre hospitalier de la Rochelle, ainsi qu'à son équipe pour leur aide précieuse.

Je remercie Monsieur le Professeur Philippe BINDER qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Merci aux Dr Pierrick ARCHAMBAULT et Dr Yann BRABANT pour avoir également accepté d'être membre du jury.

Je remercie également toute l'équipe du service des Urgences du centre hospitalier de Rochefort pour leur implication et leur aide pour la réalisation de cette étude.

Merci aux Dr Commeignes, Dr D'Auzac, Dr Herrera, Dr Gaudin et Dr Gorry pour avoir accepté de participer à notre étude.

Un remerciement tout particulier à mon mari qui a été mon plus grand soutien et qui a toujours cru en moi. Merci d'être à mes côtés chaque jour.

Merci à ma fille Lisa, mon rayon de soleil, qui me comble de bonheur chaque jour et qui me permet d'avancer.

Merci également à mes parents, qui me soutiennent dans les bons et mauvais moments. C'est aussi grâce à vous que je vais pouvoir exercer ce métier passionnant.

Table des matières

I- Introduction 7

II- Généralités sur les urgences 8
1 : Définition de l'urgence 8
2 : Définition des services d'accueil et d'urgences 9
3 : Définition des maisons médicales de garde 10
4 : La permanence des soins 11
5 : Une fréquentation croissante 12

III- L'offre de soins du bassin Rochefortais 15
1 : La réforme Groupe Hôpital Territoire 15
2 : L'hôpital de Rochefort 16
3 : L'offre de soins sur l'île d'Oléron 19
4 : Les cliniques 19
5 : Les examens complémentaires 19
6 : Les médecins généralistes 19

IV- Objectifs 23

V- Matériel et méthodes 24
1- Type d'étude 24
2- Population 24
3- Méthode de recueil des données 24
4- Analyse statistique 25

VI- Résultats 26
1- Patients 26
A- Population inclus 26
B- Les données sociodémographiques 26
a- Sexe 26
b- Âge 26
c- Niveau d'étude 26
d- Activité professionnelle 27
e- Couverture sociale 27
f- Assurance complémentaire 28

g- Déclaration médecin traitant 28
C- Consultations aux urgences 29
a- Début des symptômes 29
b- Démarches effectuées avant de consulter aux urgences 29
c- Consultations antérieures aux urgences 30
d- Justification du recours aux urgences 30
e- Consultation avec un médecin généraliste 32
2- Médecins urgentistes 32
3- Médecins généralistes 34
4- Croisement des résultats 35
A- Avis médecins urgentistes et généralistes 35
B- Consultations injustifiées 35
C- Démarches effectuées 38

VII- Discussion 42
1- Données sociodémographiques 42
2- Objectif principal 42
3- Parcours de soins 42
4- Motifs de consultation 44
5- Solutions possibles 45
A- Éducation 45
B- Les gardes des médecins généralistes 45
C- Le médecin d'accueil et d'orientation 46
D- Les Maisons de Santé Pluridisciplinaire 46
E- Les soins non programmés 47
F- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé 47

VIII- Conclusion 48

IX- Annexes 49

X- Bibliographie 54

XI- Résumé 57

I- Introduction

Le nombre de consultations annuelles nationales aux urgences augmente sans cesse. Voilà le constat fait actuellement.
En effet, la Cour des comptes, en 2014, faisait cette analyse, portant essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation. Elle soulignait le rôle des services d'urgences dans la prise en charge des soins non programmés, devant une réponse insuffisante de la part de la médecine ambulatoire. La réorientation possible était à l'époque d'environ 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville, estimant une possible économie à environ 500 millions d'euros. Cependant, malgré la redéfinition du rôle des services des urgences dans le système de soins, ainsi que le renforcement de l'offre disponible en ville, la cour des comptes constate une sollicitation toujours importante des urgences engendrant des tensions fréquentes dans les établissements. (1) En effet, la croissance est de 3,5% de passages annuels en moyenne par an. En 2016, on observe 21,2 millions de passages au sein des services d'urgence, ce qui représente un coût de 3,1 milliards d'euros à la charge de l'assurance maladie et des autres financeurs. (2)

La majorité des passages sont évalués CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) 1 ou 2 et donc avec une pathologie stable, pour laquelle le pronostic vital ou un pronostic fonctionnel ne sont pas engagés.

La question qui se pose alors est de savoir les raisons qui ont poussées ces patients à consulter aux urgences. Cette étude vise à montrer la proportion de patients qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge extrahospitalière et les raisons les ayant amenés vers un parcours de soin inadapté.

II- Généralités sur l'urgence

1- Définition de l'urgence

Il existe une multitude de définition de « l'urgence » d'une personne à l'autre, variant en fonction de divers paramètres tels que la culture, le vécu, le ressenti, ….
Une étude de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) (3) souligne la variabilité de la définition du recours non pertinent aux services d'urgences selon les pays. Ainsi, dans certains États comme la Belgique, le passage aux urgences n'est considéré comme approprié que dans les cas où le patient y est adressé par un médecin généraliste ou par un centre de régulation médicale. Le critère premier y est donc celui de la bonne intégration dans le parcours de soins.

Selon le dictionnaire de l'Académie de médecine(4), l'urgence est « Dans le domaine médical, une situation d'un patient à soigner sans délai ».
Il y est décrit différents types d'urgence :

- « L'urgence absolue » qui correspond à une situation de détresse vitale,
- « L'extrême urgence » (urgence immédiate) qui évolue très vite vers l'urgence absolue.
- « L'urgence relative » qui peut attendre
- « L'urgence potentielle » qui nécessite seulement une surveillance attentive.

Selon le Dictionnaire Larousse(5), l'urgence est une « Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement ».

Pour l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) « Est considérée comme urgence tout ce qui est ressenti par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard. »

Le livre blanc édité par l'association Samu-Urgences de France (3) l'exprime en ces termes : « l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé ».

Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) distingue, quant à lui, cinq niveaux d'urgence selon la gravité de l'état :

- Niveau 1 : pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence.
- Niveau 2 : le pronostic vital n'est pas engagé, le pronostic est stable mais nécessité d'un plateau technique.
- Niveau 3 : pronostic incertain et instable, nécessite l'accès rapide à un plateau parfois spécialisé.
- Niveau 4 : pronostic vital engagé et nécessité d'une intervention immédiate et mise en alerte du SMUR.

- Niveau 5 : situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR.

Cette définition en cinq stades se rapproche de celle de la Classification Clinique des Malades Urgents (C.C.M.U) (6) :

- 1 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade. Abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutique.
- P : Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable.
- 2 : État lésionnel ou pronostic jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade et/ou d'actes thérapeutiques.
- 3 : État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital.
- 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation dès l'entrée aux urgences.
- 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences.
- D : Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences. (7)

- La classification GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) quant à elle est essentiellement utilisable comme un indicateur qualitatif de parcours de soins à travers la filière urgence. (Annexe 1)

Cela souligne bien la difficulté à distinguer l'urgence médicalement justifiée de l'urgence ressentie, ou simplement de l'urgence constituée par l'absence de solution identifiée de prise en charge alternative. Il n'existe donc pas de gold standard pour définir l'urgence.

2- Définition des structures des urgences

Le décret du 22 mai 2006 réglementant les urgences hospitalières, faisant suite à ceux de 1997, supprime les appellations SAU (service d'accueil des urgences), UPATOU (unité de proximité d'accueil des urgences) et POSU (pôle spécialisé) pour laisser la place aux "structures des urgences". (8)

Celui-ci rappelle tout d'abord les différentes modalités d'exercice de la médecine d'urgence : régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU), structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et/ou structure des urgences.

Pour disposer d'une structure des urgences, chaque établissement doit posséder des lits d'hospitalisation complète en médecine et disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention avec un autre établissement de santé, avec un cabinet d'imagerie ou avec un laboratoire d'analyses de biologie médicale de ville, ou dans le cadre du réseau mentionné à l'article R. 6123-26.

Le décret précise que l'effectif de la structure des urgences doit comprendre "un nombre de médecins et d'infirmiers suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence", et, si l'activité le justifie, un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge. Son rôle est d'effectuer une classification clinique à l'arrivée selon une grille validée (exemple Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) (Annexe 2), notifier les antécédents ainsi que les traitements actuels du patient, réaliser une évaluation rapide de l'état du patient afin de l'orienter au mieux ainsi que dispenser les premiers soins tels que la prise en charge de la douleur.

Au sujet des infrastructures, ces services doivent disposer d'une salle d'accueil préservant la confidentialité, d'un espace d'examen et de soins, d'au moins une salle des urgences vitales et d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits. Les locaux doivent également être adaptés pour l'accès des personnes handicapées, pour les personnes gardées à vue ainsi que pour accueillir des patients arrivant en masse. (9)

3- Définition des maisons médicales de garde

Une maison médicale de garde (MMG) est un lieu fixe de consultations de médecine générale non programmées fonctionnant uniquement aux heures de permanence des soins.

Son accès est de préférence régulé par le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) répondant au numéro d'appel unique « 15 ». Toutefois, un accès direct est possible selon la situation locale.

Il est recommandé que la MMG soit localisée dans une enceinte hospitalière ou à côté d'une structure d'urgences.

Selon la circulaire du 23 mars 2007, une MMG doit répondre à un besoin identifié et fonctionner sur la base d'un cahier des charges définit par la MRS (Mission Régionale de Santé), remplacée depuis 2009 par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Elle doit également signer une convention avec la ou les structures d'urgences hospitalières de proximité pour définir l'offre de soins respective et assurer une bonne coordination entre les deux structures.

Les MMG sont financées majoritairement par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) ainsi que par les partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, comme les collectivités locales. (10)

4- La permanence des soins

La permanence des soins est une mission de service public inscrite dans la loi. Il s'agit d'un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés lorsque les cabinets médicaux sont fermés (la nuit, les weekends et les jours fériés).

Elle est de deux types :

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA) : les effecteurs sont les médecins libéraux qui assurent des actes médicaux non programmés en dehors des horaires d'ouverture usuels des cabinets médicaux (la nuit de 20h à 8h, les week-ends et jours fériés).
- La permanence des soins en établissement de santé : il s'agit de l'accueil et/ou de la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents dans ces mêmes établissements de santé.

L'accès au médecin de garde se fait via la régulation médicale téléphonique par le numéro national d'aide médicale d'urgence 15 ou par un numéro d'appel national gratuit de permanence des soins ambulatoires selon l'article 75 de la loi de modernisation de notre système de santé, votée en 2016 (11).

Les tours de garde sont mis en place entre médecins installés volontaires selon une répartition territoriale par Secteurs. Ceux-ci sont définis par un cahier des charges, rédigé par l'ARS de chaque région, en partenariat avec le Conseil Département de l'Ordre des Médecins d'une part et le CODAMUPS-TS (Conseil Départemental De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports sanitaires) d'autre part (12).

Le tableau de garde est établi au niveau départemental, sous la supervision de l'ARS créée depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009 (13).

De 2013 à 2014, on observe une diminution de 3% du nombre de territoires de santé en France (soit pour des questions budgétaires, soit pour maintenir la permanence des soins dans des zones sous-médicalisées). (14)

De 2012 à 2014, on constate une augmentation de 12 % des territoires sans effection médicale après minuit avec une stagnation du nombre de maison médicale de garde

(367 en 2012 contre 414 en 2014). De plus pendant cette période, le nombre de volontaires a diminué de 10 %.(14)

En ce qui concerne la Charente Maritime, l'association AMERLI 17 (Association des Médecins Régulateurs Libéraux de Charente Maritime) organise l'activité de régulation médicale libérale en collaboration avec le CRRA du SAMU Centre 15.

Depuis le 1er janvier 2019, le nombre de territoire est passé de 17 à 9 pour la Charente Maritime, avec deux territoires sur la période 0h-8h :

- Secteur 17-01 : La Rochelle/Aigrefeuille/Aunis verte
- Secteur 17-01bis : Ré
- Secteur 17-02 : Île d'Oléron
- Secteur 17-03 : Jonzac/Archiac/Mirambeau/Saint Genis de Saintonge
- Secteur 17-04 : Île d'Aix
- Secteur 17-05 : Grand Rochefort/Marennes/Saint Agnant
- Secteur 17-06 : Royan/Presqu'île d'Arvert/Saujon Cozes Mortagne
- Secteur 17-06bis : Presqu'île d'Arvert
- Secteur 17-07 : Saint Aigulin-trois monts
- Secteur 17-08 : Angerien
- Secteur 17-09 : Saintes

L'effection se fait en point fixe de garde pour chaque secteur.

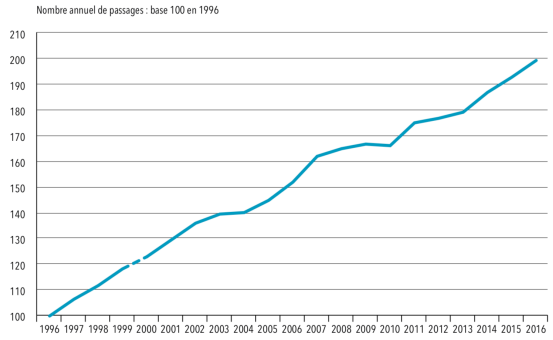
En ce qui concerne le secteur du Grand Rochefort/Marennes/Saint Agnant, l'effection se fait à la maison médicale de garde au sein des Urgences du CH de Rochefort, les samedis de 15h à 19h, les dimanches et jours fériés de 9h à 12h et de 15h à 19h.

Depuis 2019, il existe une PDSA dans les locaux de la maison médicale de garde des Urgences de Rochefort, de 20h à 23h, assurée par l'association médicale « SOS Médecins ».

5- Une fréquentation croissante

Selon la DREES, en 2016, 719 structures des urgences situées dans 641 hôpitaux, cliniques et établissements privés à but non lucratif ont enregistré 21 millions de passages, soit une nouvelle progression de 3,5 % par rapport à 2015.
Depuis 1996, on observe une croissance de 3,5% en moyenne du nombre de passages aux urgences par année. En 20 ans, le nombre de passages a été multiplié par 2.
Il est à noter que cette croissance intervient à nombre de structures quasiment inchangé, puisque l'on recense 719 services d'urgences en 2016, contre 736 en 2013.(2)

Graphique 1 **Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996**



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996-2016, traitements DREES.

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 29 000 patients par an (26 000 en moyenne dans les services pédiatriques et 29 800 pour les urgences générales). Les petites unités sont les plus nombreuses. En effet, 20% des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et 63% moins de 30 000. 22% des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42% de l'ensemble des passages.

