

URGENCES – LEGISLATION

1. Définitions

En préambule, il convient de définir une « urgences médicale » et de la distinguer d'une demande de soins non programmé.

Le mot urgence vient du latin *urgere* qui signifie « pousser, presser ». Selon le sens commun elle se définit par « *référence à une situation médicale exigeant une décision thérapeutique immédiate, » soit « une situation résultant de la réalisation d'un évènement pathologique, traumatologique ou de l'évolution d'une maladie qui fait naître un péril imminent à l'individu »* (dictionnaire Quillet).

Il n'existe pas une définition universelle de ce qui constitue une urgence, « *la notion médicale fait intervenir deux acteurs antagonistes, celui qui appelle à l'aide et celui qui est sollicité : chacun apprécie différemment la situation. L'appelant ressent l'urgence de façon surtout subjective, c'est l'urgence ressentie. Celui qui est sollicité apprécie plus objectivement et cherche à distinguer l'urgence vraie de la fausse urgence.* » (5)

Il existe plusieurs classification médicale de l'urgence , notamment en fonction du degré de gravité selon la classification CCMU (annexe 1) (6), mais il n'y a pas de gold standard établi.

2. Réglementations

De manière générale :

Article 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une

personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » .(7)

Statut du médecin selon le code de déontologie médicale (8) :

Article 9 (article r.4127-9 code de santé publique) : « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Article 47 (article r.4127-47 code de santé publique) : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Il est donc possible pour un médecin de refuser des soins, mais dans le contexte d'urgence il paraît difficile de s'abstenir même si celle-ci s'avère douteuse sous peine de s'exposer à des sanction pénale ou disciplinaire.

Article 77 (article r.4127-77 code de santé publique) « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

Statut du service d'urgence :

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (9)

« Art. R.712-68. - Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique »

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : (10)

« Art. R. 6123-18. - Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. »

« Art. R. 6123-19. - Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :

- 1° Au sein de la structure des urgences ;
- 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;
- 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9 ;
- 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;
- 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;
- 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation. »

Il est donc demandé d'accueillir toute personne se présentant en situation d'urgence, mais sans définir celle-ci. Elle ne précise pas si celle-ci prend en compte les soins non programmés.

Le décret de 2006 permet néanmoins après une évaluation préalable de pouvoir rediriger le patient vers une structure adaptée dont fait partie la médecine de ville.

B. EVOLUTION

1. Histoire des urgences

La médecine d'urgence est pratiquée de longue date puisque qu'on retrouve des traces notamment dans l'Egypte ancienne (trépanation, réduction luxation, antalgie par pavot...). L'Essor de la médecine d'urgence ne débute qu'au 16eme siècle avec la compréhension des mécanismes ventilatoire et circulatoire, puis au 18eme siècle avec le secours au noyer et la réanimation respiratoire. Elle ne devient vraiment efficace qu'à partir du 19eme siècle avec la mise en place de secours militaire.

Avec la première guerre mondiale naît le triage des blessés et le premier SAMU officiel est créé le 5 juillet 1968.

Les urgences s'implantent peu à peu dans toutes structures médicales de plus de 30 lits sous formes de postes de secours (loi 1941 et décret de 1943)

La prise en charge des urgences a évolué du militaire vers le civil, du collectif vers l'individuel, et du chirurgical vers le médical. (11)

2. Les Urgences de nos jours

Orientation vers les services d'urgences

L'orientation vers les services d'urgences s'opère de deux manières différentes :

Le patient arrive spontanément sans avoir pris de contact médical préalable, le plus souvent par ses propres moyens, il s'agit du mode de présentation principale

Le patient est orienté par un tiers : SAMU, pompiers, médecins de ville, pharmacie, police.

Le centre 15 a un rôle primordial dans la régularisation des flux aux urgences. Selon une enquête de la DRESS, le nombre d'appel a augmenté de 10% par an entre 1987 et 1997.

En 1997, 11 millions d'appel pour 4 millions d'ouvertures de dossiers médicaux, et 1,3 million d'informations ou de conseils médicaux. En 1988, on ne dénombrait que 3, 5 millions d'appel pour 2 millions de création de dossiers.

On constate donc une modification des comportements des usagers, car si le nombre d'appel croit de façon importante, le nombre d'ouverture de dossiers diminue. Cela pouvant expliquer l'augmentation de demande inadéquate face à des problèmes médicaux bénins ne relevant pas des SU.(12)

Organisation dans les services d'urgences

La fonction d'accueil et d'orientation a pour objectif de repérer les situations nécessitant une prise en charge immédiate en cas d'urgence vitale ou sévère et de décider de l'orientation première dans tous les autres cas. Son principe, désormais largement intégré dans les services d'urgence, repose essentiellement sur les infirmières d'orientation et d'accueil, présentes dans 68,4 % des services selon les résultats l'enquête de la DREES.

Selon les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) pour le triage aux urgences, il est recommandé qu'il soit réalisé par une IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation) à l'arrivée dans un délais de 30 minutes. Une échelle spécifique est nécessaire (CCMU cf. Annexe 1) validée fiable et reproductible avec 5 niveaux afin d'orienter chacun vers la filière de soins adaptée à sa prise en charge. Il faut que le triage définisse pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale.

Plus récemment se sont mis en place des médecins d'accueil et d'orientation.(13)

Leur rôle consiste à être l'interlocuteur des médecins de ville, qui peuvent les joindre sur une ligne téléphonique directe. Selon l'enquête de la DREES, ils sont présents dans 12 % des services. (14)

Activités actuelles des Services d'Urgences : statistiques 2016 ORU PACA (15)

En 2016 on compte 1 769 516 passages soit +2,8% par rapport à 2015 et +12,6% sur les 5 dernières années.

Profil des patients :

On note une légère surreprésentation masculine par rapport à la population générale. Les enfants et les personnes âgées sont les plus représentés notamment les moins de 5 ans et les femmes de plus de 85 ans.

Horaire d'arrivées : 28 % pendant la nuit, 30% le week end, + 9% de passages par rapport à un jour de la semaine. Sursuractivité pendant l'été avec 11% de passages supplémentaires, liée à l'attractivité touristique de la région.

Des admissions plus fréquentes en fin de matinée.

Arrivée dans 74% des cas par leur propres moyens. 1% SMUR, 16% VSAV, 8% d'ambulance

Motifs de recours et gravité :

Les motifs de recours se répartissent en 61% médico chirurgical, 31% traumatologie, la psychiatrie ne représente que 3% des passages.

La majorité des admissions aux urgences concernent des patients jugés stables nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire (CCMU 2). Les patients avec pronostic vital engagé (CCMU 4 et 5) représentent 1,6% des passages. La gravité des pathologies se modifie avec les âges, par exemple la classe CCMU 4 représentent 1/3 des admissions des plus de 75 ans.

Devenir des patients :

78% rentrent à leur domicile, 21% sont hospitalisés. Le profil des patients hospitalisés se distingue des consultants avec 63% d'hospitalisation pour les plus de 75 ans.

A noter que les patients arrivant par leurs propres moyens sont 81% à rentrer à domicile au terme de la prise en charge.

Activités du Service d'Urgence AP-HM Timone Adultes : statistiques 2016 ORU PACA

En 2016, On compte 84475 passage soit 3,5% de plus par rapport à 2015. Deux pics d'activités sont retrouvés en février et août 2016.

Profil des patients : ici aussi on note un nombre plus élevé d'hommes que de femmes pour un âge moyen de 46 ans. Les plus de 75ans représentent 15,6 % de l'activité.

Horaires d'arrivées : 17,6% des patients arrivent la nuit et 15,3% en nuit profonde (entre minuit et 8h du matin). Le week-end représente 28,9% d'entrées.

49% des patient arrivent par leurs propres moyens. Les VSAV représentent 38% des arrivées viennent ensuite les ambulances (10%) et le SMUR (2%)

Motifs de recours : 62% médicochirurgicale, 32% traumatologie, et 3,8% de psychiatrie.

Les patients cotés CCMU 4 et 5 représente 2,6% en 2016 versus 5,3% en 2015.

Devenir des patients : les retours à domicile représentent 70% des patients.

Remarque : la présentation spécifique de l'activité SAU de l'AP-HM Timone Adulte de Marseille figure en annexe 2.

c. DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMES EN MEDECINE AMBULATOIRE

1. Organisation de la Permanence De Soins (PDS)

L'article 77 du Code de Déontologie Médicale modifié par le décret en septembre 2003 stipule que « Il est du devoir du Médecin de participer à la Permanence des Soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent. »

La PDS est une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par 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 week-ends et les jours fériés. Traditionnellement assurée par les médecins généralistes libéraux, elle recourt parfois à des mutualisations avec le secteur public. (16)

Elle a bénéficié d'une mutation récente.

Il y a une quinzaine d'année, l'organisation des gardes était devenue inefficente. On constatait une désaffection croissante des médecins libéraux pour les astreintes et les gardes. Ils exprimaient des réticences à effectuer des visites dans des zones

insécurisées, et estimait que la valorisation financière des consultations n'était pas corrélée au travail effectué. Enfin il y avait une volonté à accorder davantage de temps à sa vie personnelle.

Ces difficultés ont conduit à une grève des médecins libéraux en 2001 et deux décrets ont été promulgués en septembre 2003 et avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de cette permanence. Ces décrets insèrent dans le Code de la Santé Publique les articles R 730 à R 736.

Désormais la PDS est assurée à la fermeture des cabinets libéraux de 20h à 8h les jours ouvrés, le samedi dès midi ainsi que les dimanches et jours fériés. Un tableau de garde est édité sur la base du volontariat.

Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante, c'est-à-dire, du nombre suffisant de Médecins Volontaires.

Les secteurs sont fixés par le Préfet après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre et avis du CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, permanences des soins et des transports sanitaire).

Son accès est régulé préalablement avec le centre 15 ou via une plateforme de régulation ayant au préalable passé une convention entre l'Etablissement Hospitalier et l'Association de Permanence des soins.