Tableau 2 **Nombre de passages aux urgences en 2016 selon le statut et l'autorisation**

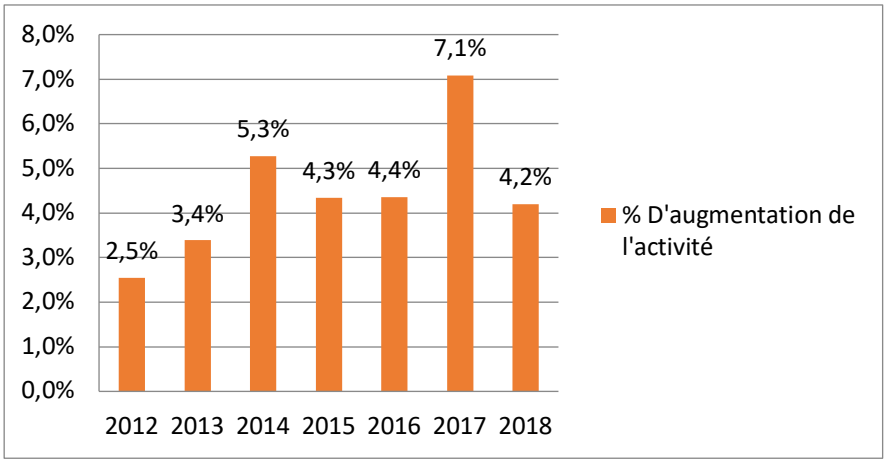
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)
Structures générales	**11 155 951**	**3,5**	**778 779**	**5,7**	**2 765 332**	**5,2**	**14 700 062**	**3,9**
Structures pédiatriques	**637 875**	**2,3**	**58 955**	**-1,3**	**0**	**-**	**696 830**	**2,0**
Structures générales et pédiatriques	**5 342 240**	**2,4**	**252 480**	**2,7**	**0**	**-**	**5 594 720**	**2,4**
urgences générales	3 716 193	2,0	152 715	2,9	0	-	3 868 908	2,1
urgences pédiatriques	1 626 047	3,3	99 765	2,4	0	-	1 725 812	3,2
Ensemble	**17 136 066**	**3,1**	**1 090 214**	**4,6**	**2 765 332**	**5,2**	**20 991 612**	**3,5**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2015-2016, traitements DREES.

90 % des villes de plus de 100 000 habitants sont couvertes par SOS Médecins, il n'en va pas de même en zone rurale. À cet état de fait s'ajoute l'érosion du volontariat des médecins libéraux pour assurer les gardes, que l'on constate en zone rurale comme en zone urbaine. (2)

Au sein du service des urgences de Rochefort, de 2011 à 2018, on constate en moyenne une augmentation de 4,4 % du nombre de passages par an.
Entre 2011 et 2018, le nombre de passages est passé d'une moyenne de 76,7 passages par jour à 104 passages par jour soit une augmentation de 35,6% en 7 ans, avec une élévation de nombre de passages sur les périodes épidémiques et estivales.

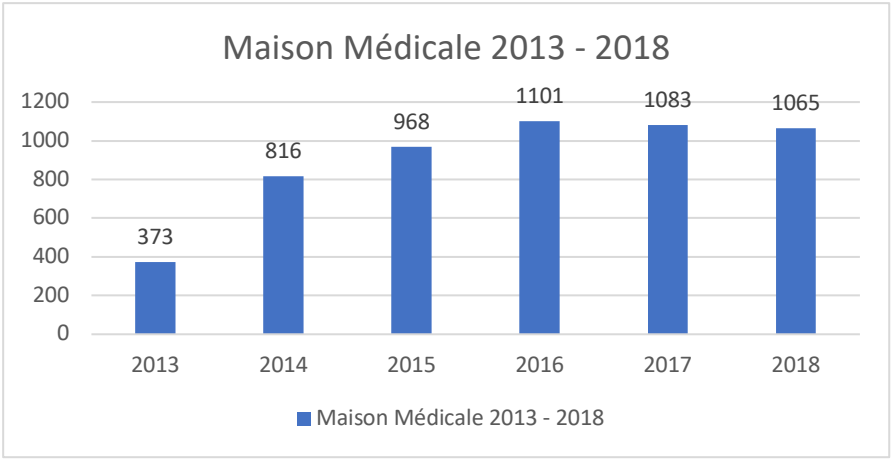
Pourcentage d'augmentation de l'activité des Urgences du Centre Hospitalier de Rochefort entre 2011 et 2018



Source : Extraction des données d'activité, Système d'information hospitalière CROSSWAY®

De 2013 à 2018, on constate également une augmentation du nombre de passages au sein de la maison médicale de garde qui se situe au niveau des urgences. En effet, le nombre de passages est passé de 373 en 2013 à 1065 en 2018 soit une augmentation de 185,5% avec stabilité du nombre de passages depuis 2016 (1101 à 1065).

Nombre de consultations à la maison médicale des Urgences du Centre Hospitalier de Rochefort de 2013 à 2018



Source : Extraction des données d'activité, Système d'information hospitalière CROSSWAY®

III- L'offre de soins au sein du bassin Rochefortais

1- La réforme GHT (Groupement Hospitalier de Territoire)

Depuis de nombreuses années, l'état a pour objectif de créer des coopérations entre les différentes structures médicales d'un même territoire, comme en témoignent les modifications législatives intervenues depuis la création de ces différentes structures :

- **Loi du 31 juillet 1991** : création de la Fédération Médicale Inter-hospitalière (FMIH)
- **Ordonnance du 24 avril 1996** : création du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)
- **Loi du 21 juillet 2009** : création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)
- **Loi du 26 janvier 2016** : création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

L'article L6132-1 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit que le GHT « a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une Egalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité »(15).

D'après l'arrêté du 1er juillet 2016 de l'ARS-NA (Nouvelle Aquitaine), le groupement hospitalier de territoire Atlantique 17 est composé du groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, du centre hospitalier de Rochefort, du centre hospitalier de Marennes et du centre hospitalier d'Oléron (16).
Cette coopération a débutée tout d'abord par l'installation d'une gouvernance commune et la mise en œuvre d'un projet médical commun 2014-2018, continuité et extension au territoire du projet médical 2010-2015 qui unissait le GHLRRA et le Centre Hospitalier de Rochefort (15).

Plus de 30 médecins sur 15 spécialités partagent leur temps entre les différents établissements de la GHT pour donner vie à ce projet médical.

L'objectif de ce projet médical est :

- de consolider la mise en œuvre de filières de soins graduées et territorialisées qui facilitent le parcours patient,

- de développer une offre de consultations avancées qui renforce la proximité de l'offre de soins,

- de développer une offre de recours en médecine, chirurgie et obstétrique sur La Rochelle et une offre de proximité sur Rochefort en étoffant les équipes médicales communes,

- de développer des consultations avancées sur Oléron,

- de renforcer des soins de suites, des soins de longue durée et la qualité de l'hébergement avec le déploiement de la filière gériatrique,

- de consolider le maillage territorial de l'offre en santé mentale et de la liaison entre les trois secteurs psychiatriques du territoire (17).

Le projet médical partagé du GHT, dans la continuité du travail engagé, vise à permettre aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

2- L'hôpital de Rochefort

Le centre hospitalier de Rochefort est composé :

- ❖ D'un pôle d'activités de cardiologie, de pneumologie, d'urgences et de consultations avec :
  - Un service d'accueil des urgences comprenant 15 salles de soins dont :
    - 5 salles d'examen de consultation en circuit long,
    - 4 salles d'examen de consultation en circuit court (dont une salle de plâtre, une salle de suture et une salle de dégravillonnage)
    - 4 salles de consultation en circuit pédiatrique
    - 2 Salles d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)
    - Une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)
    - Une filière ambulatoire depuis Mars 2018.
  - Un service de surveillance médicale continue comprenant 8 lits.
  - Une unité d'hospitalisation de très courte durée comprenant 9 chambres individuelles avec possibilité d'en doubler 8 d'entre elles en période de grande affluence.
  - Un service de cardiologie
  - Un service de pneumologie
  - Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

- ❖ D'un pôle femme-enfant :
  - Un service de néonatalogie, avec unité Kangourou
  - Une maternité de niveau IIA
  - Un service de pédiatrie générale

- Un service de gynécologie-obstétrique

❖ D'un pôle médecine :
- Un service de médecine aiguë gériatrique
- Un service de médecine polyvalente
- Un service de médecine interne et hématologique
- Une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (UCSA)
- Un centre gratuit d'information, de dépistage et diagnostic : devenu CEGIDD
- Des consultations de maladies infectieuses
- Une équipe mobile d'évaluation gériatrique
- Une unité de médecine ambulatoire

❖ D'un pôle des chirurgies et d'hépato-gastro-entérologie :
- Un service d'orthopédie-traumatologie
- Un service de chirurgie digestive avec chirurgie bariatrique
- Un service d'urologie
- Un service d'hépato-gastro-entérologie
- Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA)
- Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

❖ D'un pôle de gérontologie :
- Un hôpital de jour gériatrique
- Un service de médecine gériatrique spécialisée
- Une unité de soins de longue durée
- Un service de soins de suite et de réadaptation et état végétatif chronique
- Un EHPAD et accueil de jour gériatrique

❖ D'un pôle médico-technique :
- Un laboratoire avec biologie, hématologie et dépôt de sang
- Un service d'imagerie avec Scanner, IRM, échographie, Radiographie conventionnelle, mammographie
- Une pharmacie à usage interne (PUI)
- Un service de stérilisation

❖ D'un pôle plateau technique chirurgical :
- 8 Blocs opératoires dont 2 pour l'obstétrique, l'ophtalmologie et la cardiologie.
- Un service de chirurgie ambulatoire
    - Gynécologie
    - Traumatologie-orthopédie
    - Urologie
    - Chirurgie générale et digestive
    - Ophtalmologie

- Endoscopies digestives

- Autres :
  - Une équipe mobile de soins palliatifs
  - Un service de consultations d'algologie et hypno-analgésie
  - Un centre médico-psychologique

Le centre hospitalier de Marennes est rattaché à l'hôpital de Rochefort. Il comprend une unité de soins de suite et de réadaptation ainsi qu'un EHPAD (18).

Le service des urgences est composé de quatre médecins par jour :

- 2 médecins aux urgences 24h/24
- 1 médecin au SMUR 24h/24
- 1 médecin de filière ambulatoire de 10h00 à 20h00

Il y a également quatre infirmiers(ères) et deux aides-soignants(tes) la journée :

- 2 infirmiers(ères) aux urgences 24h/24
- 1 IOA (Infirmier d'Organisation de l'Accueil) 24h/24
- 1 infirmier(ère) au SMUR 24h/24
- 2 aide soignants(tes) 24h/24
- 1 ambulancier SMUR 24h/24
- 1 binôme Infirmier / Aide-Soignant 24h/24 pour l'UHCD

L'équipe soignante du SMUR (Médecin, Infirmier et Ambulancier) est mutualisée avec les activités des urgences et n'est pas exclusivement détachée pour les missions de SMUR, qui restent prioritaires sur leur activité.

Le service est assuré 24h/24h et accueille toutes les pathologies médico-chirurgicales adultes, psychiatriques adultes ainsi que la traumatologie pédiatrique.
Le service des urgences pédiatriques gère quant à lui toutes les autres pathologies pédiatriques jusqu'à 18 ans de 13h à 23h00. En dehors de ces horaires, ce sont les médecins urgentistes qui prennent en charge les pathologies médicales pédiatriques.

Le service de gynécologie-obstétrique possède une unité d'urgence. Ce service gère directement toutes les pathologies de grossesse à partir de la douzième semaine.

Un infirmier(ère) d'accueil et d'orientation oriente les patients selon leur motif de consultation : filière longue, courte ou ultra-courte.
La prise en charge des patients est organisée autour d'un dossier informatisé via le logiciel métier (Urqual®).

On retrouve également une maison médicale de garde au sein des urgences les samedis de 15h à 19h et les dimanches et jours fériés de 9h à 12h puis de 15h à 19h.

Il y a également une permanence assurée par SOS médecins tous les soirs de la semaine de 20h à 23h, à l'exception des jours fériés et jours de pont.

3- L'offre de soins au sein de l'île d'Oléron

- L'hôpital de Saint Pierre d'Oléron comprend :
  - Un service de médecine, de soins de suite et de rééducation
  - Un hôpital de jour gériatrique
  - Un EHPAD
  - Un accueil de jour
  - Des consultations d'orthopédie, de pneumologie, de gynécologie, d'urologie et d'ORL
  - Une maison médicale de garde les soirs de 21h à minuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. L'accès se fait via le 15. (19)
- Un EHPAD à Saint Georges d'Oléron (18)

4- Les cliniques

Il n'y a pas de clinique sur le secteur de Rochefort.
En revanche sur le secteur de la Rochelle on en dénombre deux qui ne possèdent pas de service d'accueil d'urgence. On retrouve cependant un service « La Rochelle Assistance main » pour les prises en charge urgentes à la clinique de l'Atlantique de Puilboreau (20) et une maison médicale de garde à la clinique du Mail, qui gère les prises en charge relatives à la traumatologie ainsi que les petites urgences médico-chirurgicales telles qu'un abcès ou un ongle incarné du lundi au vendredi de 9h à 20h.(21)

5- Les examens complémentaires

Le groupe IRSA (Imagerie et Radiologie Spécialisées d'Aunis) propose 2 sites sur Rochefort :

- À l'hôpital
- Au niveau du centre-ville

Et 4 sites sur la Rochelle :

- Au niveau de l'hôpital
- Au centre de l'Aurore

- Au sein de la clinique de l'Atlantique à Puilboreau
- Au sein de la clinique du Mail.

L'organisme pratique les imageries suivantes :

- Radiologie pédiatrique
- Imagerie cardiaque
- Echographie
- Radiologie générale
- Imagerie viscérale
- Imagerie thoracique
- Imagerie ostéoarticulaire
- Imagerie gynécologique
- Imagerie interventionnelle
- Imagerie neurologique
- Imagerie du sportif
- Sénologie
- Ostéodensitométrie
- Imagerie ORL (22)

On trouve d'autres centres de radiologie privée :

- A Saint Martin de Ré : radiologie générale, mammographie, Echographie-Doppler
- A Surgères : Radiologie générale, Echographie.
- A Dolus d'Oléron : radiologie générale, échographie.

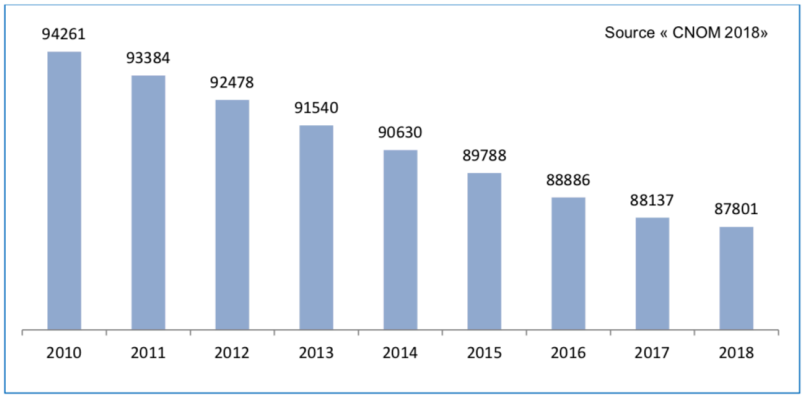
Cet organisme propose une adresse mail pour les professionnels de santé libéraux ayant besoin d'un examen d'imagerie rapide, ce qui permet d'obtenir une imagerie rapidement sans passer par les urgences.

On dénombre également plusieurs laboratoires d'analyses médicales sur les secteurs de Rochefort et la Rochelle, faciles d'accès.

6- Les médecins libéraux

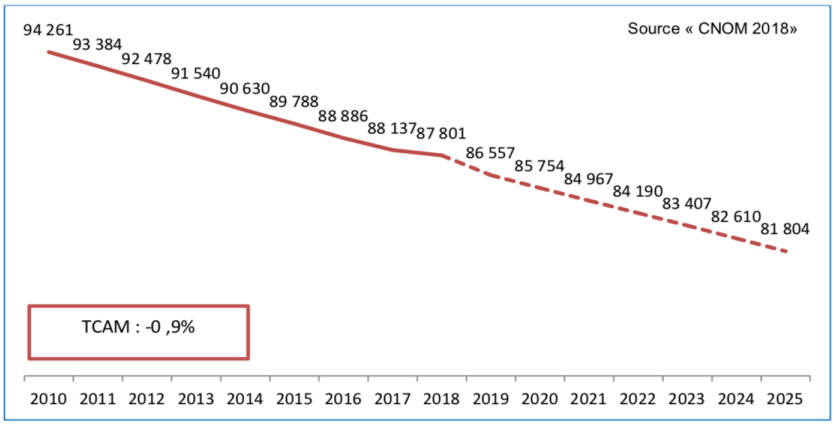
En 2018 on recense 296 755 médecins inscrits au conseil de l'ordre soit 2% de plus qu'en 2017 (5781 médecins en plus) et 12% de plus qu'en 2010 (35 377 médecins en plus). Seulement 217 107 médecins sont actifs (en activité totale) dont 87 801 médecins généralistes en activité régulière soit 7% de moins qu'en 2010 et 0,7% de moins qu'en 2017.(23)

: Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)



La tendance à la baisse à de fortes probabilités de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière. (23)

: Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



Depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (-3,5 points) au profit de l'exercice salariat (+4 points) pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours.(23)

On retrouve 43% de femmes et 57% d'hommes avec un âge moyen de 57 ans et un vieillissement de l'âge des médecins. En effet 41 % ont plus de 60 ans et seulement 18% ont moins de 40 ans. (24)
Il est important de noter également le vieillissement de la population générale sur la période 2010-2018. En effet, les 60 ans et plus ont augmenté de 1 à 4 % selon les départements par rapport à l'ensemble de la population française (25% de la population a 60 ans et plus). (23)

Au 1er janvier 2019, on retrouve 1638 médecins généralistes inscrits à l'ordre des médecins de Charente maritime. Ce chiffre est en constante augmentation chaque année. On peut donc considérer que nous nous trouvons dans une zone avec une densité médicale importante.(25)
Rochefort à une densité de 18 médecins généralistes pour 10 000 habitants sachant que la médiane nationale est de 8,9.

Le bassin de vie Rochefortais compte 25 communes. Celui de la Rochelle 31.
On dénombre 151 médecins généralistes en 2019 sur le bassin de vie de Rochefort.(25)

On retrouve un taux de variation de la population important sur le secteur de la Charente maritime avec + 4,7% en 2019. Ceci est à mettre en contraste avec la forte disparité au sein de la France (maximum de + 14,6% pour la Guyane et minimum de - 3,3% pour le Vaucluse).(25)

IV- Objectifs

L'objectif de cette étude est de déterminer la proportion de consultations dans le service d'urgence de Rochefort qui auraient pu bénéficier d'un parcours de soins extrahospitalier parmi les patients classés CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) 4 ou 5.
La proportion de patients qui aurait techniquement pu bénéficier d'une consultation au cabinet du médecin généraliste sera déterminée selon l'avis du médecin généraliste.

Les objectifs secondaires seront de :
- Caractériser les facteurs qui ont conduit à ces consultations aux urgences.
- Comparer l'analyse de ces consultations entre médecins hospitaliers du service des urgences et médecins généralistes extrahospitaliers.

V- Matériel et méthode

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique non interventionnelle, descriptive, prospective et monocentrique.

2- Population

Nous incluons tous les patients consultant aux urgences de Rochefort et classé CIMU 4 ou 5 par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Un questionnaire (Annexe 3) leur est remis à l'entrée par l'infirmier(ère) organisatrice de l'accueil. Celui-ci peut être rempli par eux-mêmes, par un accompagnant s'ils sont dans l'incapacité de le remplir eux même ou par un parent si le patient est un mineur.
Les critères de non inclusion sont l'absence de capacité à comprendre la langue française et le refus de participation à l'étude.
Le nombre de patients à inclure, visé initialement, est de 400 sur une durée de 15 jours.

3- Méthode de recueil des données

Les patients, accompagnants de personnes en incapacité d'exprimer leur consentement ou les parents de patients mineurs ayant accepté de participer complèteront le questionnaire « usager » (Annexe 4) avec ou sans l'aide de l'infirmière d'accueil.

Après examen, le médecin urgentiste complètera le questionnaire « urgentiste » (Annexe 5).

En aveugle de l'avis de l'urgentiste, le dossier de passage du patient sera codé de façon anonyme et transmis à un médecin généraliste ayant accepté de contribuer à l'étude et qui répondra au questionnaire « médecin généraliste » (Annexe 6). 5 médecins généralistes thésés ont participé à l'étude. Les dossiers leur ont été donnés de façon aléatoire.

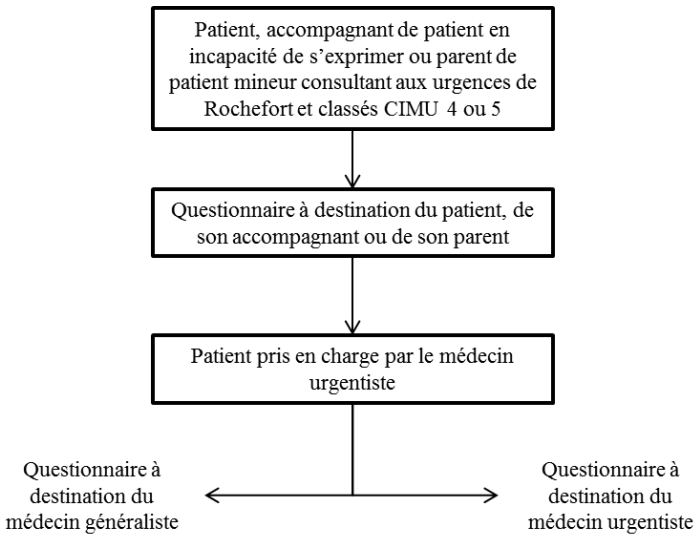


Figure 1. Schéma de l'étude

4- Analyse statistique

L'analyse des questionnaires a été faite via le logiciel Sphynx®. Les données anonymes ont été recueillies via le logiciel Microsoft Excel.
Une analyse descriptive des résultats sera réalisée.
La concordance d'avis des médecins urgentistes et des médecins généralistes est déterminée par calcul du coefficient de kappa.

VI- Résultats

1- Patients

A- Population incluse

Le recueil de données a été réalisé du 25 mars au 07 avril 2019, 24h/24h.

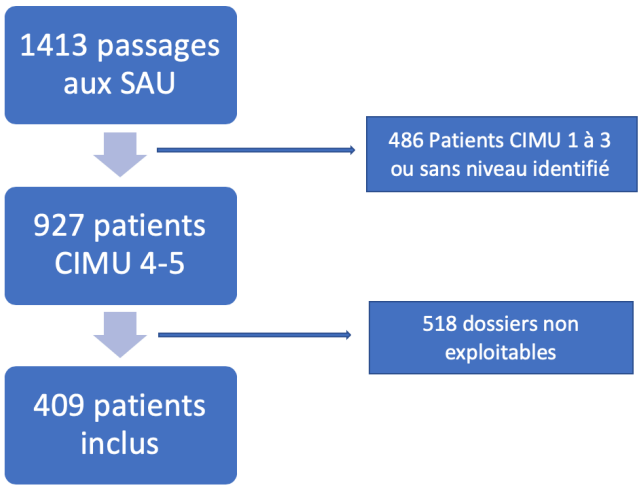


Diagramme des flux

B- Les données sociodémographiques

a- Sexe

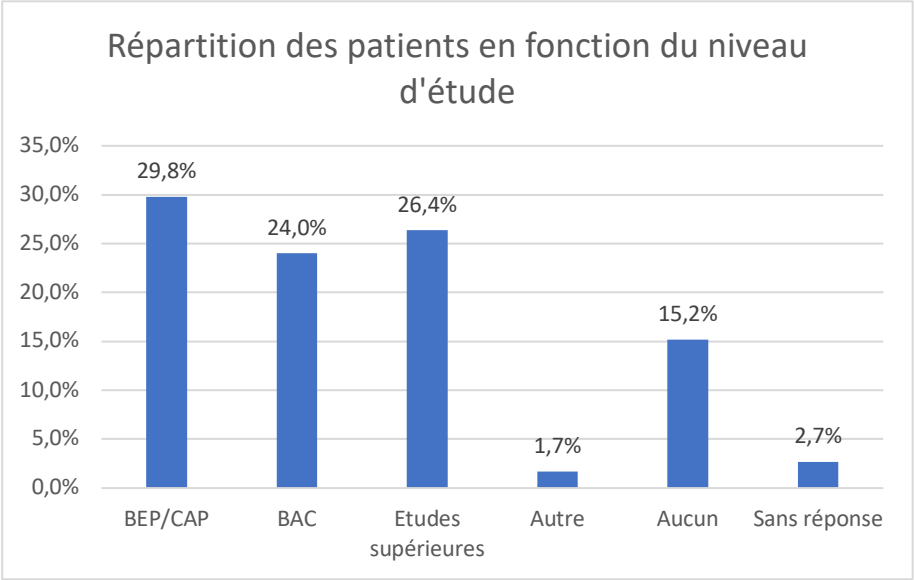
234 femmes et 172 hommes ont été inclus (3 dossiers sans réponse) soit un sexe ratio homme/femme de 0,74.

b- Age

La moyenne d'âge est de 39,85 ans avec une médiane à 38 ans.

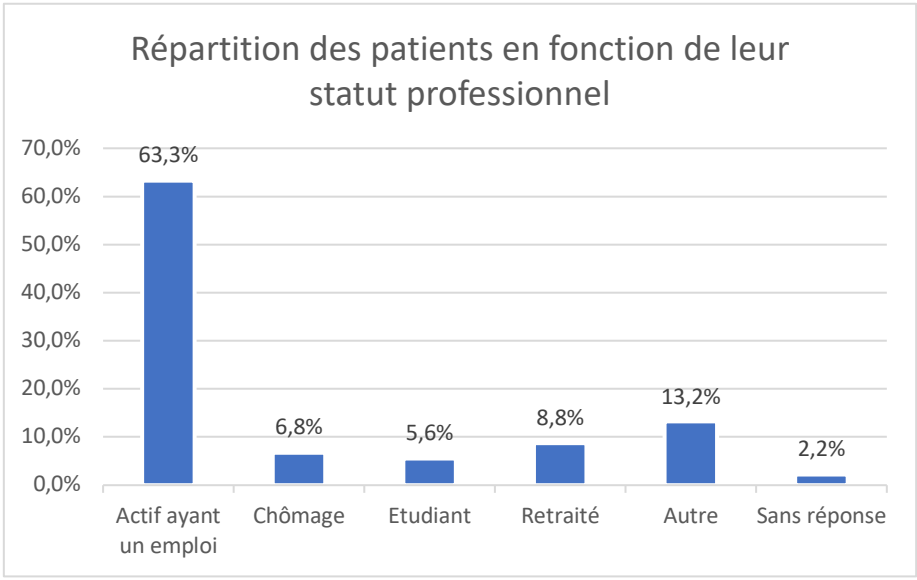
c- Niveau d'étude

Nous observons que la moitié des patients ont un niveau BAC ou supérieur. Dans la rubrique « Autre » on retrouve principalement le niveau brevet des collèges.



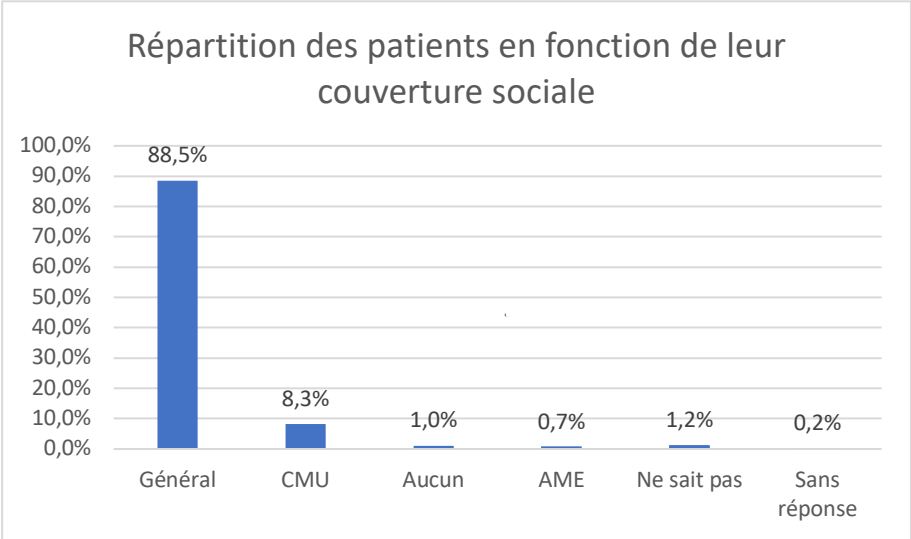
d- Activité professionnelle

Presque deux tiers des patients étaient des actifs ayant un emploi.
Dans la rubrique « Autre » on retrouve les motifs arrêt maladie, congé parental, invalidité et sans emploi (en dehors du chômage).



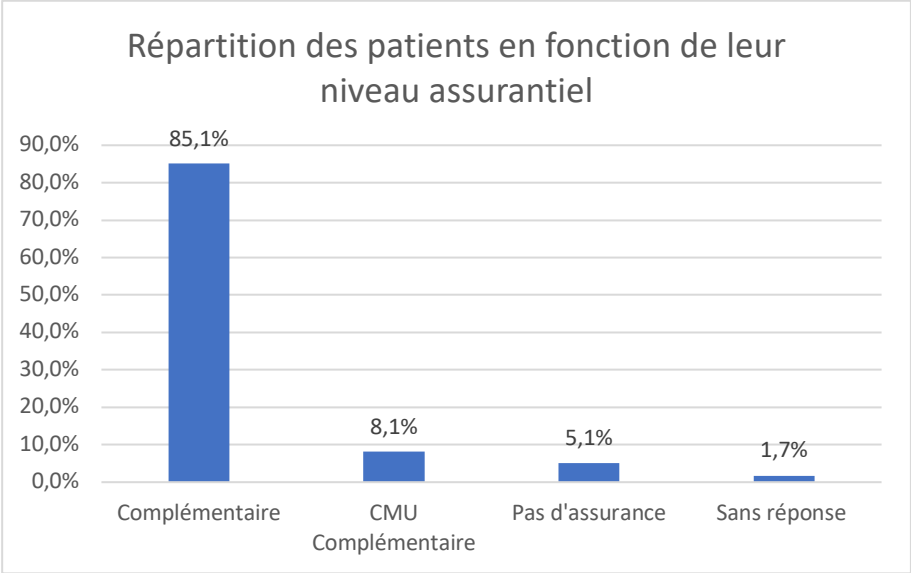
e- Couverture sociale

La très grande majorité des patients étaient couverts par le régime général de la sécurité Sociale.



f- <u>Assurance complémentaire</u>

Plus des trois quarts des patients possédaient une assurance complémentaire personnelle.