Une revalorisation financière des consultations des actes de nuit, de dimanches et jours fériés a été instituée (17) ainsi qu'un forfait pour les astreintes (150 euros/garde de 12h que le médecin soit sollicité ou non le dimanche et les jours fériés).

2. Les maisons médicales de gardes (MMG)

Une maison médicale de garde, se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins. Son accès devrait être en grande partie médicalement régulé (SAMU).

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental. Leur émergence est la résultante de divers facteurs :

- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux avec le besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, et la demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité toujours en augmentation des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser le nombre de leurs entrées, à défaut de le réduire.

Des rapports montre une diminution des consultations aux SU suite à l'ouverture de MMG (ex : -6 % sur les huit premiers mois d'activité à Romans (18), -1.6% sur les 6 premiers mois à Narbonne (19)), mais surtout une nette diminution des visites à domicile des généralistes. Ceci traduit le fait que le rôle premier de la MMG est celui d'acteur de la permanence des soins, venant se substituer au tour de garde libéral.

3. Association de médecins de gardes

Ces associations regroupes des médecins volontaires réalisant uniquement des consultations non programmées, la plus connu est SOS médecins. Elle existe depuis 1965.

D. ENGORGEMENT DES SERVICES D'URGENCES

1. Etat des lieux

Depuis plusieurs années on assiste à une augmentation continue du nombre d'entrée dans les Service d'urgence. Sur une année, plus d'un français sur 4 a eu recours aux urgences et 1 sur 4 a fait appel au Samu-Centre 15.

Pourtant, ces structures d'urgences sont généralement sous dotées et leur mode de financement est complexe, en associant un financement au forfait d'activité, un financement à l'acte, un financement de tarification à l'Activité (T2A) et un financement interne à chaque établissement. (20)

Cet engorgement pose un véritable problème, en effet l'allongement du temps de prise en charge médicale retentit sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la productivité des professionnels de l'urgence.

Cela pose également un problème de santé publique dû à la méconnaissance persistante du coût d'un passage aux urgences.

Le passage se tarifie selon un forfait ATU « accueil et traitement des urgences » de 25,28 € auquel s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et leurs majorations éventuelles.

Sur la base de cette estimation, chacun des 15 480 000 passages dans un service d'urgence d'un établissement public ou d'un ESPIC, concentrant selon l'enquête de la DREES 86% des flux, reviendrait pour l'assurance maladie en moyenne à 161,50€ (14)(21).

2. Causes

Vieillesse de la population

En France, près d'un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, soit environ 11,6 millions de personnes, dont plus de la moitié ont atteint ou dépassé les 75 ans. Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population en Europe, les sociétés sont confrontées au problème de la dépendance. En 2050, on estime qu'un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. (22)(3)

En ce qui concerne le passage aux urgences selon l'étude menée par l'ORU PACA 2016, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 28% des passages aux urgences. (15)

Modification de la démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2016, la France recense 285 840 médecins toutes spécialités confondues, dont 198144 médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière ; soit une légère diminution de 0,3% sur la période 2007-2016.

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe à quasi-égalité avec le Nord-Pas-de-Calais/Picardie la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière. À titre indicatif, les départements de la Ville de Paris et de la Nièvre enregistrent une baisse identique du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2007-2016 (-25%).

Ces deux exemples mettent en évidence que la désertification n'est pas exclusivement rurale. Elle concerne également les espaces urbains à plus ou moins grandes échelles et diamétralement opposés.

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,3% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans ne représentent que 16% des effectifs. (23)

Féminisation de la profession

Au total les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. Chez les médecins de moins de 50 ans on retrouve néanmoins plus de femmes que d'hommes, cette tendance va vers une augmentation. En effet chez les moins de 35ans on compte 4792 femmes pour 2323 hommes installés en activités régulières.

La variation du taux de féminisation en général entre 2007 et 2016 est estimé à 19,7%. (23)

La Permanence de soins

Malgré les décrets de 2003 et 2005 on constate que les missions de PDS sont globalement assurées par les médecins généralistes libéraux, mais le système s'épuise.

Entre 2012 et 2014 on note une diminution de 10% du nombre de médecin volontaire à la PDS. Ceci peut s'expliquer par une démographie médicale en baisse avec une pyramide des âges inversés, des missions de plus en plus lourdes et complexes en journée, une surcharge de travail administratif et un déficit d'installation en libéral. (16)

Surconsommation des services d'urgences

Les patients qui n'ont pas de médecin traitant sont souvent décrits comme consommateurs inadaptés des services d'urgences. Selon l'étude DRESS, 13% des patients interrogés n'ont pas de médecin traitant. (24) Ce sont majoritairement des individus jeunes, en situation précaire, et la plupart étranger. Cela pose donc plus un problème d'organisation et d'accès global aux soins pour les populations défavorisées.

Selon cette même étude, on remarque que le recours direct sans avis médical au préalable concerne une majorité des usagers à l'exception des personnes âgés. La moitié des plus de 70 ans disent s'être rendues aux urgences sur avis de leur médecin traitant ou d'un autre médecin. Ils prennent cette décision seuls ou avec leur entourage dans un tiers des cas seulement. Pour les plus jeunes ayant un médecin traitant mais qui n'ont pas cherché à le contacter, ils expliquent le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20 %).

Enfin lorsqu'on analyse les données de l'activités des SU, on remarque l'augmentation progressive de consultations pour motifs « bénin », comme l'atteste le classement en CCMU 1 ou 2. Mais la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation (14,4 millions en 2012). (14)

L'ensemble de ces éléments atteste d'une modification des mentalités. L'image des SU pour les usagers n'est plus seulement la prise en charge d'urgences vitales mais aussi la prise en charge immédiate de soins.

Le manque de lit en aval

Pour les patients à hospitaliser, notamment les personnes âgées, la difficulté à trouver un lit est la principale cause d'engorgement des structures hospitalières. L'enquête de la DREES relève que 20% des hospitalisations ont nécessité plus d'un appel de l'équipe soignante pour trouver un lit et que, pour 10 % d'entre elles le délai d'obtention d'un lit a dépassé 4 heures.(14)

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet continue de baisser en France avec une chute de 468 000 en 2003 à 411 000 en 2014, soit une diminution de plus de 12%. Cette baisse progressive touche la quasi-totalité des disciplines et concerne principalement les longs séjours.

III. MATERIELS ET METHODES

A. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée au service d'urgences de l'hôpital de la Timone sur une période de 10 jours au total répartis en deux semaines, du lundi 17 octobre au vendredi 21 octobre 2016 et du lundi 24 octobre au vendredi 28 octobre 2016.

B. POPULATION

L'étude cible les usagers des services d'Urgences.

Critère d'inclusion :

Ont été incluses les personnes de plus de 18 ans se présentant aux SU de la Timone et dirigé par l'IAO vers la filière ambulatoire, durant la période de l'enquête, de 8h30 à 18h30, et acceptant de répondre au questionnaire.

Critères d'exclusions :

Ont été exclus les patients mineurs, les accidents d'expositions, les patients orientés vers la filière « longue », et les consultations pour réquisition médicale.

Au total sur 10 jours nous avons recueilli 345 questionnaires sur les 606 passages.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de deux questionnaires standardisés : une partie « Patient », et une partie « Médecin ».

Le premier était proposé à l'entrée après l'enregistrement par l'IAO au patient. Il comportait en préambule un texte explicatif sur l'étude et 20 questions : 18 fermées et 2 questions ouvertes. Il s'articulait en trois parties : données socio- démographiques, connaissances des structures médicales disponibles, et motifs /motivation de recours aux Urgences.

Le deuxième questionnaire était destiné au médecin ayant pris en charge le patient. Celui-ci était fourni par l'IAO dans le dossier papier du patient dès lors que celui-ci acceptait de participer à l'étude. Il s'articulait autour de 4 questions fermées.

Remarque : le questionnaire figure en annexe 3

D. ANALYSE DES DONNEES

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel SAS-stat par le Dr Mendizabal du service de Santé Publique de l'hôpital de la Conception à Marseille. Nous avons examiné les caractéristiques démographiques de l'échantillon, l'état de connaissance des structures médicales et les motivations de recours aux services d'urgence en utilisant les tests statistiques du Khi-deux et de Fisher.

Le seuil de significativité retenu a été fixé à 5 %.

IV. RESULTATS

A. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE

17/10/ 2016	18/10/ 2016	19/10/ 2016	20/10/ 2016	21/10/ 2016	24/10/ 2016	25/10/ 2016	26/10/ 2016	27/10/ 2016	28/10/ 2016	Total général
20	46	23	25	29	42	30	40	42	48	345

Tableau 1. Participation à l'enquête

345 patients ont participé à l'enquête sur les 606 passages, soit un taux de participation de 56,9%.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTS

1. Age

Age	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
17-19 ans	23	6,7	6,7	6,7
20-29 ans	86	24,9	24,9	31,6
30-39 ans	67	19,4	19,4	51,0
40-49 ans	71	20,6	20,6	71,6
50-59 ans	42	12,2	12,2	83,8
60-69 ans	25	7,2	7,2	91,0
70-79 ans	19	5,5	5,5	96,5
80-89 ans	8	2,3	2,3	98,8
90 - 99 ans	4	1,2	1,2	100,0
Total	345	100,0	100,0	

Tableau 2. Classe d'âge des consultants

83% des patients en circuit court ont moins de 60 ans.

50% des patients ont moins de 40 ans soit un âge moyen de 37,9 ans.

2. Sexe

Femme : 157 (45,5%)

Homme : 188 (54,5%)

	N	Moyenne d'âge	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
femme	157	42,16	19,056	1,521	39,16	45,16	17	96
homme	188	40,78	16,795	1,225	38,36	43,19	18	95
Total	345	41,41	17,846	,961	39,52	43,30	17	96

Tableau 3.1 : Ratio Homme Femme

Il n'existe pas de différence significative de la moyenne d'âge entre les hommes et femmes.