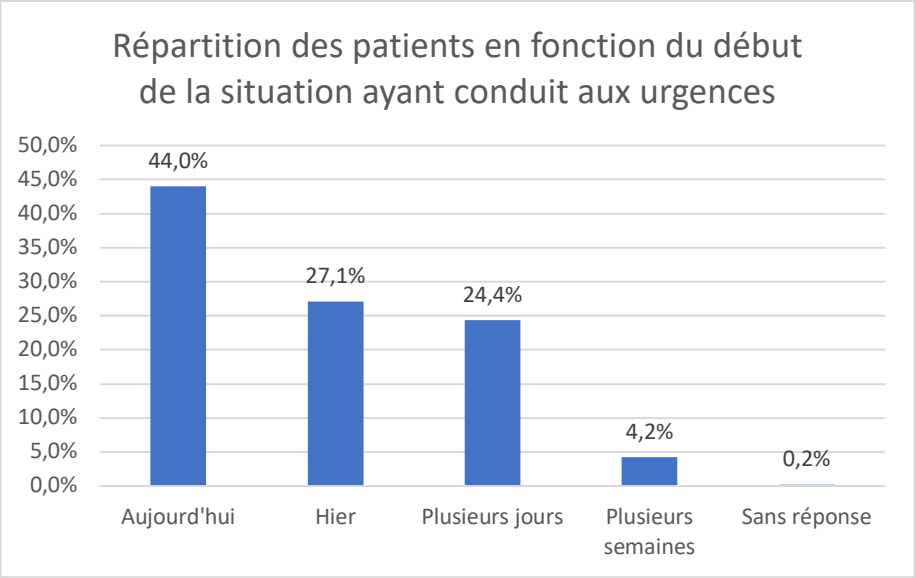
g- <u>Déclaration médecin traitant</u>

376 patients déclaraient avoir un médecin traitant contre 24 patients qui n'en possédaient pas (9 réponses manquantes), soit respectivement 92% et 6%.

C- Consultation aux urgences

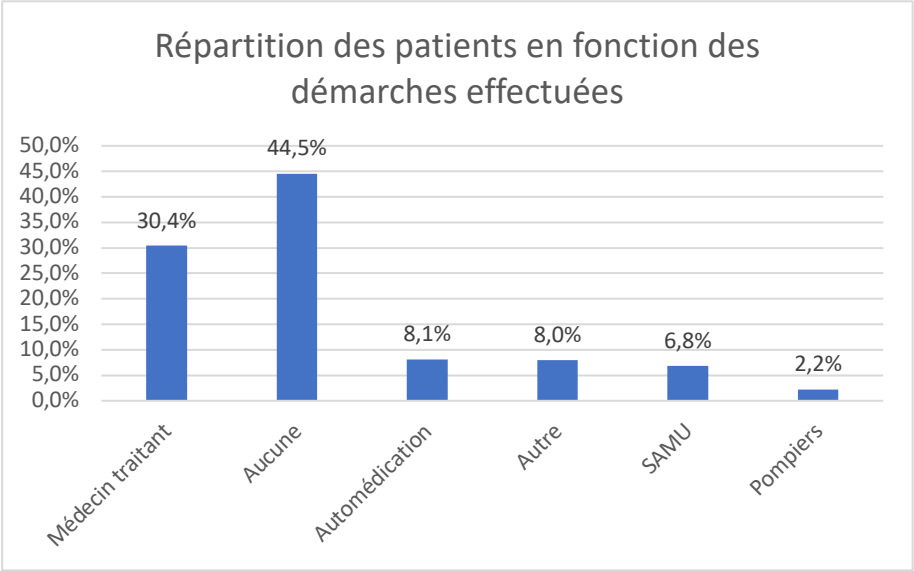
a- Début des symptômes

44 % des patients ont consulté aux urgences le jour même de l'apparition de leurs symptômes. Il n'y avait qu'une réponse manquante à cette question.



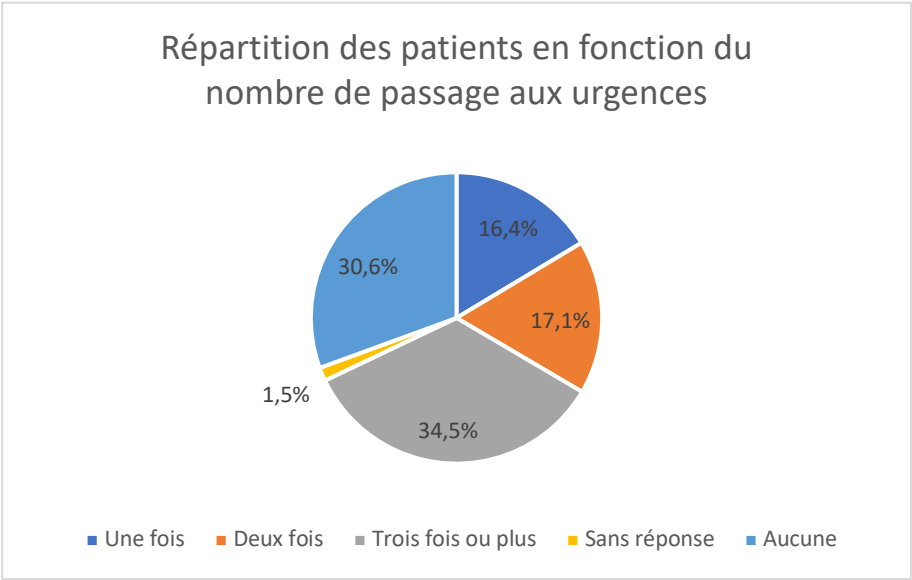
b- Démarches effectuées avant de venir consulter aux urgences

On observe que plus de la moitié des patients ont effectué des démarches avant de venir consulter aux urgences : 30,4% qui ont contacté leur médecin traitant et presque 40 % ont réalisé une démarche médicale.
Plus de 4 patients sur 10 ont consulté directement aux urgences sans démarches avant.
Dans la rubrique « Autre », on retrouve sur conseil de la police (1 patient), conseil d'un proche (5 patients), conseil du pharmacien (5 patients), essai de contact d'un médecin spécialiste (5 patients), conseil d'une infirmière (4 patients) et conseil d'un médecin généraliste autre que le médecin traitant (7 patients).



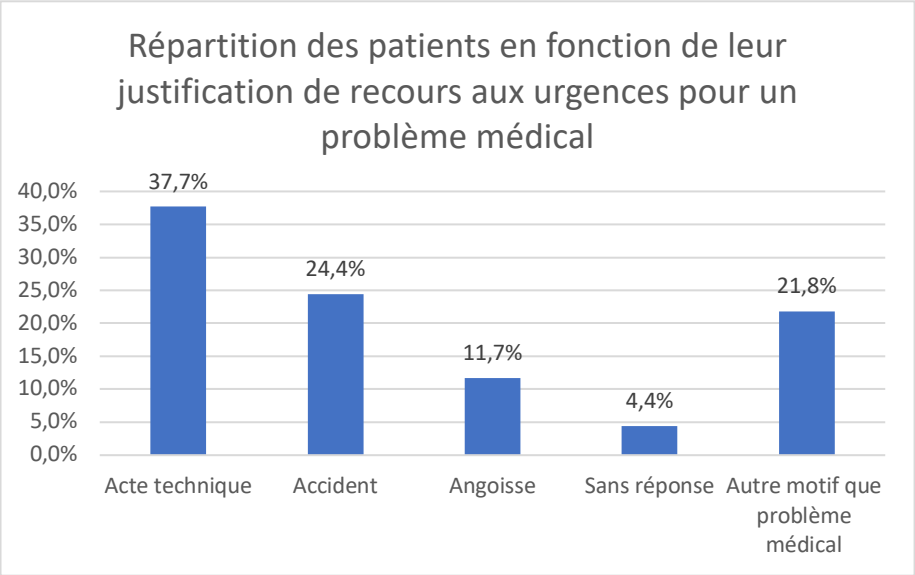
c- Consultations antérieures aux urgences

284 patients admettaient avoir déjà consulté aux urgences auparavant soit 69,4%. On constate qu'au sein des 409 patients inclus 34,5% ont déjà consulté trois fois ou plus aux urgences (soit presque 1 patient sur 3).

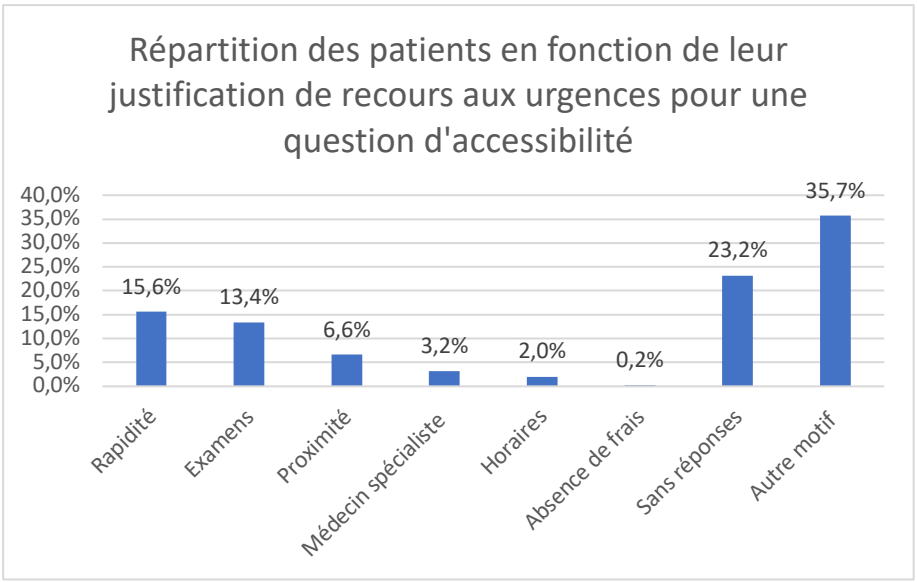


d- Justification du recours aux urgences

320 patients (soit 78,2%) pensent que leur problème de santé relève du service des urgences avec pour principal motif la nécessité d'un acte thérapeutique spécifique pour 154 d'entre eux (soit 37,7% des patients inclus).



258 patients affirmaient trouver les urgences plus accessibles que leur médecin généraliste (soit 63,1%) avec pour principaux motifs la rapidité de prise en charge pour 64 (soit 15,6 % du total des patients inclus) ainsi que la possibilité de réaliser des examens complémentaires pour 55 (soit 13,4% du total des patients inclus).
Il y avait 90 dossiers sans réponse à cette question.



164 patients affirmaient consulter aux urgences suite à un échec de prise en charge en ville soit 40,2% des patients inclus.

Motif échec prise en charge en ville	Fréquence	Pourcentage
Absence de médecins	165	40,3%
Pas de créneau pour un examen complémentaire	62	24,4%
Échec du traitement initié	18	4,4%

Dans les autres motifs de consultations, on retrouve principalement l'accident du travail pour 47 patients (11,5% des patients inclus) et l'adressage par le médecin traitant pour 44 patients (10,8% des patients inclus).

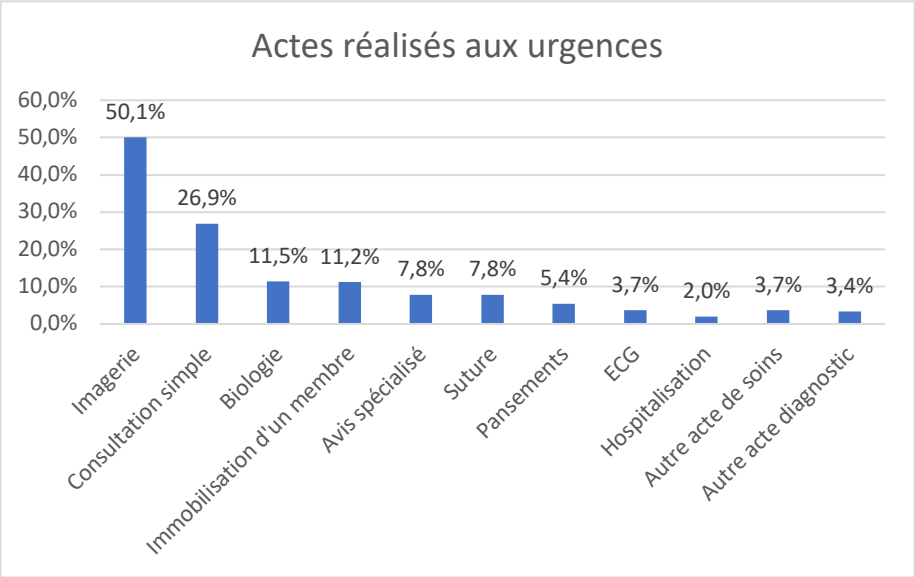
e- Acceptation d'une consultation avec un médecin généraliste

331 patients auraient accepté une consultation avec un médecin généraliste rattaché au service des urgences si l'infirmier(ère) d'accueil leur avait proposé (soit 81% des patients).
Les principaux motifs de refus sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Motif de refus	Fréquence	Pourcentage
Nécessité d'un avis spécialisé	15	3,7%
Nécessité d'une imagerie	14	3,4%
Échec de prise en charge par médecin généraliste	11	2,7%
Nécessité d'un acte technique	6	1,5%
Rapidité de prise en charge	4	1%
Adressage par médecin traitant	4	1%
Avance de frais	1	0,2%
Sans réponse	20	4,9%

2- Médecins urgentistes

205 patients ont bénéficié d'une imagerie (soit 50,1%) et 110 d'une consultation simple (soit 26,9%).
Au total 73,1% des patients ont eu recours à un acte aux urgences qu'il soit diagnostique ou thérapeutique.