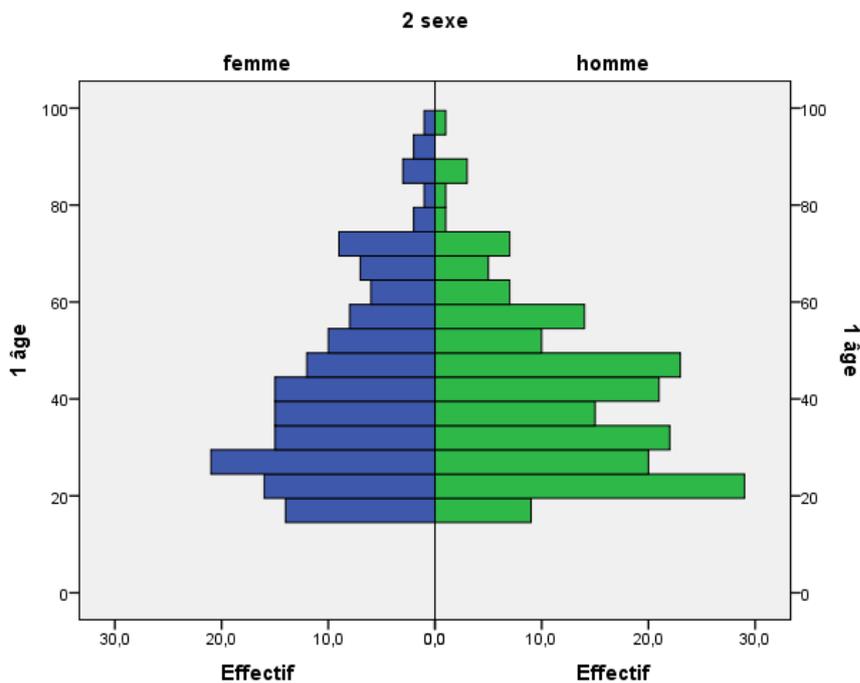


Figure 1 : pyramide d'âge

3. Nationalité

	Homme	Femme	Total	Test p
Etrangère	42 (22,3%)	23 (14,6%)	65 (18,8%)	NS
Française	146 (77,7%)	133 (84,7%)	279 (80,9%)	
Pas de réponse		1 (0,6%)	1 (0,3%)	
Total	188	157	345 (100%)	

Tableau 4 : Nationalité des consultants

81% des patients sont de nationalité française. Pas de différence significative retrouvée entre les hommes et les femmes.

4. Profession

	Homme	Femme	Total	P
Oui	103 (55%)	74 (47%)	177 (51%)	NS
Non	85 (45%)	83 (53%)	168 (49%)	

Tableau 5.1 Professions chez les hommes et les femmes

51% de l'ensemble des patients ont une profession.

Ce taux varie en fonction des tranches d'âge. A partir de la classe des plus de 60 ans le taux de sans profession diminue (retraité).

Tableau croisé 4 Profession * clage

			clage								Total	
			cl17-19 ans	cl20-29 ans	cl30-39 ans	cl40-49 ans	cl50-59 ans	cl60-69 ans	cl70-79 ans	cl80-89 ans		cl90 - 99 ans
4 Profession	non	Effectif	16	40	24	21	18	21	17	8	3	168
		% compris dans clage	69,6%	46,5%	35,8%	29,6%	42,9%	84,0%	89,5%	100,0%	75,0%	48,7%
	oui	Effectif	7	46	43	50	24	4	2	0	1	177
		% compris dans clage	30,4%	53,5%	64,2%	70,4%	57,1%	16,0%	10,5%	0,0%	25,0%	51,3%
Total		Effectif	23	86	67	71	42	25	19	8	4	345
		% compris dans clage	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 5.2 croisé profession et classe d'âge

5. Patient venu dans les heures de travail

Parmi les 177 patients ayant une profession, 111 (63%) sont venus pendant leurs heures de travail.

Les taux ne sont pas significativement différents en fonction du sexe : 66% pour les hommes et 58% pour les femmes.

6. Couverture sociale

328 patients (95%) ont une couverture sociale. 17 patients disent ne pas en avoir. Ce sont surtout des patients dont l'âge est compris entre les 20 et 40 ans et très majoritairement des hommes : quinze hommes pour deux femmes sans couverture sociale. Deux ont cependant la CMUc.

Assurance complémentaire Couverture sociale	CMUc	Mutuelle privée	Rien	Total général
non	2		15	17
oui	68	232	28	328
Total général	70	232	43	345

Tableau 6.1 Couverture sociale chez les consultants

Le taux de couverture sociale est statistiquement plus élevé chez les femmes de l'échantillon que chez les hommes (98,7% versus 92% $p < 0,004$), de même que le recours à une assurance complémentaire : mutuelle privée ou CMUc ($p < 0,019$).

De même 95% des patients ayant une profession ont une couverture sociale versus 91% de ceux qui n'en n'ont pas ($p < 0,004$).

Parmi les étrangers 50 (77%) ont une couverture sociale versus 277 (99%) des français ($p < 0,0001$ Test exact de Fisher).

Nationalité Profession	Française	Etrangère	Total général
non	124	43	167
oui	155	22	177
Total général	279	65	344

Tableau croisé 6.2 Nationalité et profession

Parmi les 328 patients ayant une couverture sociale, 318 (97%) relevaient de la sécurité sociale, 9 (2,7%) de l'AME et 1 ne l'a pas précisé.

232 (70%) avaient une assurance privée, 68 (21%) la CMUc et 28 (8%) n'avaient pas d'assurance complémentaire.

En termes d'assurance complémentaire : 232 (67%) de la totalité des patients ont une assurance privée, 70 (20,3%) la CMUc et 43 (12,5%) n'ont pas d'assurance complémentaire,

	Homme	Femme	Profession oui	Profession non	Français	Etranger
Mutuelle privée	121 (64%)	111 (71%)	136 (77%)	96 (57%)	17 (6%)	26 (40%)
CMUc	35 (19%)	35 (22%)	23 (13%)	47 (28%)	50 (18%)	20 (31%)
Pas d'assurance	32 (17%)	11 (7%)	18 (10%)	25 (15%)	212 (76%)	19 (29%)
Total	188	157	177	168	279	65
Test du Khi-deux	P<0,019		P<0,004		P<0,0001 test de Fisher	

Tableau croisé 6.3 assurance complémentaire / genre / Profession / Nationalité

7. Médecin traitant

304 patients soit 88% ont un médecin traitant. Les femmes ont déclaré avoir plus souvent un médecin traitant que les hommes (93,6% versus 83,5%, $p<0,004$)

8. Ressources médicales

Ressource nommée	Effectifs	%
Médecin traitant	329	95%
SOS médecin	205	59%
Maison médicale	77	22%
SAMU	225	65%
Urgences adulte	316	92%
Urgences psychiatriques	141	41%
Médecin du travail	202	59%

Tableau 7.1 Ressources médicales connues

26 patients de plus des 304 ayant déclaré avoir un médecin traitant citent cette ressource médicale.

Le médecin traitant et les urgences adultes sont les ressources les plus fréquemment citées. Les maisons médicales le moins et ce d'autant moins que les patients n'ont ni couverture sociale ni mutuelle et qu'ils sont étrangers.

Ressource citée	Hom 188	Fem 157	p	Prof oui 177	Prof non 168	p	Français 279	Etrangers 65	p
Médecin traitant	93%	98%	P<0,043	99%	92%	P<0,003	99%	81%	P<0,001**
SOS médecin	57%	62%	NS	67%	52%	P<0,001	64%	38%	P<0,001
Maison médicale	20%	25%	NS	25%	19%	NS	25%	11%	P<0,015
Urgences adulte	91%	92%	NS	93%	90%	NS	91%	92%	NS
SAMU	66%	64%	NS	72%	58%	P<0,009	69%	46%	P<0,001
Urgences psychiatriques	40%	41%	NS	47%	34%	P<0,011	46%	18%	P<0,001
Médecin du travail	60%	57%	NS	74%	42%	P<0,001	63%	37%	P<0,001

Tableau 7.2 Ressources citées en fonction du genre, de la profession et de la nationalité
Test du Khi-deux (significativité à partir de p<0,05) ; **test exact de Fisher pour effectifs insuffisants

Ressource citée	MT oui	MT non	Test Khi- deux	CS oui	CS non	Test Khi- deux	Mutue lle privé e	CMU c	Pas AC	Test Khi- deux
Médecin traitant	304 (100%)	26 (63%)		322 (98%)	8 (47%)		230 (99%)	66 (94%)	34 (79%)	P<0,00 1
SOS médecin	188 (62%)	17 (42%)	P<0,01 3	200 (61%)	5 (29%)	P<0,0 1	152 (65%)	39 (56%)	14 (33%)	P<0,00 1
Maison médicale	70 (23%)	7 (17%)	NS	76 (23%)	1 (6%)	NS	60 (26%)	13 (19%)	4 (9%)	P<0,00 1
Urgences adulte	277 (91%)	39 (95%)	NS	302 (92%)	14 (82%)	NS	213 (92%)	64 (91%)	39 (91%)	P<0,00 1
SAMU	203 (67%)	22 (54%)	NS	221 (67%)	4 (23%)	P<0,0 01	169 (73%)	41 (59%)	15 (35%)	P<0,00 1
Urgences psychiatriques	126 (41%)	151 37%	NS	140 (43%)	1 (6%)	P<0,0 03	112 (48%)	22 (31%)	7 (16%)	P<0,00 1

Médecin du travail	185 (61%)	17 (41,5%)	P<0,01 8	199 (61%)	3 (18%)	P<0,01	160 (69%)	29 (41%)	13 (30%)	P<0,00 1
Total	304	41		328	17		232	70	43	

Tableau 7.3 Ressources citées en fonction du médecin traitant, de la couverture sociale et de la complémentaire santé.

C. MOTIF ET MODE DE CONSULTATION AUX URGENCES

Motif de venue	Total	%	femme	%	homme	%	étranger	%	français	%
traumatisme	203	59%	96	61%	107	57%	28	43%	175	63%
rhumatologie	49	14%	15	10%	34	18%	9	14%	40	14%
infectieux	25	7%	12	8%	13	7%	7	11%	18	6%
dermato	21	6%	11	7%	10	5%	8	12%	12	4%
digestif	9	3%	6	4%	3	2%		0%	9	3%
psychiatrie	8	2%	3	2%	5	3%	1	2%	7	3%
céphalée	5	1%	4	3%	1	1%	2	3%	3	1%
certificat	4	1%	2	1%	2	1%	3	5%	1	0%
ORL	3	1%	3	2%		0%		0%	3	1%
pneumo	3	1%	2	1%	1	1%	2	3%	1	0%
autre	2	1%	1	1%	1	1%		0%	2	1%
avis exam complémentaire	2	1%			2	1%		0%	2	1%
ophtalmo	2	1%			2	1%	2	3%		
AEG	1	0%			1	1%	1	2%		
convulsion	1	0%			1	1%		0%	1	0%
douleur thoracique	1	0%			1	1%	1	2%		
endocrinologie	1	0%			1	1%		0%	1	0%
hématurie	1	0%			1	1%		0%	1	0%
phlébite	1	0%			1	1%		0%	1	0%
post op	1	0%	1	1%				0%	1	0%
renouvellement ordo	1	0%			1	1%	1	2%		
urologie	1	0%	1	1%					1	0%

Tableau 8.1 Motifs de venus en fonction du genre et de la nationalité

Près de 60% des patients viennent pour une cause traumatique et ce quel que soit le sexe. On observe quelques variations en fonction des variables : nationalité, profession, couverture sociale et complémentaire mais les effectifs sont trop faibles pour conclure.

Motif de venue	Profession				Venu aux heures de travail				Couverture sociale			
	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non
traumatisme	111	55%	92	45%	69	62%	42	38%	196	60%	7	41%
rhumato	26	53%	23	47%	18	69%	8	31%	48	15%	1	6%
infectieux	12	48%	13	52%	4	33%	8	67%	25	8%		
dermato	10	48%	11	52%	7	70%	3	30%	18	5%	3	18%
digestif	5	56%	4	44%								
					4	80%	1	20%	9	3%		
psychiatrie	2	25%	6	75%	1	50%	1	50%	7	2%	1	6%
céphalée	4	80%	1	25%	2	50%	2	50%	4	1%	1	6%
certificat			4	100%					2	1%	2	12%
ORL	1	33%	2	67%		100%			3	1%		0%
					1	%						
pneumo	1	33%	2	67%		100%			2	1%	1	6%
					1	%						
autre	1	50%	1	50%			1		2	1%		
Avis exam compl			2	100%					2	1%		
ophtalmo			2	100%					1	0%	1	6%
AEG			1	100%					1	0%		
convulsion	1	100%			1	100%			1	0%		
douleur tho	1	100%			1	100%			1	0%		
endocrino			1	100%					1	0%		
hematurie	1	100%			1	100%			1	0%		
phlébite	1	100%			1	100%			1	0%		
post op			1	100%					1	0%		
renouvellement ordo			1	100%					1	0%		
urologie			1	100%					1	0%		
Total général	177		168		111	63%	66	37%	328		17	

Tableau 8.2 Motifs de venus en fonction de la profession et de la couverture maladie

1. Durée des symptômes

	Ce jour	%	< 2 jours	%	> 2 jours	%	> semaine	%	Total général
traumatisme	135	67%	33	16%	16	8%	19	9%	203
rhumato	21	43%	5	10%	9	18%	14	29%	49
infectieux	2	8%	7	28%	10	40%	6	24%	25
dermato	2	10%	2	10%	4	19%	13	62%	21
digestif			2	22%	3	33%	4	44%	9
psychiatrie	2	25%					6	75%	8
céphalée			1	20%	2	40%	2	40%	5
certificat			1	25%	1	25%	2	50%	4
ORL					2	67%	1	33%	3
pneumo			1	33%			2	67%	3
autre					1	50%	1	50%	2
avis exam complémentaire			1	50%	1	50%			2
ophtalmo	1	50%					1	50%	2
AEG			1						1
convulsion	1								1
douleur tho							1		1
endocrino	1								1
hématurie			1						1
phlébite					1				1
post op							1		1
renouvellement ordo							1		1
urologie	1								1
Total général	166	48%	55	16%	50	14%	74	21%	345

Tableau 9 durée des symptômes en fonction du motif d'entrée

Les traumatismes et les affections rhumatologiques sont le motif qui suscite la venue la plus précoce. Les affections dermatologiques ou infectieuses motivent une consultation après plusieurs jours.

Près de 50% des patients viennent dans les 24 premières heures. Un peu moins d'un tiers des patients consultent pour un motif datant de plus d'une semaine

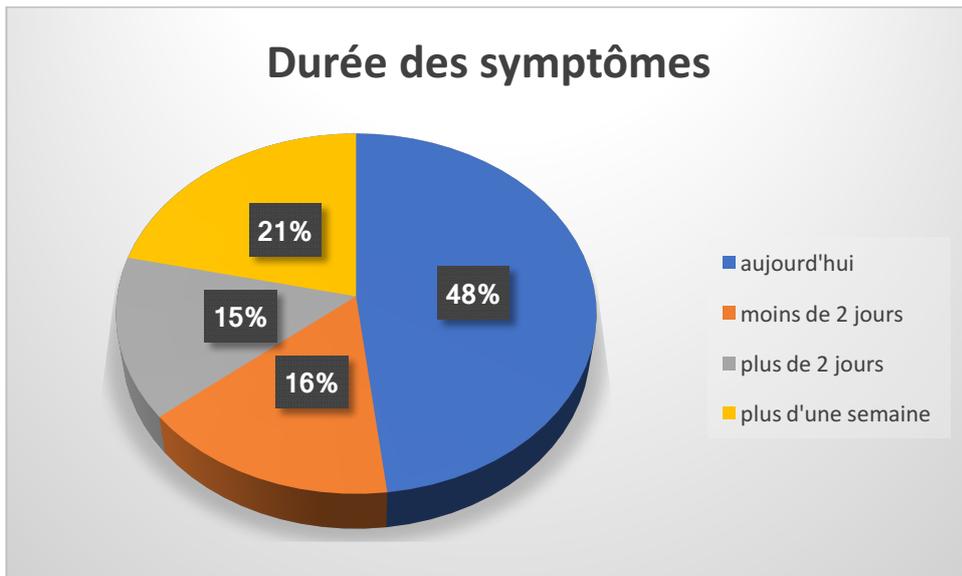


Figure 2. Durée des symptômes chez les consultants

2. Gravité des symptômes

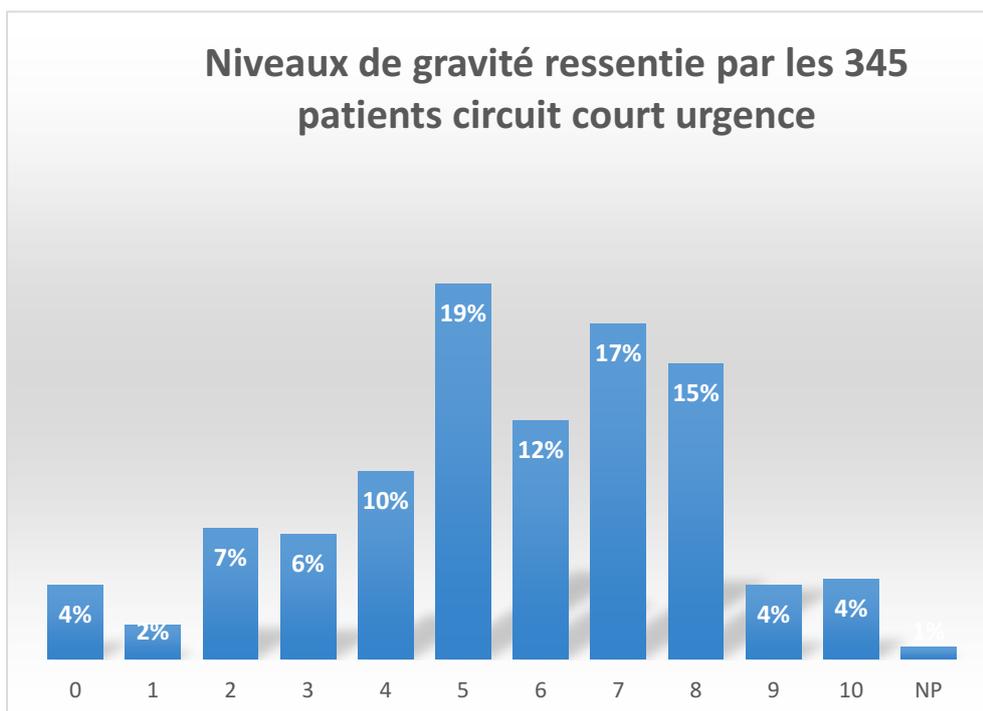


Figure 3 Niveau de gravité ressentie chez les consultants

Le score de gravité moyen est de 5,59 \pm 2,3.

Gravité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NP	Total
traumatisme	7	4	17	17	23	40	18	34	30	6	6	1	203
% traumatisme	3%	2%	8%	8%	11%	20%	9%	17%	15%	3%	3%	0%	100%
rhumato		1	2	2	5	8	14	10	4	2	1		49
% rhumato		2%	4%	4%	10%	16%	29%	20%	8%	4%	2%	0%	
infectieux			2	2		6	3	6	4	1	1		25
% infectieux			8%	8%		24%	12%	24%	16%	4%	4%		
Dermato	1				1	3	2	7	3		3	1	21
% dermato	5%				5%	14%	10%	33%	14%		14%	5%	
digestif					1	1	2	1	2	2			9
psychiatrie	1	1			1	2	1		2				8
céphalée					1	2		1		1			5
certificat	1			1	1	1							4
ORL						1			1		1		3
pneumo							1		2				3
autre						1			1				2
avis exam complémentaire						1					1		2
ophtalmo			1				1						2
AEG									1				1
convulsion	1												1
douleur tho											1		1
endocrino	1												1
hematurie									1				1
phlébite										1			1
post op									1				1
renouvellement ordo	1												1
urologie			1										1
Total général	13	6	23	22	33	66	42	59	52	13	14	2	345
	4%	2%	7%	6%	10%	19%	12%	17%	15%	4%	4%	1%	
		6%	12%	19%	28%	47%	59%	77%	92%	95%	99%	100%	

Tableau 10 Niveau de gravité ressenti en fonction du motif d'entrée

Il n'y a pas de différence dans la gravité ressentie en fonction du sexe ou du fait d'avoir une profession. Par contre les patients d'origine étrangère donnent des cotations plus graves de leur maladie sur les affections traumatiques (moyenne de 6,75 versus 5,13 $p < 0,000$) ou rhumatismales (moyenne de 7,11 versus 5,5 $p < 0,015$) que les français (test non paramétrique U de Mann Whitney).