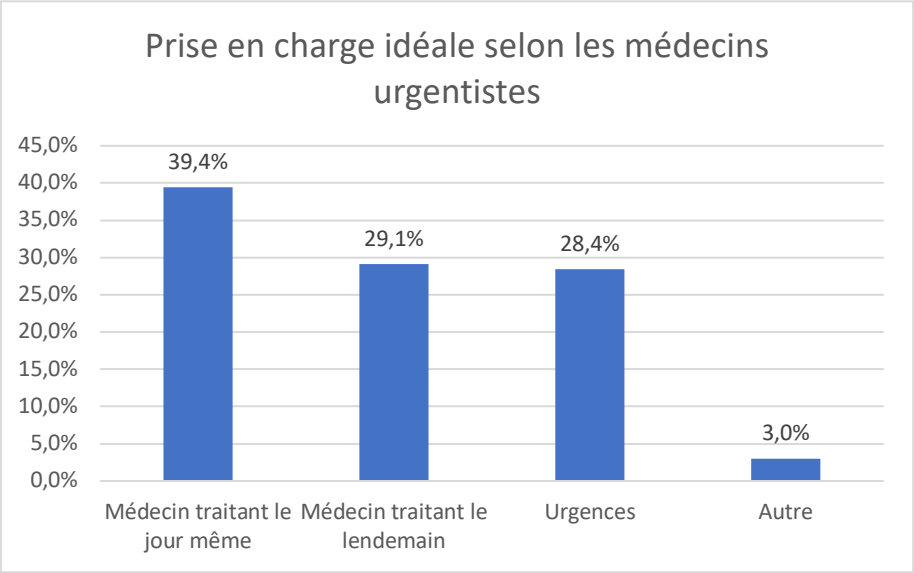
Les autres actes de diagnostic mentionnés sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Acte diagnostic	Fréquence	Pourcentage
Bandelette urinaire	7	1,7%
Test d'hypotension orthostatique	2	0,5%
Streptatest	2	0,5%

Les autres actes de soins effectués sont répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Acte de soins	Fréquence	Pourcentage
Ablation corps étranger	5	1,2%
Lavement	2	0,5%
Désobstruction chambre implantable	1	0,2%
Aérosol	1	0,2%
MEOPA	1	0,2%

Sur l'ensemble des dossiers analysés par les urgentistes, 280 patients (soit 68,5%) auraient pu bénéficier d'une consultation avec leur médecin généraliste dans les 24 à 48 heures. Le recours au service des urgences était nécessaire selon eux pour 116 patients (soit 28,4%).
On constate donc que deux tiers des patients ne nécessitaient pas une prise en charge aux urgences selon les médecins urgentistes.

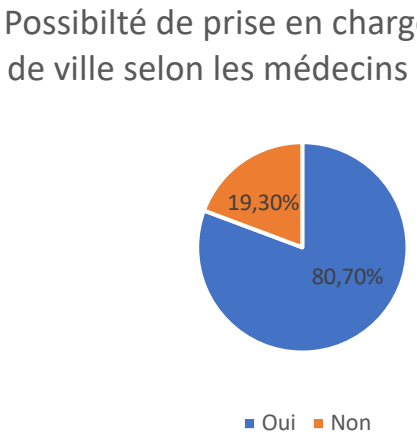


Les autres prises en charge idéales mentionnées sont répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Prise en charge	Fréquence	Pourcentage
Consultation spécialiste de ville	7	1,7%
Imagerie dans les 48 heures	2	0,5%
Hospitalisation directe	1	0,2%
Pas de consultation médicale nécessaire	1	0,2%

3- <u>Médecins généralistes</u>

330 patients auraient pu bénéficier d'une prise en charge en médecine de ville selon les médecins généralistes soit 80,7% des patients.



Les motifs rendant impossible la prise en charge en ville sont répertoriés dans le tableau ci-dessous. On constate qu'il s'agit principalement de la nécessité d'actes techniques non réalisables au cabinet.

Motifs	Fréquence	Pourcentage
Acte technique	41	10%
Avis spécialisé	18	4,4%
Acte complémentaire	15	3,7%
Hospitalisation	2	0,5%

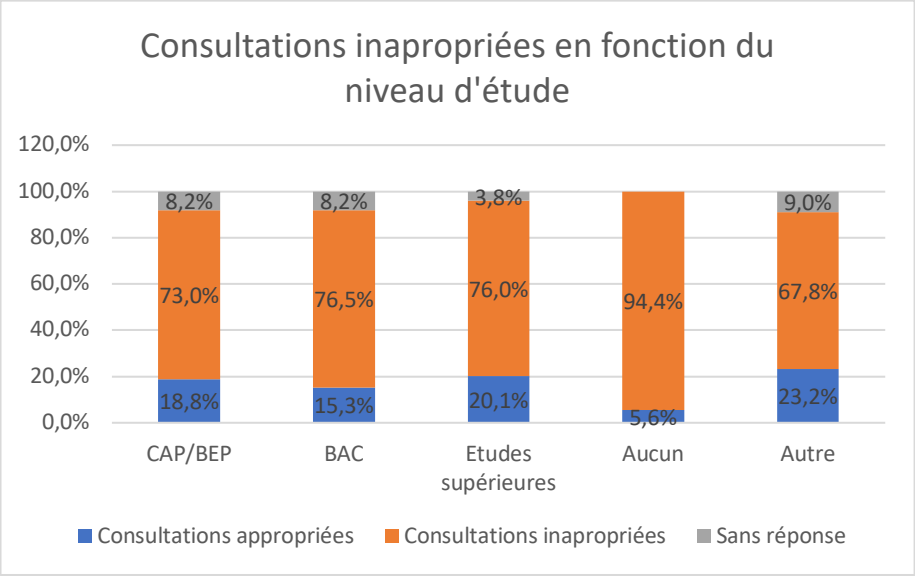
4- Croisements des résultats

A- Avis médecins urgentistes et généralistes

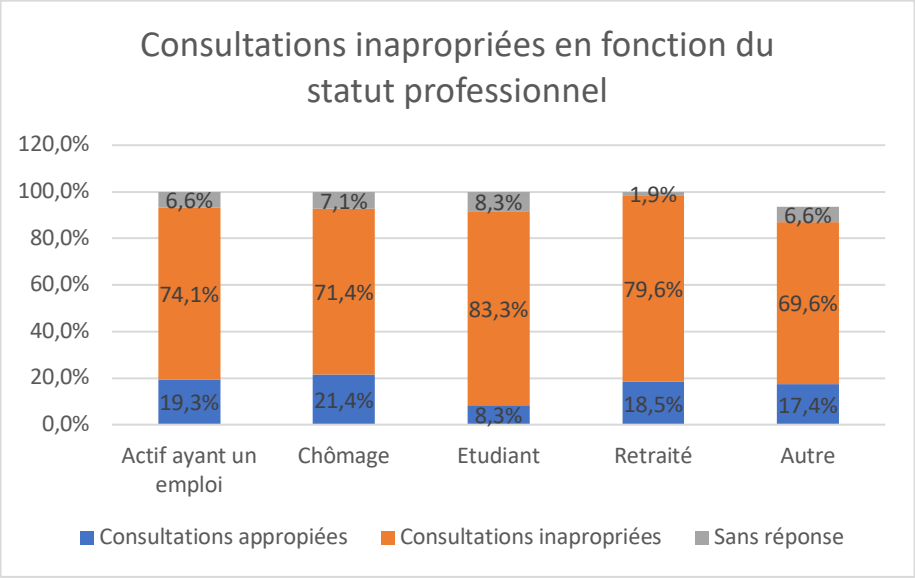
Nous retrouvons une concordance des résultats à 76,5% entre les médecins urgentistes et généralistes (soit 290 dossiers).
Au sein des réponses non concordantes, les situations des patients n'étaient pas compatibles avec une prise en charge en cabinet de ville principalement (70,8%) selon les médecins urgentistes.

B- Consultations injustifiées

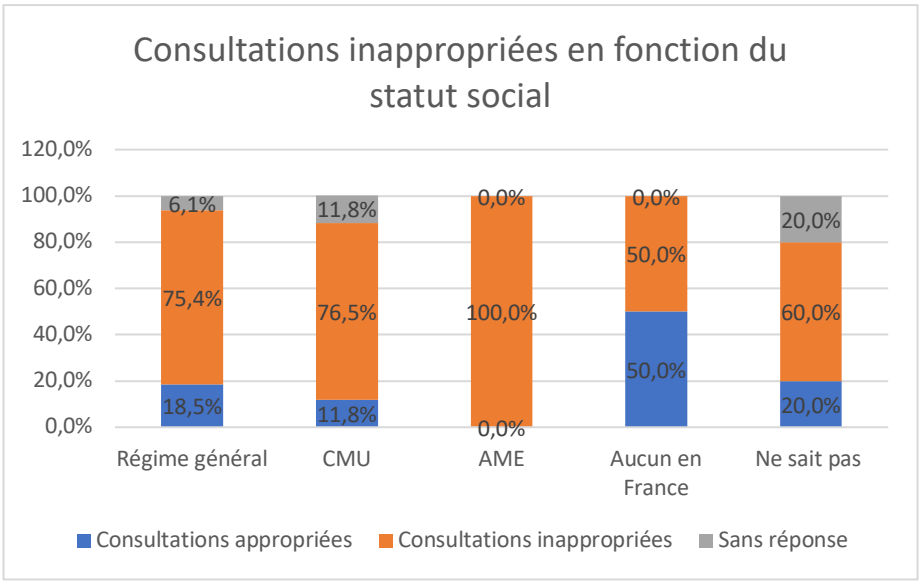
Les patients sans niveau d'études sont ceux qui consultent le plus de manière injustifiée aux urgences (94,4%). Les patients ayant un niveau BAC ou supérieur consultent plus de manière inappropriée (76,5% et 76%) que les patients avec un niveau CAP/BEP (73%).



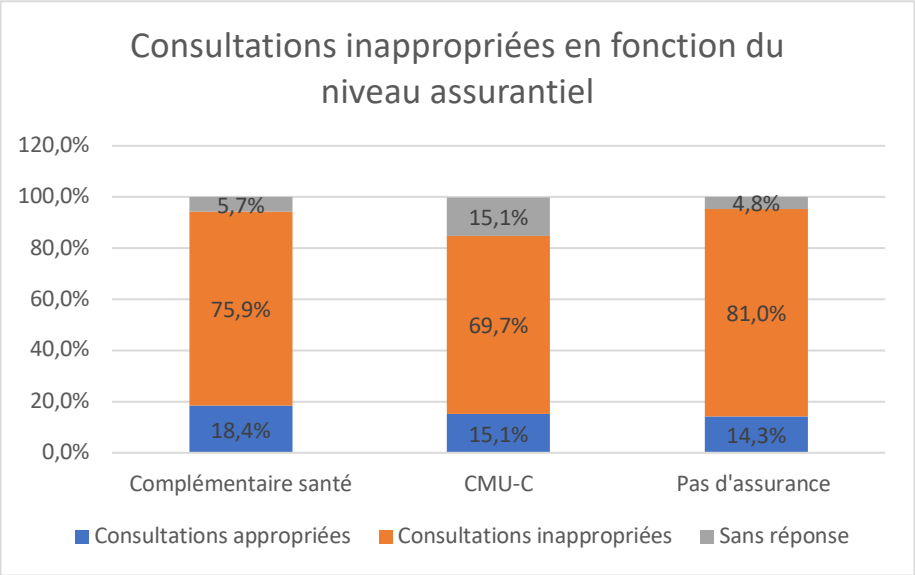
Nous constatons que les étudiants (83,3%) consultent davantage de façon inappropriée suivis par les retraités (79,6%). Les patients au chômage sont ceux qui consultent le moins de façon inappropriée (71,4%).



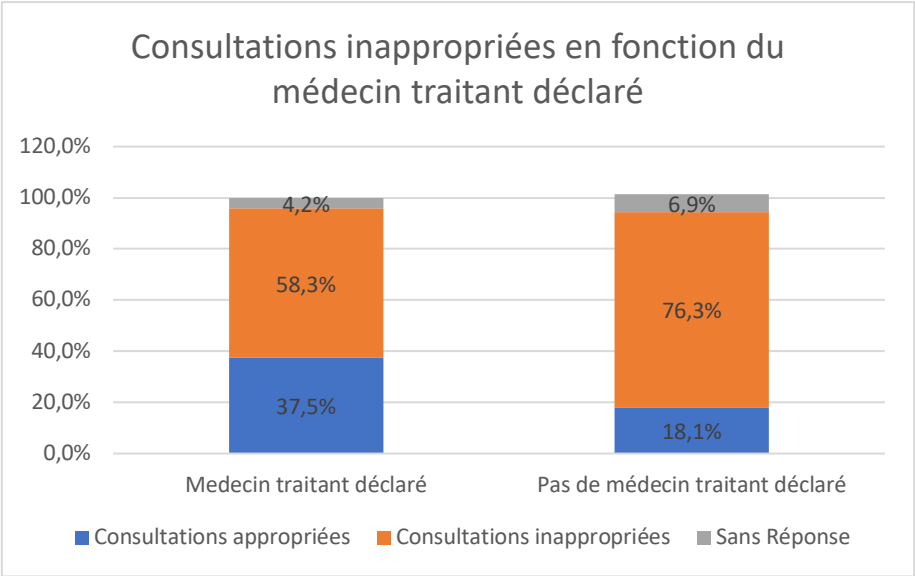
Les patients avec l'AME consultent le plus de façon inappropriée (mais peu de patients avec AME). On constate une proportion similaire chez les patients bénéficiant de la CMU et du régime général de la sécurité sociale (76,5% et 75,4%).



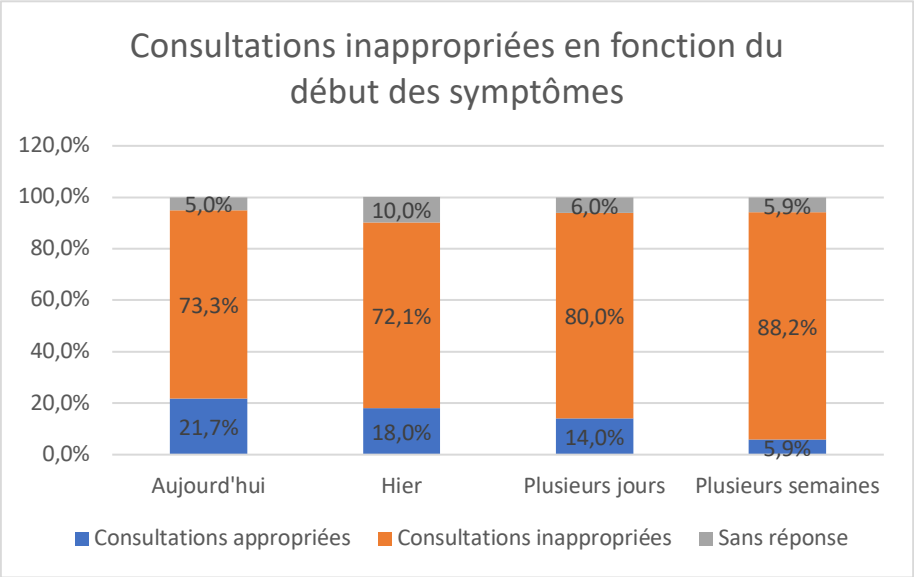
Les patients sans assurance sont ceux qui consultent le plus de façon inappropriée à l'inverse de ceux bénéficiant de la CMU-Complémentaire (81% et 69,7%).
Nous retrouvons les motifs appropriés plus important chez ceux ayant une complémentaire santé (18,4%).



Nous constatons que les patients ayant déclaré un médecin traitant consultent davantage de façon appropriée que les patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré (76,30% et 58,30%).

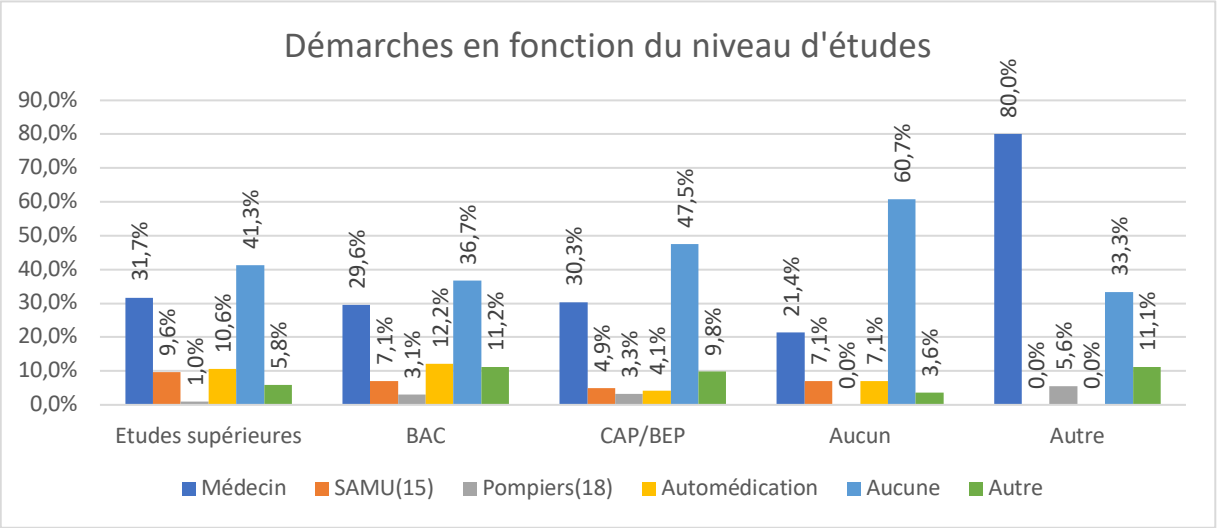


Nous constatons que plus les symptômes sont anciens, plus les consultations sont inappropriées (88,2% chez les patients présentant des symptômes depuis plusieurs semaines et 73,3% chez les patients ayant des symptômes depuis le jour même).

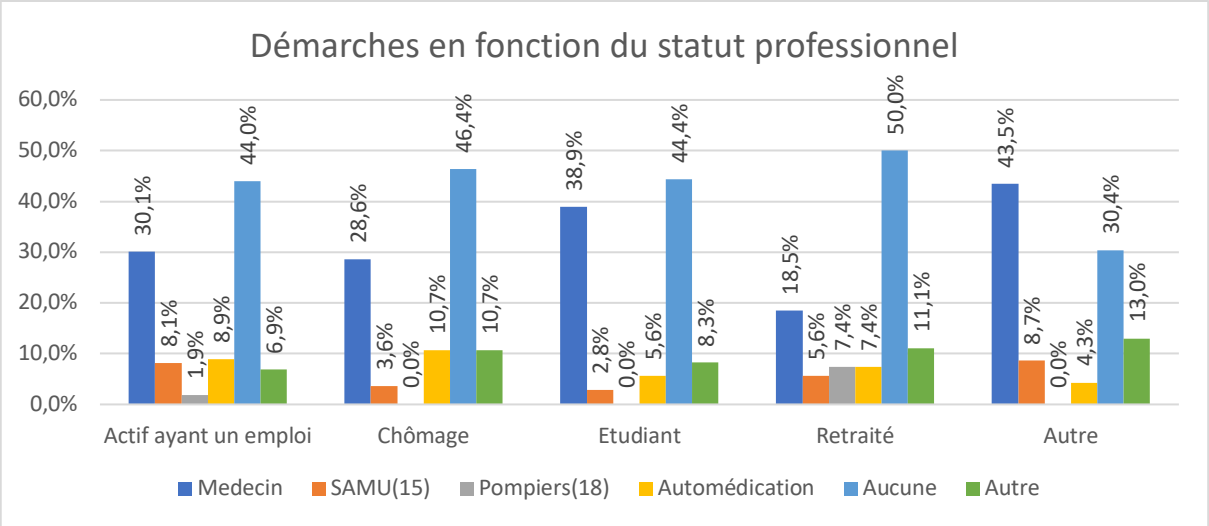


C- Démarches effectuées

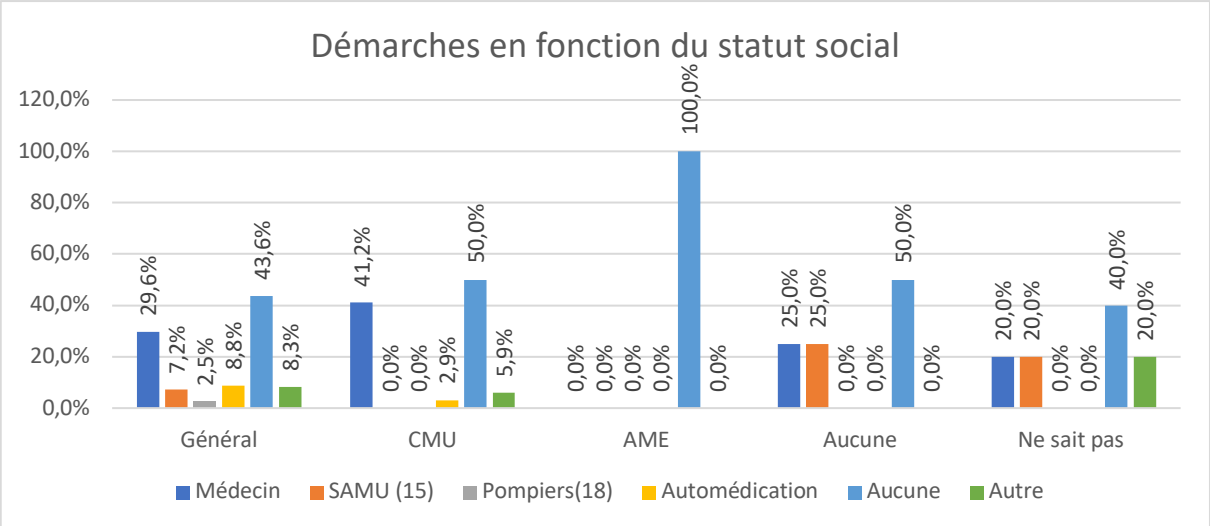
Les patients n'ayant aucun niveau d'études sont ceux qui ont fait le moins de démarches avant de consulter aux urgences (60,7% de ces patients) et ceux qui ont le moins consulté un médecin (21,4% d'entre eux).
36,7% des patients ayant un niveau BAC n'ont effectué aucune démarche, ce qui est le niveau le plus faible de toutes les catégories de patients.
Les patients ayant un niveau d'études supérieures sont ceux qui ont le plus consulté un médecin avant de consulter aux urgences (31,7% d'entre eux).



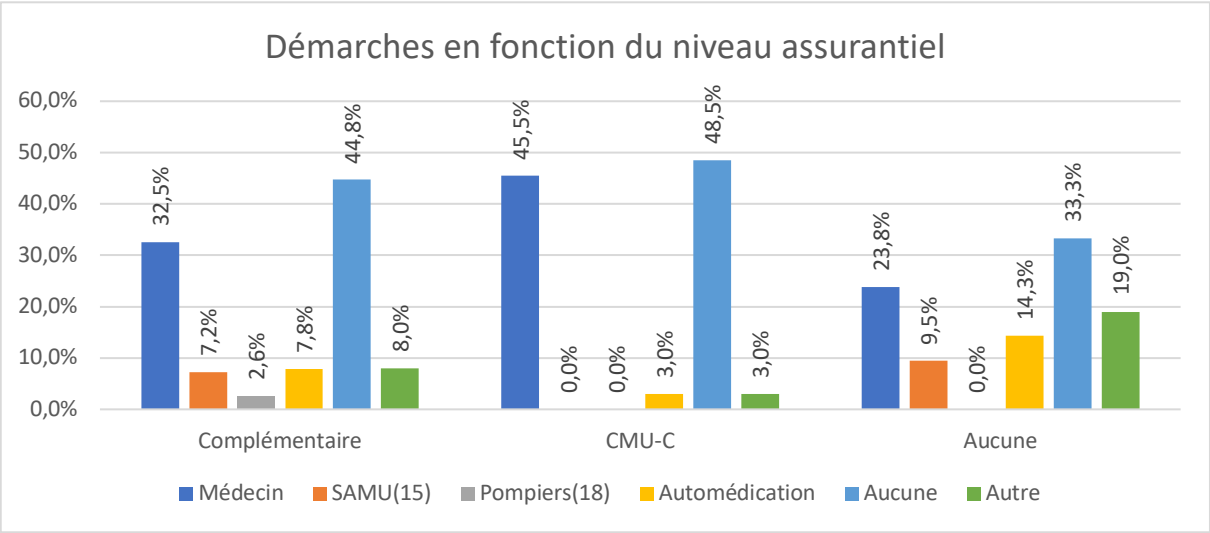
Les retraités sont ceux qui ont fait le moins de démarches avant de venir (50% d'entre eux).
Plus les patients ont une activité professionnelle, plus ils réalisent de démarches avant de consulter aux urgences (30,1% des patients actifs ayant un emploi et 38,9% des patients étudiants ont consulté un médecin avant de venir aux urgences). Les patients au chômage sont 28,6% à avoir essayé une démarche médicale avant.



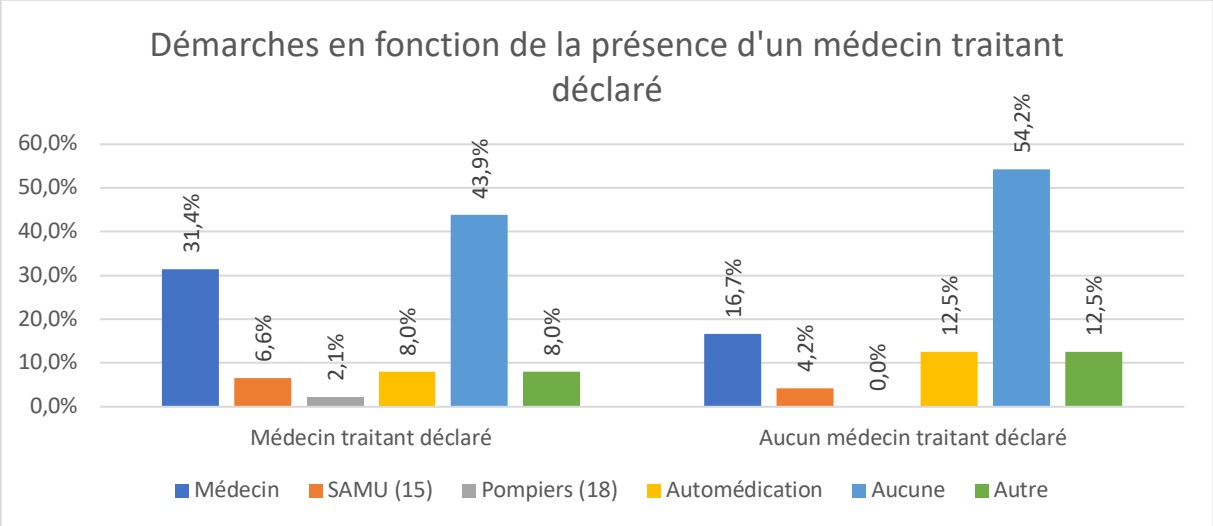
Les patients avec l'AME n'ont fait aucune démarche (100% des patients). Les patients bénéficiant de la CMU sont ceux qui ont le plus fait de démarches médicales avant de consulter aux urgences (41,2% d'entre eux). Les patients ayant le régime général de la sécurité sociale sont ceux qui effectuent le plus de démarches (médicales ou non) soit 56,4% d'entre eux.



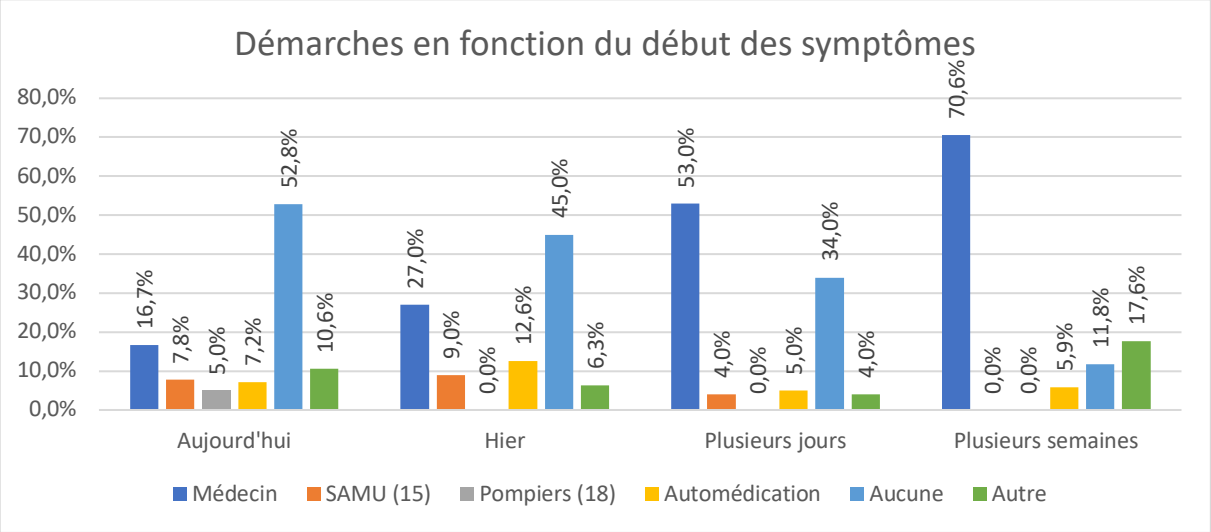
Les patients bénéficiant de la CMU-C sont ceux qui ont le plus réalisés des démarches médicales avant de consulter (45,5%).
Les patients n'ayant aucune assurance complémentaire sont ceux qui ont effectués le plus de démarches (médicales ou non) avant de consulter aux urgences (66,6% d'entre eux).



Les patients n'ayant aucun médecin traitant déclaré ont effectué moins de démarches avant de consulter aux urgences (54,2%). Au sein des démarches qu'ils ont effectuées, ils ont eu davantage recours à l'automédication (12,5%) par rapport à ceux ayant déclaré un médecin traitant (8%).



Les patients ayant eu l'apparition des symptômes le jour même sont ceux ayant fait le moins de démarches avant de se rendre aux urgences (52,8% d'entre eux). A l'inverse, les patients ayant le plus essayé de contacter un médecin sont ceux ayant eu des symptômes depuis plusieurs jours (53% d'entre eux).
Plus la durée des symptômes entre le début et la consultation est longue plus les patients ont effectué des démarches.



VII- Discussion

1- Données sociodémographiques

Dans notre étude nous retrouvons 57,2% de femmes ce qui est représentatif de la population française (51,6% de femmes) (26). L'âge moyen était de 39,85 ans (41,8 ans pour la population française) (27). 52,8% des français ont un niveau supérieur ou égal au BAC, ce qui est superposable à notre étude où nous retrouvons 50,4%. Nous retrouvons également 29,8% des patients inclus ayant un niveau CAP/BEP (25,2% pour la population française) et 15 % sans niveau d'étude (21,6% pour la France)(28). Les patients bénéficiant de la CMU représentent 8,3% de notre étude (3% pour la population française), et les patients bénéficiant de la CMU-c 8,1% (7,4% pour la population française) (29).
Nous pouvons donc considérer que la population de notre étude est représentative de celle de la France.