3. Douleur

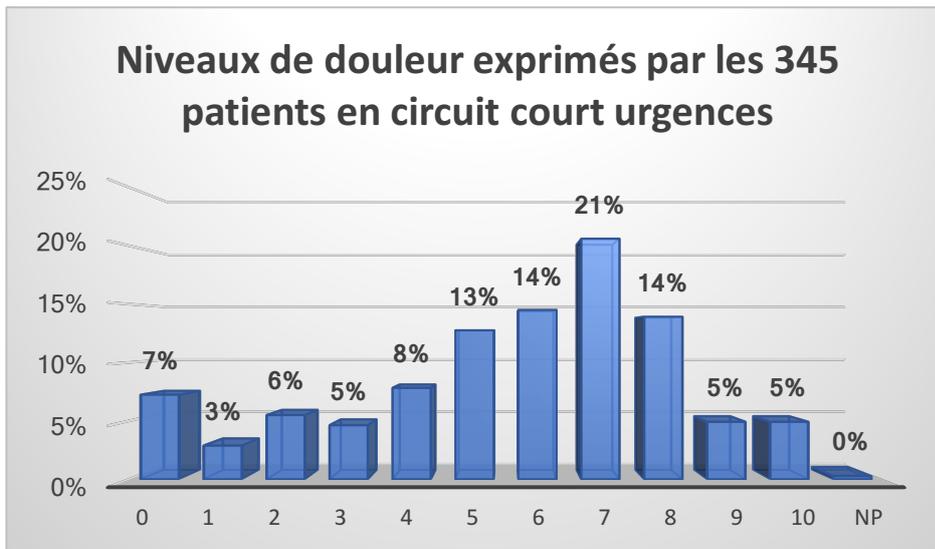


Figure 4 niveau de douleur exprimés chez les consultants

Le niveau de douleur moyen est de 5,60 \pm 2,6.

L'intensité de la douleur n'est pas différente en fonction du sexe, de la nationalité, du fait d'avoir une profession ou de la durée de symptomatologie.

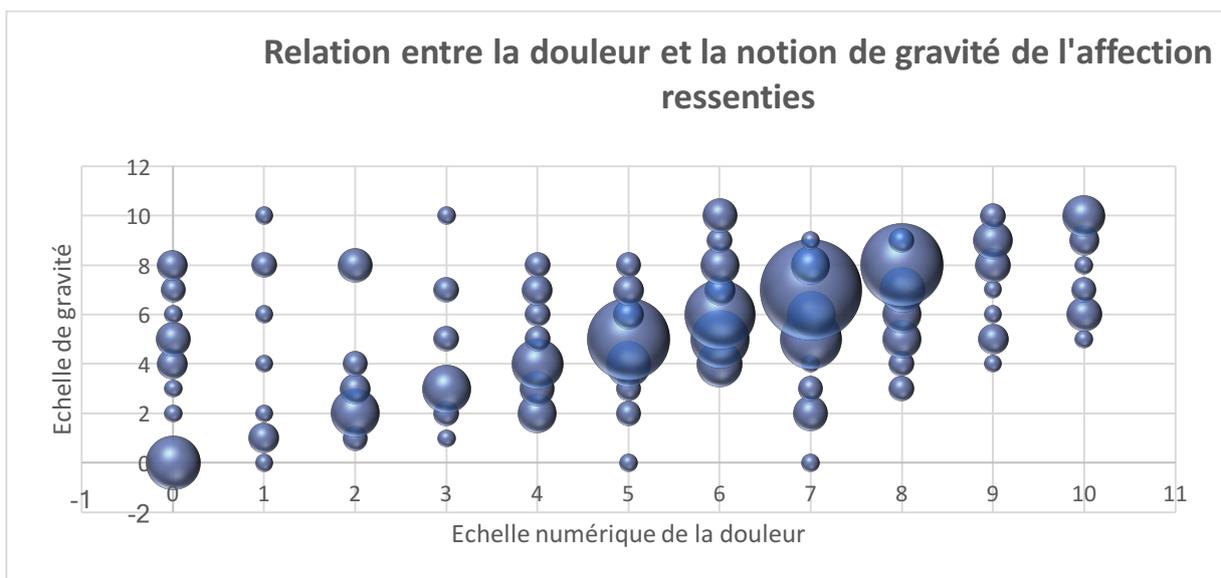


Figure 5 Relation entre la douleur et la gravité ressentie chez les consultants.
La taille des sphères est proportionnelle aux effectifs

Il existe une corrélation forte entre l'intensité de la douleur ressentie et l'appréciation de la gravité de l'état clinique par le patient (test Rho de Spearman significatif à 0,01). Peu de patients ont coté leur niveau de gravité bas et une absence relative de douleur (<=3).

4. Patient atteint d'une maladie chronique

Motif de venue	Maladie chronique			Dont suivi	
	non	oui	% oui	hospitalier	Total
traumatisme	139	64	32%	20 (31%)	203
rhumato	38	11	22%	5 (45%)	49
infectieux	16	9	36%	3 (33%)	25
dermato	14	7	33%	2	21
digestif	7	2	22%		9
psychiatrie	2	6	75%	1	8
céphalée	4	1	20%		5
certificat	3	1	25%		4
ORL	3		0%		3
pneumo	2	1	33%		3
autre	2				2
avis exam complémentaire	1	1	50%	1	2
ophtalmo	2		0%		2
AEG	1				1
convulsion	1		0%		1
douleur tho	1		0%		1
endocrino		1	100%	1	1
hematurie	1		0%		1
phlébite	1		0%		1
post op		1	100%	1	1
urologie	1		0%		1
renouvellement ordo		1	100%		1
Total général	239	106	31%	34	345

Tableau 11 Patient suivi pour une maladie chronique et recours aux urgences.

106 (31%) patients sont atteints de maladie chronique et 34 (33%) sont suivis par l'hôpital.

5. Problème urgent pour le patient

Pour 288 patients (83%) il était urgent de venir à l'hôpital pour la prise en charge de leur problème.

Motif de venue	Urgence de venue			Total
	Non	Oui	% oui	
traumatisme	31	172	85%	203
rhumato	7	42	86%	49
infectieux	5	20	80%	25
dermato	2	19	90%	21
digestif		9	100%	9
psychiatrie	3	5	63%	8
céphalée	1	4	80%	5
certificat	2	2	50%	4
ORL	1	2	67%	3
pneumo	1	2	67%	3
autre		2	100%	2
avis exam complémentaire		2	100%	2
ophtalmo	1	1	50%	2
AEG		1	100%	1
convulsion	1		0%	1
douleur tho		1	100%	1
endocrino	1		0%	1
hématurie		1	100%	1
phlébite		1	100%	1
post op		1	100%	1
renouvellement ordo		1	100%	1
urologie	1		0%	1
Total général	57	288	83%	345

Tableau 12.1 urgence de venue selon le motif.

On note une différence statistiquement significative dans la douleur moyenne ressentie et la gravité cotée en fonction du niveau d'urgence ressenti.

Urgence de venue									
		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
2 degré de gravité	non	57	2,98	1,959	,260	2,46	3,50	0	7
	oui	286	6,11	2,096	,124	5,87	6,36	0	10
	Total	343	5,59	2,377	,128	5,34	5,84	0	10
3 douleur	non	57	3,79	2,582	,342	3,10	4,47	0	9
	oui	287	5,97	2,499	,147	5,67	6,26	0	10
	Total	344	5,60	2,636	,142	5,33	5,88	0	10

Tableau 12.2 urgence de venue en fonction de la gravité et de la douleur

On ne note pas de différence significative dans la fréquence rapportée de la notion d'urgence de venue en fonction du sexe, du fait d'avoir une profession, du fait d'avoir un médecin traitant, du fait de la couverture sociale ni d'assurance complémentaire, ni de la durée des symptômes, ni des moyens de transport.

	Femme	Homme	Profession oui	Profession non	Med traitant oui	Med traitant non	Couverture sociale oui	Couverture sociale non
problème urgent	130 (82,8%)	158 (84%)	152 (85,9%)	136 (81%)	253 (83,2%)	35 (85,4%)	273 (83,2%)	15 (88,2%)
Test Khi-deux	NS		NS		NS		NS	

Tableau 12.3 urgences de venue en fonction du genre, profession, médecin traitant, couverture social

	Ambulance	Pompiers	Moyens personnels	Autre
% problème urgent	12 (100%)	74 (81,3%)	187 (83,5%)	15 (83,3%)
Test Khi-deux	NS			

Tableau 12.4 Urgence de venue selon le moyen de transport.

Les patients présentant une maladie chronique sont un peu plus fréquents à considérer leur problème urgent indépendamment du fait d'être suivis ou pas à l'hôpital.

	Français	Etrangers	Mutuelle privée	CMUc	Maladie chronique oui	Maladie chronique non
% problème urgent	231 (82,8%)	56 (86,2%)	188 (81%)	63 (90%)	95 (89,6%)	193 (80,8%)
Test Khi-deux	NS		NS		P<0,041	

Tableau 12.5 urgence de venue selon la nationalité, complémentaire santé, maladie chronique

6. Moyen de transport

La grande majorité des patients (65%) sont venus par leurs propres moyens.