2- Objectif principal

La proportion de patients qui aurait techniquement pu bénéficier d'une consultation au cabinet du médecin généraliste (selon l'avis du médecin généraliste) est de 330 patients soit 80,7% des patients inclus. Nous constatons donc une très grande majorité de patients qui consultent de façon inappropriée aux urgences.

3- Parcours de soins

69,4% des patients ont déclaré avoir déjà consulté aux urgences auparavant dont 34,5% trois fois ou plus. Cependant, nous constatons que les patients inclus ont déclaré un médecin traitant à 92%. Ce n'est donc pas par absence de médecin traitant que les patients consultent aux urgences.

54,2% des patients n'ayant pas déclaré de médecin généraliste consultent aux urgences sans aucune démarche auparavant contre 43,9% des patients ayant déclaré un médecin traitant. De plus ils consultaient davantage de façon inappropriée (76,3% contre 58,3%). En effet, les patients ayant un médecin traitant déclaré peuvent se tourner vers un médecin plus facilement, surtout lorsqu'il est déclaré médecin traitant. De plus, les personnes n'ayant pas de médecin traitant ne sont pas remboursées entièrement par la sécurité sociale si le médecin généraliste qu'ils vont consulter estime que la consultation n'est pas urgente ou qu'ils sont en dehors du parcours de soins coordonné ; ce qui peut les amener à consulter directement aux urgences pour ne pas avancer les frais et être remboursé intégralement. Il est donc primordial de valoriser auprès de la population la déclaration obligatoire du médecin traitant ; ce qui permet un parcours de soins coordonné et évite les consultations inappropriées aux SAU.

Les patients ayant des symptômes depuis le jour même ou la veille consultent plus aux urgences que les autres (72%). En croisant les résultats on constate que plus les patients consultent tardivement plus ils ont effectué des démarches auparavant (78% des patients consultant le jour même de leurs symptômes n'ont effectué aucune démarche contre 50% après plusieurs jours et 20% après plusieurs semaines). Nous constatons également que 88,2% des patients ayant des symptômes depuis plusieurs semaines ont consulté de façon injustifiée contre 73,3% de ceux ayant des symptômes depuis le jour même. Cela permet de montrer qu'il est nécessaire de promulguer le parcours de soins coordonnés afin d'éviter que ces patients ne consultent aux urgences.

11% des patients ont été adressés par leur médecin traitant. Cependant, 68% d'entre eux auraient pu être pris en charge en médecine de ville selon les médecins généralistes. On peut donc se demander la raison de leur réorientation. Le médecin traitant pensait-il que ce patient nécessitait effectivement une consultation aux urgences ? Était-il débordé ? Ne pouvait-il pas recevoir le patient ?

Lorsque l'on compare l'avis des médecins urgentistes et généralistes on constate qu'ils sont en accord sur la prise en charge à 76,5%. Au sein des concordances, le médecin urgentiste sous-estime les capacités du médecin généraliste à 70,8%. On peut s'attendre à forte correspondance entre les orientations retenues par les médecins généralistes et urgentistes ; cependant le coefficient Kappa nous indique que la fiabilité du taux de concordance n'est que de 0,371, du fait d'une concordance calculée (à savoir liée au hasard) élevée à 62,9%. Nous pouvons conclure à une perception différente des cas cliniques possiblement traités en cabinet de médecine de ville entre les médecins urgentistes et généralistes.
Ce résultat pose la question du classement des urgences inappropriées, par les médecins. En effet, la vision de celles-ci peut être différente entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes. Il serait peut-être intéressant d'effectuer des rencontres entre médecins urgentistes et généralistes afin de discuter des capacités d'accueil de chacun et ainsi définir le rôle de chaque spécialité. Un référentiel métier pourrait également permettre de définir les rôles de chacun.

En ce qui concerne la situation assurantielle, les patients bénéficiant de la CMU-C réalisent moins de consultations injustifiées que ceux ayant une complémentaire santé (69,7% contre 75,9%). Ils ont également effectué le plus de démarches médicales avant de consulter aux urgences (45,5% contre 32,5% avec complémentaire). Il est possible de supposer que la notion financière rentre en jeu dans ces résultats : les patients CMU-C, qui n'avancent pas les frais dans la majorité des cas ont peut-être une facilité plus importante à consulter un médecin généraliste, à l'inverse d'une personne possédant une assurance complémentaire qui devrait lui avancer les frais, contrairement à la consultation aux urgences. Mais cette notion mériterait d'être investiguée de façon plus spécifique.

Les patients sans niveau d'études consultent le plus de façon injustifiée aux urgences (94,4%) et font le moins de démarches avant de consulter aux urgences (60,7%). Ce résultat laisse penser que les modalités d'informations concernant les parcours de soins et les missions de médecins traitants doivent être renforcées à destination des populations déclarant les plus bas niveaux d'étude.

Nous n'avons pas analysé les réponses à la question des horaires de consultations au vu du peu de réponses que nous avons eu.

4- Motif de consultation

A cette question les patients avaient plusieurs choix possibles entre :

- Consultation pour un problème médical : les urgences constituent le lieu de soins qui apparaît au patient médicalement plus adapté au problème de santé.
- L'accessibilité aux soins : facilité d'accès aux urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité du plateau technique, d'horaire ou de gratuité des soins.
- L'échec de prise en charge en ville : difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins.
- Les autres circonstances

La très grande majorité des patients consultaient aux urgences pour un motif médical (78,2%).
Concernant l'accessibilité aux soins, 63,1% des patients inclus estimaient trouver les urgences plus accessibles que leur médecin traitant principalement pour une question de rapidité (15,6%) et d'examens complémentaires (13,4%). En effet, les patients sont toujours accueillis et soignés quand ils arrivent avec la réalisation d'actes techniques ou complémentaires sur place, ce qui n'est pas toujours le cas en cabinet de médecine générale (notamment l'imagerie) ce qui peut parfois allonger le temps de prise en charge. De plus, il y a maintenant au sein des urgences de Rochefort une filière ambulatoire qui permet de réduire les délais de prise en charge de ces patients.

Contrairement aux idées reçues, seuls 0,2% des patients justifiaient leur venue aux urgences pour un problème financier. Il existe cependant un biais de classement possible en lien avec le mode d'évaluation ; cette justification n'a peut-être pas été citée de façon volontaire car les dossiers devaient être remis au médecin urgentiste à la fin de la prise en charge.

40,2% des patients admettaient consulter suite à un échec de prise en charge en ville ce qui est bien en deçà des autres motifs. Cela correspond bien aux résultats qui montrent qu'une grande proportion des patients n'ont pas fait de démarches avant de consulter aux urgences. Nous n'avons pas analysé la justification à cette question car nous retrouvons une incohérence entre le nombre d'affirmations et de justifications (probable biais de compréhension).

Dans notre étude, nous constatons donc que les patients consultent principalement pour un motif médical et un souci d'accessibilité aux soins.

5- Les solutions possibles

A- Éducation

Une éducation des patients est nécessaire afin d'éviter les consultations inappropriées aux urgences. Nous constatons dans notre étude que les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant consultent davantage de manière injustifiée aux urgences (76,3% contre 58,3% chez les patients ayant déclaré un médecin traitant). Il faudrait alors leur donner une information sur les avantages à déclarer un médecin traitant, par exemple par le biais d'un document qui leur serait envoyé (par courrier, mail …). Ce document pourrait leur proposer de déclarer un médecin traitant, leur expliquer le parcours de soins coordonné ainsi que l'existence des gardes de médecins généralistes pour les inciter à faire des démarches médicales avant de venir aux urgences. Un même support d'information pourrait être également remis au patient au terme de sa consultation aux urgences, expliquant l'offre de soins libérale du secteur.

Nous constatons également que les patients refusent principalement la consultation avec un médecin généraliste rattaché aux urgences pour cause de geste technique (notamment suture), d'acte d'imagerie ou de nécessité d'un avis spécialisé. Cependant, le médecin généraliste possède des compétences dans certains gestes techniques (suture). Il a également un réseau de professionnels de santé sur qui il peut s'appuyer pour obtenir des avis spécialisés ou d'imagerie rapidement sans forcément passer par le service des urgences. Il est donc nécessaire qu'une information sur les compétences des médecins généralistes soit délivrée aux patients. Il est également important de valoriser la cotation des actes de petite chirurgie auprès des médecins généralistes avec peut être une réédition des tarifs de ces cotations à revoir (parfois refus de faire ces actes devant le temps nécessaire important pour une cotation ne reflétant pas le temps passé et le matériel utilisé).

B- Les gardes des médecins généralistes

81% des patients auraient accepté une consultation avec un médecin généraliste rattaché au service des urgences si l'IOA leur avait proposé.

Sur le secteur Rochefortais, les gardes des médecins généralistes se font à la maison médicale au sein du service des urgences. Les consultations sont régulées par le 15. Les patients peuvent également être adressés via l'IOA à leur arrivée, s'ils acceptent. Cependant, ces médecins sont peu sollicités. Il serait peut-être intéressant de mettre en place un système d'appel au 15 systématique avant de consulter aux urgences afin

d'être orienté dans la bonne filière de soins. Cela sous-entend bien évidemment qu'il faudrait développer le centre de régulation du SAMU afin d'éviter sa saturation.
Des travaux sont en cours au sujet de la généralisation du numéro unique « 113 » utilisable via le téléphone, un site internet ou une application mobile. Ce dispositif pourrait permettre d'orienter les patients vers la bonne filière de soins à l'aide de conseils médicaux disponibles sous forme de conseils téléphoniques, téléconsultation, prise de rendez-vous en ligne.

Actuellement les gardes ne s'effectuent que les week-end et jours fériés. Il pourrait également être proposé aux médecins de réaliser des gardes supplémentaires le soir de 20h à minuit en semaine au sein de la maison médicale voire des gardes en journée la semaine. Si un tel système de garde était mis en place, il serait alors possible de convoquer de nouveau le patient à ces horaires pour une consultation avec le médecin généraliste de garde.

De plus, étant au sein des urgences, il est tout à fait possible pour le médecin généraliste d'avoir recours à l'imagerie ou éventuellement de réorienter le patient vers la filière urgence s'il le juge nécessaire.
Cependant, il faut se demander si un tel système ne ferait pas qu'accroître les consultations dépendant de la médecine générale.

C- Le médecin d'accueil et d'orientation

Un infirmier d'accueil et d'orientation est présent continuellement au sein des urgences pour classer les patients en fonction de leur niveau de gravité. Cependant, il n'a pas les compétences ni l'autorité pour réorienter les patients vers la médecine de ville. Un poste de médecin d'accueil et d'orientation pourrait être créé pour collaborer avec l'IAO, ce qui pourrait permettre de réorienter les patients vers un confrère libéral si besoin. Ceci implique que le tissu de médecins généralistes du territoire soit en capacité et en nombre pour organiser une prise en charge des soins non programmés.

D- Maison de santé pluridisciplinaire

Nous constatons dans notre étude que les médecins urgentistes estiment que 68,5% des patients nécessitaient une consultation dans les 24 à 48 heures avec leur médecin traitant. Seulement 28,4% des patients nécessitaient une prise en charge aux urgences selon eux ce qui est en accord avec les médecins généralistes qui estiment que 80,7% des patients ne nécessitaient pas une prise en charge aux urgences.

Les maisons de santé pourraient être une solution. Ce sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet

de santé attestant de leur exercice coordonné. Cela pourrait permettre de réorienter les patients vers la médecine libérale. En effet, un médecin serait dédié aux soins non programmés à gérer chaque jour au sein de ces structures. Cela sous-entend une bonne coopération ville hôpital ainsi qu'un protocole clair expliquant les rôles de chacun.

E- Les soins non programmés

Le principal problème pour les médecins généralistes reste la gestion au quotidien des soins non programmés. Il est parfois difficile de pouvoir proposer un rendez-vous le jour même à un patient, faute de créneau disponible. Il pourrait être intéressant d'envisager que chaque journée ou demi-journée un médecin du cabinet soit attitré à ne gérer que les urgences du jour afin de pouvoir proposer des créneaux facilement.

F- Les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)

Une CPTS est une organisation conçue autour d'un projet de santé et constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné défini par les professionnels eux-mêmes. Elle est composée de professionnels de santé, d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux qui signent un contrat avec l'Agence Régionale de Santé de leur territoire. Elle a pour vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire. Les acteurs locaux en déterminent le périmètre géographique. Ses missions sont de :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant (le patient qui cherche un médecin pourra se tourner vers la CPTS de son territoire pour se faire aider dans sa démarche)

- Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville (possibilité d'obtenir un rendez-vous dans les 24 heures pour les patients concernés)

- Organiser le parcours des patients (coordination renforcée entre les acteurs d'une même CPTS)

- Effectuer des actions de prévention (notamment sur les risques iatrogènes, perte d'autonomie, obésité, violences intrafamiliales, désinsertion professionnelle …).(30)

Ce dispositif est déjà présent dans certaines régions et est en cours d'élaboration au sein de notre territoire. Cela pourrait permettre une meilleure gestion des soins non programmés et d'éviter les consultations inappropriées au sein des services d'accueil et d'urgences.

VIII- Conclusion

La majorité des patients CIMU 4 et 5 ne nécessite pas de prise en charge aux urgences.

Cette étude a permis de mettre en évidence une insuffisance d'informations sur le parcours de soins coordonnés auprès des patients. Nous constatons que la majorité des patients ne faisaient pas de démarches avant de consulter aux urgences alors qu'ils auraient accepté une consultation avec un médecin généraliste rattaché au service des urgences.

Le motif de consultation aux urgences, selon les patients, est principalement pour une raison médicale et notamment par nécessité d'un acte thérapeutique technique. La notion d'accessibilité est également pointée du doigt avec notamment la rapidité de prise en charge. Les patients de notre étude se sont rendus aux urgences principalement parce qu'ils avaient une perception disproportionnée de la gravité de leur état de santé.

Nous relevons des discordances entre l'avis des médecins urgentistes et généralistes et ce, principalement par sous-estimation, par les médecins urgentistes, des capacités du médecin généraliste à réaliser certains types de consultations ou d'actes techniques. Cependant, le recours à une consultation de médecine générale était la meilleure prise en charge pour la majorité des patients, y compris pour les patients adressés par leur médecin généraliste. Cela témoigne de certaines difficultés pour les médecins de ville à accéder à certains types d'examens d'imagerie ou à organiser une consultation spécialisée dans des délais raisonnables ou à réaliser des actes techniques consommateurs de temps médical.

Des solutions doivent donc être mises en place avec une amélioration de la coopération ville hôpital notamment en termes de communication, définition des rôles de chacun et de la gestion des soins non programmés.

Une éducation est également importante auprès des patients afin que le parcours de soins coordonnés soit respecté.