	Moyens personnels	Pompiers	Ambulance	Autre
Mode de transport	224 (64,9%)	91 (26,4%)	12 (3,5%)	18 (5,2%)

Tableau 13.1 Moyens de transport des consultants

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la douleur moyenne ressentie ou la notion de gravité exprimée en fonction du mode de transport.

Il n'y a pas de différence dans les modes de transport en fonction du sexe de la nationalité ou de la couverture sociale par contre oui du fait d'exercer une profession.

	Femme	Homme	Prof oui	Prof non	Etranger	Français	Couv S oui	Couv S non
Ambulance	5 (3,2%)	7 (3,7%)	6 (3,4%)	6 (3,6%)	2 (3,1%)	10 (3,6%)	11 (3,4%)	1 (5,9%)
Autre	7 (4,5%)	11 (5,9%)	13 (7,3%)	5 (3%)	4 (6,2%)	14 (5%)	18 (5,5%)	0
Pompiers	42 (26,8%)	49 (26,1%)	55 (31,1%)	36 (21,4%)	14 (21,5%)	77 (27,6%)	88 (26,8%)	3 (17,6%)
Propres moyens	103 (65,6%)	121 (64,4%)	103 (58,2%)	121 (72%)	45 (69,2%)	178 (63,8%)	211 (64,3%)	13 (76,5%)
Test Khi-deux de Pearson	NS		P<0,033		NS		NS	

Tableau 13.2 moyens de transport en fonction du sexe, profession, nationalité et couverture sociale.

Les patients ayant une profession sont venus plus fréquemment aux urgences avec les pompiers. 46 patients (26%) sur les 177 ayant une profession sont venus aux urgences pendant leurs heures de travail avec les pompiers

	Med traitant non	Med traitant oui	Med Trait ressources Oui	Med Trait ressources Non	SOS med Oui	SOS med Non	Maison Medicale Oui	Maison médicale Non
Ambulance	0	12 (3,9%)	12 (3,6%)	0	5 (2,4%)	7 (5%)	1 (1,3%)	11 (4,1%)
Autre	1 (2,4%)	17 (5,6%)	18 (5,5%)	0	8 (3,9%)	10 (7,1%)	3 (3,9%)	15 (5,6%)
Pompiers	6 (14,6%)	85 (28%)	89 (27%)	2 (13,3%)	58 (28,3%)	33 (23,6%)	20 (26%)	71 (26,5%)
Propres moyens	34 (82,9%)	190 (62,5%)	211 (63,9%)	13 (86,7%)	134 (65,4%)	90 (64,3%)	53 (68,8%)	171 (63,8%)
Test Khi- deux de Pearson	NS		NS		NS		NS	

Tableau 13.3 Moyens de transports selon les ressources d'accès aux soins

	SAMU oui	SAMU non	Urg adult oui	Urg adult non	Urg psy oui	Urg psy non	Mtravail Oui	Mtravail Non
Ambulance	7 (3,1%)	5 (4,2%)	10 (3,2%)	2 (6,9%)	2 (1,4%)	10 (4,9%)	7 (3,5%)	5 (3,5%)
Autre	11 (4,9%)	7 (5,8%)	15 (4,7%)	3 (10,3%)	8 (5,7%)	10 (4,9%)	10 (5%)	8 (5,6%)
Pompiers	62 (27,6%)	29 (24,2%)	80 (25,3%)	11 (37,9%)	42 (29,8%)	49 (24%)	57 (28,2%)	34 (23,8%)
Propres moyens	145 (64,4%)	79 (65,8%)	211 (66,8%)	13 (44,8%)	89 (63,1%)	135 (66,2%)	128 (63,4%)	96 (67,1%)
Test Khi- deux de Pearson	NS		NS		NS		NS	

Tableau 13.4 moyens de transports selon les ressources d'accès aux soins

Pas de différence significative retrouvée dans le mode de transport utilisé et les connaissances des structures médicales existantes.

Motif de venue	propre moyen	%	pompiers	%	ambulance	%	autre	%	Total
traumatisme	118	58%	69	34%	7	3%	9	4%	203
rhumato	26	53%	15	31%	3	6%	5	10%	49
infectieux	24	96%	1						25
dermato	17	81%			1		3		21
digestif	7	78%	1				1		9
psychiatrie	4	50%	4						8
céphalée	5	100%							5
certificat	4	100%							4
ORL	3	100%							3
pneumo	2	67%	1						3
autre	2	100%							2
avis exam complémentaire	1	50%			1				2
ophtalmo	2	100%							2
AEG	1	100%							1
convulsion	1	100%							1
douleur tho	1	100%							1
endocrino	1	100%							1
hematurie	1	100%							1
phlébite	1	100%							1
post op	1	100%							1
renouvellement ordo	1	100%							1
urologie	1	100%	1						1
Total général	224	65%	91	26%	12	3%	18	5%	345

Tableau 13.5 moyens de transport en fonction du motif d'entrée

Les traumatismes et les affections rhumatismales représentent 91% des motifs de mobilisation des pompiers ou des ambulances.

7. Consultation préalable

Motif de venue	non	% non	oui	%oui	Med généraliste	SOS médecin	Spécialiste	Autre
traumatisme	158	78%	45	22%	20	2	7	16
rhumato	36	73%	13	27%	9		3	1
infectieux	17	68%	8	32%	4	1	2	1
dermato	12	57%	9	43%	5	1	3	
digestif	3	33%	6	67%	6			
psychiatrie	7	88%	1	13%			1	
céphalée	3	60%	2	40%	2			
certificat	2	50%	2	50%		2		
ORL	1	33%	2	67%	1		1	
pneumo	3	100%						
autre			2	100%	2			
avis exam complémentaire			2	100%	1		1	
ophtalmo	2	100%						
AEG	1	100%						
convulsion			1	100%	1			
douleur tho	1	100%						
endocrino			1	100%	1			
hematurie	1	100%						
phlébite			1	100%			1	
post op	1	100%						
renouvellement ordo	1	100%						
urologie			1	100%	1			
Total général	249	72%	96	28%	53 (55%)	6 (6%)	19 (19%)	18 (18%)

Tableau 14.1 consultation préalable en fonction du motif d'entrée

72% des patients n'ont pas consulté de médecin avant de venir aux urgences.

Pour les traumatismes ce taux monte à 78%.

Les patients ayant consulté l'ont fait par rapport à des symptômes motivant leur venue aux urgences d'une durée plus fréquemment supérieure à 2 jours que ceux venus directement aux urgences ($p < 0,001$).

Les généralistes sont les plus souvent consultés (55%) quel que soit le motif de venue.

Le taux de recours à une consultation préalable n'est pas très impacté par le fait d'avoir ou pas une maladie chronique (34% de recours à la consultation préalable chez les patients atteints de maladie chronique versus 25%).

Consultation préalable	Ce jour	%	< 2 jours	%	> 2 jours	%	> semaine	%	Total général
Oui	24	25%	8	8,3%	28	29,2%	36	37,5%	96
Non	142	57%	47	18,9%	22	8,8%	38	15,3%	249
Total	166		55		50		74		345

Tableau 14.2 consultation préalable en fonction de la durée des symptômes

Parmi les 249 patients les trois facteurs qui reviennent le plus souvent dans les motifs de non recours à une consultation médicale en ville est le fait que le médecin n'est pas de matériel adapté (57 patient soit 23%), que les horaires de consultation non adaptés (40 patients soit 16%) ou encore dans les motifs autres le fait de faire intervenir en premier les pompiers essentiellement pour les traumatismes et affections rhumatismales (36 soit 14%). Dans 64 cas (25%) le motif est non précisé.

Motif de recours aux urgences sans consultation préalable	Nombre	%
horaires de consultation non adaptés	40	16%
médecin sans matériel adapté	57	23%
pas de réponse téléphonique	15	6%
autre	105	42%
Non précisé	32	13%
Total général	249	

Tableau 14.3 Motif de recours aux urgences sans consultation préalable

Motif de venue	autre	horaires consultation non adaptés	médecin sans matériel adapté	pas de réponse téléphonique	NP	Total
traumatisme	70	22	39	7	20	158
	44%	14%	25%	4%	13%	
rhumato	20	4	7	1	4	36
	56%	11%	19%	3%	11%	
infectieux	4	8	3	1	1	17
	24%	47%	18%	6%	6%	
dermato	3	3	1	3	2	12
	25%	25%	8%	25%	17%	
psychiatrie	5			1	1	7
céphalée		1	1		1	3
digestif		1	2			3
pneumo	1		1		1	3
certificat		1			1	2
ophtalmo	1				1	2
AEG	1					1
douleur tho				1		1
hematurie			1			1
ORL			1			1
post op			1			1
renouvellement ordo				1		1
Total général	105 (42%)	40 (16%)	57 (23%)	15 (6%)	32 (13%)	249

Tableau 14.4 motifs de consultations selon les motifs de recours aux urgences sans consultations préalables

Motif de recours « autre »	Nombre	%
Pompier	36	34%
Non précisé	32	30%
pas pensé au MG	8	8%
distance	6	6%
absent	6	6%
urgent	4	4%
pas de MG	4	4%
pharmacien	3	3%
non précisé	2	2%
AT	1	1%
AVP	1	1%
plus facile d'aller aux urgences	1	1%
police	1	1%
SAMU	1	1%

Tableau 14.5 Motifs de recours aux urgences déclarés « autres »

Dans le cadre des traumatismes on voit le rôle principal joué par les pompiers ou SAMU ou police dans l'acheminement direct vers le service des urgences.

Autre motif de non recours	traumatisme	rhumato	AE G	dermato	infectieux	ophtalmo	pneumo	psychiatrie	Total
pompier	31	5							36
Non précisé	18	7		2	3			4	34
pas pensé au MG	6	2							8
distance	3	1	1				1		6
absent	2	2		1					5
urgent	4								4
pas de MG	1	3							4
pharmacien	2				1				3
AT	1								1
AVP	1								1
MT absent						1			1
plus facile d'aller aux urgences								1	1
police	1								1
SAMU	1								1
Total général	71	20	1	3	4	1	1	5	106

Tableau 14.6 Motifs de recours « autre » selon le motif de consultations

8. Décision de venue aux urgences

Presque 1 patient sur 2 a décidé seul de sa venue aux urgences (48%).

14% sont venus sur avis d'amis ou de la famille, 14% sur avis médical, 10% par leur employeur, 9% par pompiers, 3% sur avis du pharmacien, 2% suite à l'avis du SAMU et 1% ne l'ont pas précisé.

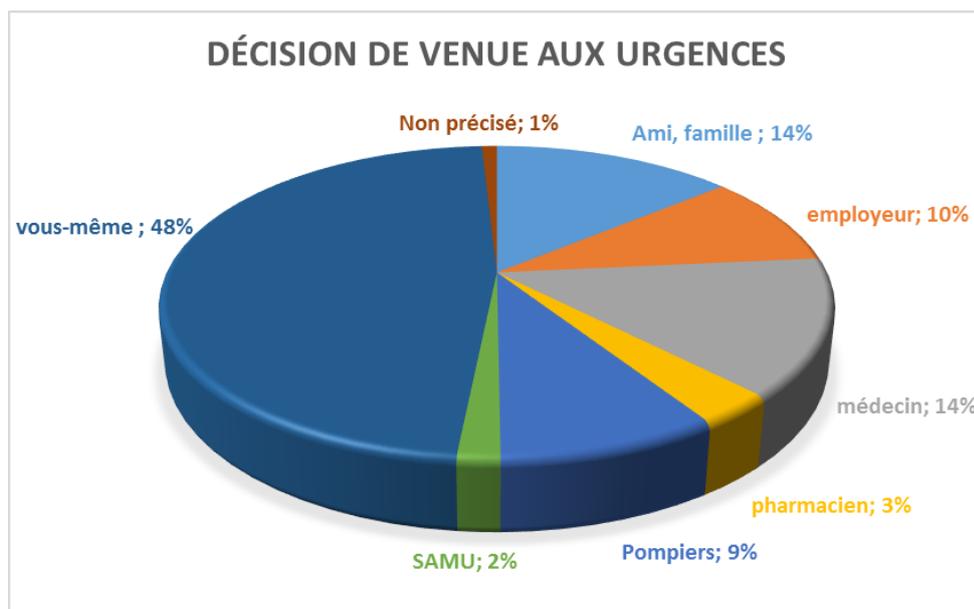


Figure 6 Décision de venue aux urgences des consultants

Lorsque le patient a eu une consultation préalable dans 1 cas sur deux c'est le médecin qui adresse le patient aux urgences. Dans 12% des cas les patients viennent dans le contexte du travail adressés par leur employeur pour des affections traumatiques ou rhumatismales, le plus souvent (91% des cas) aux heures de travail.

Décision	Consultation préalable				Total général
	non	% non	oui	% oui	
Vous-même	129	52%	35	36%	164
Médecin	1	0%	48	50%	49
Ami, famille	41	16%	7	7%	48
Employeur	31	12%	2	2%	33
Pharmacien	11	4%			11
Pompiers	31	12%			31
SAMU	2	1%	4	4%	6
Non précisé	3	1%			3
Total	249		96		345

Tableau 15 Décision de venue aux urgences en fonction d'une consultation préalable

9. Motif de venue ce jour aux urgences

70 patients (20%) n'ont donné pour seul motif que le fait qu'ils aient été adressés par un médecin/pompiers/SAMU.

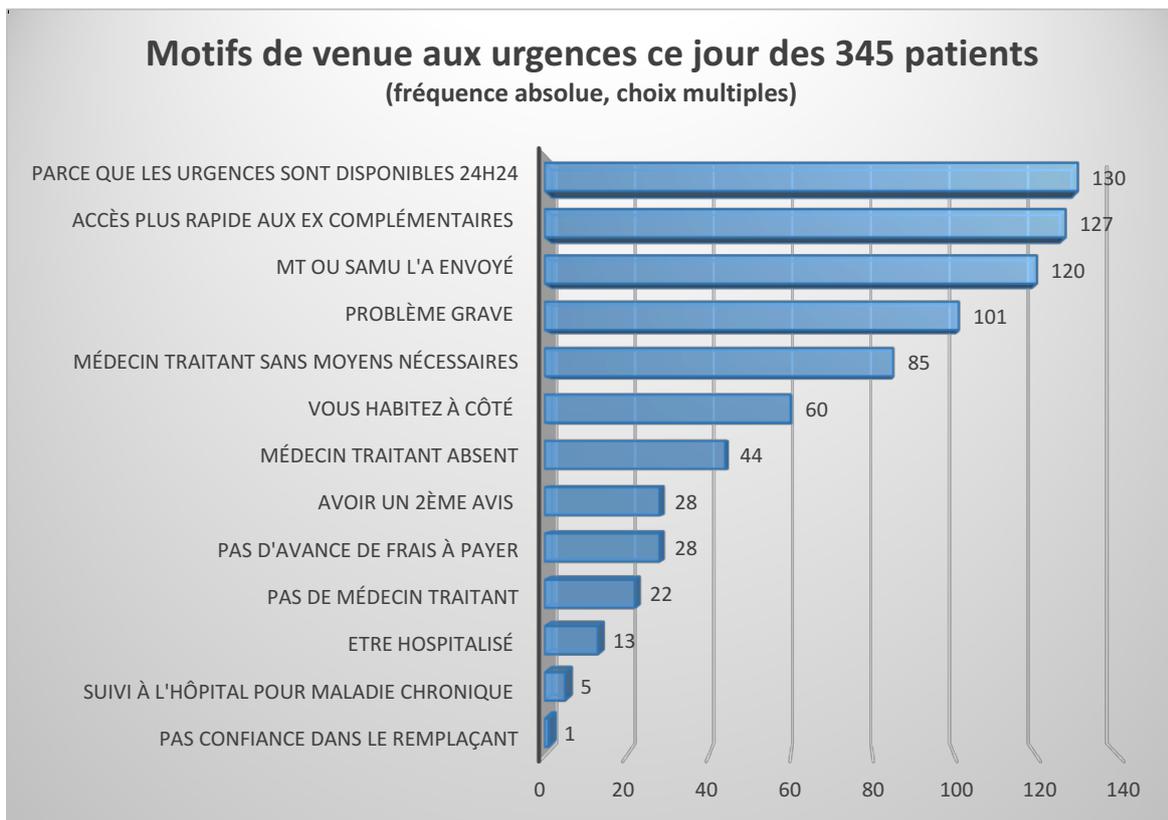


Figure 7 : motif de venus chez les consultants

Pour les affections traumatologiques on peut distinguer trois justifications à l'arrivée aux urgences : l'adressage par le médecin traitant, les pompiers ou le SAMU d'une part et l'accessibilité des urgences 24h/24h avec la possibilité d'avoir rapidement des examens complémentaires d'autre part.

Ces deux réponses étaient associées dans 42% des cas.

Motifs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
traumatisme	35	71	79	10	7	20		48	8	5	2	47	87	203
	17 %	35 %	39 %	5%	3%	10 %		24 %	4%	2 %	1 %	23 %	43 %	
rhumato	11	15	16	6	4	5		12	6			17	14	49
	22 %	31 %	33 %	12 %	8%	10 %		24 %	12 %			35 %	29 %	
infectieux	3	14	6	2	2	6	1	8	2	3		9	5	25
	12 %	56 %	24 %	8%	8%	24 %	4 %	32 %	8%	12 %		36 %	20 %	
dermato	3	11	7	2	2	6		6	3		1	11	4	21
	14 %	52 %	33 %	10 %	10 %	29 %		29 %	14 %		5 %	52 %	19 %	
digestif	2	4	6	1		2		2	4	1		4	3	9
psychiatrie		5	2	2	3	1		1			1	2	2	8
céphalée	1	3	5	1	1			4	2	1		2		5
certificat	1	2		2	2									4
ORL		1	1	1		1		2	1			1		3
pneumo	2	1								1		1		3
autre			1					1	1			1	1	2
avis exam complémentaire		1	1						1	1	1	2	1	2
ophtalmo	1	2	2	1	1	1						1		2
AEG	1											1		1
convulsion													1	1
douleur tho						1								1
endocrino													1	1
hematurie								1				1		1
phlébite			1											1
post op										1		1		1
renouvellement ordo						1								1
urologie													1	1
Total	60	130	127	28	22	44	1	85	28	13	5	101	120	345

Tableau 16. Motifs d'entrée selon le motif de venue aux urgences.

- | | |
|--|--|
| 1. vous habitez à côté | 8. médecin traitant sans moyens nécessaires |
| 2. parce que les urgences sont disponibles 24h24 | 9. avoir un 2ème avis |
| 3. accès plus rapide aux ex complémentaires | 10. être hospitalisé |
| 4. pas d'avance de frais à payer | 11. suivi à l'hôpital pour maladie chronique |
| 5. pas de médecin traitant | 12. problème grave |
| 6. médecin traitant absent | 13. MT ou SAMU l'a envoyé |
| 7. pas confiance dans le remplaçant | |

D. AVIS MEDICAL DU SERVICE DES URGENCES SUR LA PERTINENCE DU RECOURS AUX URGENCES

De l'avis des urgentistes, seuls 43% des passages aux urgences étaient justifiées.

La justification est variable en fonction des motifs de venue.

Dans le cadre des affections traumatologiques un peu plus de la moitié des patients justifiaient d'un passage aux urgences. A contrario pour les causes rhumatismales, infectieuses, dermatologiques ou psychiatriques moins d'un quart des patients justifiaient d'un recours au service des urgences.