IX- Annexes

ANNEXE 1 : Classification GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil)

GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation

GEMSA 2 : Patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale …)

GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansement, ablation de fils, rappel de vaccination, …)

GEMSA 4 : Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences (SAU)

GEMSA 5 : Patient attendu dans un service, ne passant au service d'accueil des urgences (SAU) que pour des raisons d'organisation (enregistrement administratif, réalisation d'un « bilan d'entrée », refus de certains services de réaliser des entrées directes, …)

GEMSA 6 : Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure)

ANNEXE 2 : Classification CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délai	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

ANNEXE 3 : questionnaire patient

Vous venez aux urgences suite à un échec de prise en charge en ville
○ Oui ○ Non

Si oui pour quelle raison ?
- ☐ Proximité des urgences
- ☐ Rapidité de prise en charge
- ☐ Possibilité d'examens complémentaires
- ☐ Médecin spécialiste sur place
- ☐ Prise en charge en dehors des heures de travail
- ☐ Pas d'avance des frais

Autres circonstances :
- ☐ Vous avez été amené par les pompiers ou le SMUR
- ☐ Accident du travail
- ☐ Vous avez été adressé aux urgences par votre médecin
- ☐ Vous n'avez pas de moyen de transport pour vous rendre en cabinet
- ☐ Autre - précisez : _____

Auriez-vous accepté une consultation avec un médecin généraliste rattaché aux urgences si l'infirmière d'accueil vous l'avait proposé ?
○ Oui ○ Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
_____
_____
_____
_____

Merci de votre participation

GROUPE HOSPITALIER de ROCHEFORT et de MARENNES

Enquête à destination des USAGERS

Analyse des consultations aux urgences du Centre Hospitalier de Rochefort bénéficiant d'un niveau de tri CIMU 4 ou 5 : s'agit-il réellement de consultations de médecine générale ambulatoire ?

COMING - 2018/P04/281
Version n°1.0

Promoteur de la recherche : Centre Hospitalier de Rochefort
Investigateur principal : Mme Coralie SAVARIEAU
sous la responsabilité du Dr Frédéric CERATI

Personne qui dirige et surveille la recherche :
Mme Coralie SAVARIEAU
Sous la responsabilité du Dr Frédéric CERATI
Services des urgences
Centre Hospitalier de Rochefort
1 avenue de Béligon
BP30009
17301 Rochefort
05 46 88 50 10
frederic.cerati@ch-rochefort.fr

Centre de Méthodologie et de Gestion des données :
Unité de recherche clinique
Groupe Hospitalier de la Rochelle Ré Aunis
Rue du Dr Schweizer
17019 La Rochelle
05 16 49 42 46
caroline.allix-beguec@ch-larochelle.fr

Promoteur :
Centre Hospitalier de Rochefort, 1 avenue de Béligon
BP30009, 17301 Rochefort
05 46 45 50 50 , direction@ch-larochelle.fr

Numéro patient (IEP) : __ **Date d'inclusion :** _____
Initiales patient : **Prénom** __ **Nom** __

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'USAGER

Niveau d'étude :
○ Aucun ○ Niveau CAP/BEP
○ Niveau BAC ○ Etudes supérieures
○ Autre - précisez : _____

Je suis présent aux Urgences en tant que :
○ Patient ○ Accompagnant ○ Parent

Genre : ○ Femme ○ Homme **Age :** ____

Activité professionnelle :
○ Actif ayant un emploi ○ Au chômage ○ Retraité
○ Etudiant ○ Autre - précisez : _____

Couverture sociale
- ○ Régime général de la Sécurité Sociale
- ○ Aide médicale d'état
- ○ Couverture Maladie Universelle (CMU)
- ○ Aucun droit ouvert en France
- ○ Ne sait pas

Assurance complémentaire
- ○ Pas d'assurance complémentaire
- ○ CMU-C (Complémentaire)
- ○ Complémentaire santé (mutuelle, assurance, institution de prévoyance)

Médecin traitant déclaré : ○ Oui ○ Non

Début des symptômes ayant conduit aux urgences ?
○ Aujourd'hui ○ Plusieurs jours
○ Hier ○ Plusieurs semaines

Quelles démarches avez-vous effectuées avant de venir consulter aux urgences (une seule réponse possible)?
- ○ Aucune, vous êtes venu directement aux urgences
- ○ Vous avez appelé votre médecin traitant sans succès
- ○ Vous avez appelé votre médecin traitant qui vous a conseillé de venir aux urgences
- ○ Vous avez appelé votre médecin traitant qui vous a donné un rdv trop éloigné
- ○ Vous avez vu ou appelé votre médecin traitant mais vous n'êtes pas satisfait
- ○ Vous avez appelé le Samu (15)
- ○ Vous avez appelé les pompiers (18)
- ○ Vous avez essayé de vous soigner tout seul
- ○ Autre - précisez (Autre médecin, conseil pharmacien, conseil d'un proche, …) :

_____

Avez-vous déjà consulté aux urgences auparavant (pour un problème différent d'aujourd'hui) ?
○ Oui ○ Non

Si oui, combien de fois ?
○ Une fois ○ Deux fois ○ Trois fois ou plus

En journée 8h30 à 18h30
○ Lundi ○ Mardi ○ Mercredi ○ Jeudi
○ Vendredi ○ Samedi ○ Dimanche

Le soir ou la nuit 18h30 à 8h30
○ Lundi ○ Mardi ○ Mercredi ○ Jeudi
○ Vendredi ○ Samedi ○ Dimanche

Pour quel(s) motif(s) avez-vous consulté aux urgences ?
(Une ou plusieurs réponses possibles)

Vous pensez que votre problème médical ou celui de votre proche relève du service des urgences
○ Oui ○ Non

Si oui, pour quelle raison ?
- ☐ Vous êtes ou votre proche est victime d'un accident
- ☐ Vous pensez que vous devez ou que votre proche doit être hospitalisé(e)
- ☐ Vous êtes angoissé(e) et vous ne savez pas où aller
- ☐ Vous ne pouvez ou votre proche ne peut plus rester seul(e) à la maison
- ☐ Vous pensez que votre prise en charge ou celle de votre proche nécessite un acte thérapeutique technique

Les urgences sont plus facilement accessibles que mon médecin traitant
○ Oui ○ Non

Si oui, pour quelle raison ?
- ☐ Absence de votre médecin traitant
- ☐ Aucun autre médecin généraliste disponible
- ☐ Aucun médecin ne peut se déplacer à votre domicile
- ☐ Echec du traitement instauré en ville
- ☐ Pas de rendez-vous disponible en ville pour un examen complémentaire

ANNEXE 4 : questionnaire médecin urgentiste

GROUPE HOSPITALIER de ROCHEFORT et de MARENNES

CENTRES HOSPITALIERS DE ROCHEFORT ET DE MARENNES

Questionnaire à destination du MEDECIN URGENTISTE

Analyse des consultations aux urgences du centre hospitalier de Rochefort bénéficiant d'un niveau de tri CIMU 4 ou 5 : s'agit-il réèllement de consultation de médecine générale ambulatoire ?

Numéro du patient (IEP) : _____

Initiales patient : **Nom** __ **Prénom** __

Quelle prise en charge a été nécessaire (plusieurs réponses possibles) :

- ○ Acte d'imagerie
- ○ Acte de biologie
- ○ ECG
- ○ Autre acte diagnostic - préciser : _____
- ○ Immobilisation d'un membre
- ○ Points de suture
- ○ Pansements
- ○ Autre acte de soins - préciser : _____
- ○ Avis spécialisé
- ○ Hospitalisation
- ○ Consultation simple

Selon vous, a posteriori, quel aurait été le parcours « idéal » du patient pour cette prise en charge ?

- ○ Le service des urgences en première intention
- ○ Une consultation de médecin généraliste en cabinet à condition de le voir le jour même
- ○ Une consultation de médecin généraliste en cabinet à condition de le voir et faire pratiquer des examens complémentaires le jour même
- ○ Une consultation de médecin généraliste en cabinet le lendemain
- ○ Autre

Si "autre" préciser

_____

_____

Jugez-vous que le patient relève de la médecine générale ? ○ Oui ○ Non

Merci pour votre participation

178

ANNEXE 5 : questionnaire médecin généraliste

GROUPE HOSPITALIER de ROCHEFORT
et de MARENNES

CENTRES HOSPITALIERS DE ROCHEFORT ET DE MARENNES

Questionnaire à destination du MEDECIN GENERALISTE

Analyse des consultations aux urgences du Centre Hospitalier de Rochefort bénéficiant d'un niveau de tri CIMU 4 ou 5 :
s'agit-il réèllement de consultations de médecine générale ambulatoire ?

Numéro du patient (IEP) : _____

Initiales patient : **Nom :** ___ **Prénom :** ___

Pensez-vous que la prise en charge aurait pu être gérée en cabinet de médecine générale, sans avoir recours au service des urgences

○ Oui ○ Non

Si non, pour quelle raison ?

○ Nécessité d'un acte de soin technique
○ Nécessité d'un acte complémentaire non accessible en ville
○ Nécessité d'un avis spécialisé en urgence, non accessible en ville
○ Autre

Si 'Autre' précisez : _____

Merci pour votre participation

177

X- Bibliographie

1. Cour des Comptes. Rapport de la sécurité sociale sur les urgences hospitalières, 2014. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf [consulté le 19 juin 2018].

2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les établissements de santé, Edition 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018 [consulté le 11 mai 2019].

3. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Sénat. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, 2017. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html [consulté le 18 juin 2018].

4. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Définition du mot Urgence, version 2019. Disponible sur : http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=urgence [consulté le 18 juin 2018].

5. Dictionnaire Larousse. Définition du mot urgence. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704 [consulté le 18 juin 2018].

6. Société Française de Médecin d'Urgence. Résumé de passages aux urgences. Disponible sur : http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/03/RPU-National-V2006.pdf [consulté le 18 juin 2018].

7. Fédération de Observatoires Régionaux des Urgences. Recommandations FEDORU. Disponible sur : http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2015/11/Recommandations-HET-FEDORU-V2-2015.pdf [consulté le 19 juin 2019].

8. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions règlementaires). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte [consulté le 18 juin 2018].

9. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions règlementaires). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte [consulté le 18 juin 2018].

10. Ministère des Solidarités et de la Santé. La permanence et continuité des soins, 2016. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins [consulté le 18 juin 2018].

11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 75. 2016-41. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id [consulté le 19 juin 2018].

12. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. La permanence des soins Ambulatoires. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Arrete_PDSA_20151127_PRS_poitou_charentes.pdf [consulté le 19 juin 2018].

13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id [consulté le 19 juin 2018]

14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La permanence des soins, 2014. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf [consulté le 19 juin 2018].

15. Ramos Mélissa. Le GHT à l'épreuve des faits : l'exemple du GHT Atlantique 17 entre tradition de coopération et parachèvement d'une identité sanitaire. Mémoire École des Hautes Études en Santé Publique, 2017. Disponible sur : https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ehesp/Memoires/edh/2017/ramos-melissa.pdf [consulté le 24 juin 2018].

16. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Schéma Régional d'Organisation des Soins, 2016. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016- 12/arrete_GHT_17.pdf [consulté le 24 juin 2018].

17. Centre Hospitalier de la Rochelle. La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17 est signée, 2016. Disponible sur : http://www.ch-larochelle.fr/actualites/la-convention-constitutive-du-groupement-hospitalier-de-territoire-atlantique-17-est-sign [consulté le 24 juin 2018].

18. Centre hospitalier de Rochefort. Disponible sur : https://ch-rochefort.fr/fr/rochefort/organigrammes/organisation-medicale/ [consulté le 18 juin 2018].

19. Site officiel de la ville de Saint-Pierre d'Oléron. Solidarité et Santé. Disponible sur : https://www.saintpierreoleron.com/cadre-de-vie/solidarite-sante/ [consulté le 11 mai 2019].

20. Clinique de l'Atlantique. La Rochelle Assistance Main. Disponible sur : https://clinique-atlantique.capio.fr/rochelle-assistance-main/ [consulté le 11 mai 2019].

21. Clinique du Mail. La Maison Médicale du Mail. Disponible sur : https://clinique-mail.capio.fr/maison-medicale-du-mail/ [consulté le 11 mai 2019].

22.Imagerie et Radiologie Spécialisées d'Aunis. Disponible sur : https://www.irsa-imagerie.com/medecins.html [consulté le 11 mai 2019].

23. Bouet P, Mourgues JM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France, 2018. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf [consulté le 12 mai 2019].

24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Chiffres clés Médecins inscrits, 2028. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/wbco0l/cnom_chiffres_cles_atlas_2018_0.pdf [consulté le 11 mai 2019].

25. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins 17. Disponible sur : https://conseil17.ordre.medecin.fr/content/démographie-médicale-9 [consulté le 11 mai 2019].

26. Institut National d'Études Démographiques. Population par sexe et Age au 1er janvier, 2020. Disponible sur : https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-sexe-ages [consulté le 10 février 2020].

27. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Age moyen et âge médian de la population, 2020. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476 [consulté le 10 février 2020].

28. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Tableaux de l'économie française, 2019. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676725?sommaire=3696937 [Consulté le 10 février 2020].

29. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Données de cadrage : la couverture maladie universelle (CMU), 2012. Disponible sur : https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/CMU/CMU.htm [consulté le 10 février 2020].

30. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Les Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé, 2019. Disponible sur : https://www.ameli.fr/charente-maritime/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe [consulté le 26 février 2020].

XI- Résumé

Analyse des consultations aux urgences du Centre Hospitalier de Rochefort bénéficiant d'un niveau de tri CIMU 4 ou 5 : s'agit-il réellement de consultations de médecine générale ambulatoire ?

Le nombre de consultations annuelles nationales aux urgences augmente sans cesse. Voilà le constat fait actuellement. L'objectif de cette étude est de déterminer la proportion de consultations dans le service d'urgences de Rochefort qui aurait pu bénéficier d'un parcours de soins ambulatoire extrahospitalier parmi les patients classés CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) 4 ou 5.

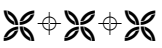
Les patients classés CIMU 4 ou 5 ont été interrogés sur une période de 14 jours consécutifs. Le questionnaire portait sur leurs données sociodémographiques, leur parcours de soins et leur motif de consultation. Un second questionnaire était rempli par le médecin urgentiste en charge du patient (examens complémentaires, adéquation du recours aux urgences). Un troisième questionnaire rempli par des médecins généralistes, après relecture sur dossier, permettait de classer les patients en fonction de leur légitimité ou non à consulter aux urgences.

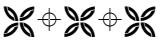
409 dossiers ont été inclus. Les données sociodémographiques étaient comparables à celle de la population nationale. La grande majorité des patients consultaient de façon inappropriée aux urgences. Le principal motif de consultation était médical mais un problème d'accessibilité était également pointé du doigt en médecine de ville.

Cette étude montre qu'il y a une mauvaise éducation des patients avec une insuffisance d'information sur le rôle et les compétences du médecin généraliste. Il faut trouver des solutions pour gérer ce flux de patients en renforçant l'intérêt de la médecine de ville et la coopération ville-hôpital.

Mots clés :
Médecine générale
Urgences
Permanence des soins

Serment



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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