Motif de venue	non	% non	oui	%oui	NP	Total
traumatisme	88	43%	114	56%	1	203
rhumato	42	86%	7	14%		49
infectieux	18	72%	6	24%	1	25
dermato	16	76%	5	24%		21
digestif	6	67%	3	33%		9
psychiatrie	7	88%	1	13%		8
céphalée	3	60%	2	40%		5
certificat	4	100%				4
ORL	3	100%				3
pneumo	2	67%	1	33%		3
autre			2	100%		2
avis exam complémentaire	1	50%	1	50%		2
ophtalmo	2	100%				2
AEG	1	100%				1
convulsion			1	100%		1
douleur tho			1	100%		1
endocrino			1	100%		1
hematurie			1	100%		1
phlébite			1	100%		1
post op	1	100%				1
renouvellement ordonnance	1	100%				1
urologie	1	100%				1
Total général	196	57%	147	43%	2	345

Tableau 17.1 Justification du recours en fonction du motif d'entrée

L'avis médical est significativement différent en fonction du mode de transport des patients : la venue était justifiée pour 58,7% des patients venus en ambulance, 59,3% de ceux amenés par les pompiers, 35,9% pour les patients venus par leurs propres moyens et 38,9% par d'autres moyens ($p < 0,001$). De même lorsque le patient a coché

qu'il a été adressé par son médecin traitant ou le SAMU le taux de justification de la consultation aux urgences est de 64,2% (77 patients).

Par contre il n'y a pas de relation avec le sexe du patient, la nationalité, l'intensité de la douleur ou de la gravité jugée par le patient, la notion d'urgence jugée par le patient, de l'adressage aux urgences, de la profession, ou de la couverture sociale.

Justification de la consultation aux urgences		N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Gravité	oui	147	5,49	2,581	0	10
	non	195	5,69	2,206	0	10
	Total	342	5,60	2,373	0	10
Douleur	oui	147	5,48	2,708	0	10
	non	196	5,71	2,588	0	10
	Total	343	5,61	2,639	0	10

Tableau 17.2 justification du recours en fonction de la gravité et de la douleur ressenties

Pas de différence statistiquement significative dans les moyennes observées.

Décision de venue	Motif de consultation justifiait l'urgence				Total général
	non	% non	oui	% oui	
Vous-même	115	70,1%	49	29,9%	164
Médecin	19	38,8%	30	61,2%	49
Ami, famille	27	57,4%	20	42,6%	47
Employeur	17	51,5%	16	48,5%	33
Pharmacien	7	63,6%	4	36,4%	11
Pompiers	9	29%	22	71%	31
SAMU	1	16,7%	5	83,3%	6
Non précisé	1		2		3
Total	196	57%	148	43%	344

Tableau 17.3 justification de l'entrée en fonction de l'adressage aux urgences

Justification de l'urgence	Profession				Venu aux heures de travail				Couverture sociale			
	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non
Oui	86	48,6%	62	37,1%	56	50,6%	31	47%	144	44%	4	23,5%
Non	91	51,4%	105	62,9%	55	49,5%	35	53%	183	56%	13	76,5%
Total	P<0,032				NS				NS			

Tableau 17.4 justification du recours en fonction de la profession et couverture sociale

Justification de l'urgence	Homme	Femme	Français	Etranger	CMUc	Mutuelle privée
Oui	80 (42,8%)	68 (43,3%)	128 (46%)	20 (30,8%)	24 (34,8%)	110 (47,4%)
Non	107 (57,2%)	89 (56,7%)	150 (54%)	45 (69,2%)	45 (65,2%)	122 (52,6%)
Total	NS		P<0,025		NS	

Tableau 17.5 justification du recours en fonction du sexe, de la nationalité et de la complémentaire santé

Justification de l'urgence / moyen de transport	Ambulance	Pompiers	Autre	Propres moyens	Consulta médicale oui	Consult médicale Non
Oui	7 (58,3%)	54 (59,3%)	7 (38,9%)	80 (35,9%)	44 (45,8%)	104 (42%)
Non	5 (41,7%)	37 (40,7%)	11 (61,1%)	143 (64,1%)	52 (54,2%)	144 (58%)
Total	P<0,001				NS	

Tableau 17.6 justification du recours en fonction du mode de transport et de la consultation préalable.

Motif de venue	Prise en charge recommandée								Total général
	aux urgences psychiatriques	par le MG avec examens complémentaires		par le MG sans examens complémentaires		par un spécialiste		NP	
traumatisme		46	52%	35	40%	6	7%	1	88
rhumato		12	29%	25	60%	4	10%	1	42
infectieux		3	17%	14	78%	1	6%		18
dermato				13	81%	3	19%		16
psychiatrie	5 (71%)			2	29%				7
digestif		2	33%	3	50%	1	17%		6
certificat				4	100%				4
céphalée				3	100%				3
ORL				2	67%	1	33%		3
ophtalmo						2	100%		2
pneumo		2	100%						2
AEG		1	100%						1
avis exam complémentaire						1	100%		1
post op		1	100%						1
renouvellement ordo				1	100%				1
urologie		1	100%						1
Total général	5 (3%)	68	35%	102	52%	19	10%	2	196

Tableau 17.7 prise en charge recommandé en fonction du motif d'entrée

Très peu de patients dont la venue aux urgences ne semble pas justifiée relevaient d'un avis d'un spécialiste (7%).

Dans plus de la moitié des cas et en particulier dans les affections rhumatismales, infectieuses ou dermatologiques le médecin généraliste sans examens complémentaires aurait pu être à même de prendre le patient en charge.

Pour les traumatismes le recours au MG avec des examens complémentaires ou à des avis spécialisés est majoritairement requis.

Le motif de recours aux urgences pour les patients qui connaissent les maisons médicales de garde n'est pas plus justifié que pour ceux qui ne les connaissent pas

(36 patients/77 soit 46,8% de ceux connaissant les maisons médicales ont un recours justifié versus 112/277 (41,9%) qui ne les ont pas citées, NS).

Le recours justifié aux urgences est indépendant du fait de connaître ou pas les maisons médicales de garde, d'avoir un médecin traitant, de citer les urgences adultes, ou le médecin du travail.

Maison médicale	Non spécifié	Ami, famille	employeur	médecin	pharmacien	Pompier	Samu	Vous-même	Total général
Oui	0	10	11	15	2	7	1	31	77
Non	3	38	22	34	9	24	5	133	268
Total	3	48	33	49	11	31	6	164	345

Tableau 17.8 Connaissance des Maison médicale selon l'adressage aux services d'urgences

1. Actes réalisés

30% des patients venus aux urgences n'ont requis aucun acte et tous sont repartis à domicile. On note une différence significative du pourcentage de patients qui n'ont pas eu d'examen en fonction de leur sexe (41 femmes (26%) versus 68 hommes (36%) $p < 0,045$) ; le fait d'avoir une profession (40 patients avec profession (22,6%*) versus 69 (41%) sans profession $p < 0,001$) ; une couverture sociale (10 (59%) sans couverture versus 99 (30%) avec couverture $p < 0,013$).

Les différences ne sont pas statistiquement significatives en fonction du fait que le patient ait ou pas un médecin traitant (91 patient (30%) chez ceux qui en ont versus 18 (44%) chez ceux qui n'en n'ont pas) ; une assurance complémentaire (18 patients sans assurance (42%) versus 27 patients (39%) pour la CMUc et 64 patients (28%) pour ceux disposant d'une mutuelle privée).

La notion d'urgence du patient n'a pas d'impact sur le recours à des actes : 19 (33%) chez qui le problème n'était pas urgent n'ont eu aucun acte versus 90 (31%) pour qui le problème était urgent. De même le fait d'avoir eu une consultation médicale préalable n'a pas d'impact sur la réalisation des actes : 77 patients sans consultation préalable (30,9%) n'ont eu aucun acte versus 32 (33,3%) patients avec consultation préalable.

	Aucun acte	%	Prescriptions	%	Plâtres	%	Sutures	%	ECG	%	Bilans sanguins	%	Radios	Scanner	IRM	Avis spécialisé	%	Autres	%			
AEG											1	10%	1	1						0%		
autre							1	50%			1	50%	1	50%					1	50%		
avis exam complémentaire											1	50%		2	100%		2	100%		0%		
céphalée	2	40%									2	40%		1	20%	1	20%	2	100%	1	20%	
certificat	3	75%											1	25%							0%	
convulsion								1	100%	1	100%			1	100%						0%	
dermato	10	48%	7	33%							2	10%					2		1	100%	1	5%
digestif	4	44%						1	100%	1	33%						2		2	100%		0%
douleur tho								1	100%	1	100%											0%
endocrin o								1	100%	1	100%									1	###	

hématurie											1	10								1	####	
infectieux	16	64	3	1							5	20	1	4	1	4			2	8	0%	
		%		2	%																	
ophtalmo	1	50																	1	5	0%	
		%																				
ORL	1	33									1	33							1	3	0%	
		%																				
phlébite											1	10									1	####
pneumo									2	6	1	33	2	6							1	33%
									%	%		%	%									
post op											1	10	1	1								0%
												%	0	0								
psychiatrie	6	75							2	2	1	13										0%
		%							%	%												
renouvellement ordo	1	10																				0%
		%																				
rhumato	34	69							1	2	2	4	1	2	1	2			2	4	1	2%
		%							%		%	%	2	4	%					%		
traumatisme	31	15	37	1	2	1	2	1	1		17	8	1	6	1	5			40	2	9	4%
		%		8	1	0	1	0				%	3	7	1	%				0		
				%	%	%	%						6	%						%		
urologie																					1	####
Total général	10	32	47	1	2	6	2	6	1	3	43	12	1	4	1	5	1	0	53	1	1	5%
	9	%		4	1	%	2	%	0	%		%	5	5	7	%	%		5	8	%	
				%									5	%								

Tableau 18.1 Actes réalisées en fonction du motif de consultations.

Les différents actes réalisés ne sont pas majoritairement pas impactés par le sexe, la couverture sociale, le fait d'avoir un médecin traitant ou d'avoir eu une consultation préalable, le fait que le problème ait été jugé urgent par le patient.

Les seules différences observées concernent les pansements, sutures, et radios faites de manière significativement plus importante chez les patients avec une profession et couverts par une mutuelle privée :

-Profession : pansements 32 (18,1%) versus pas de profession : pansements 15 (8,98%) $p < 0,013$

-Assurance complémentaire : Mutuelle privée : 39 (18,9%) versus CMUC 5 (7,1%) pas de complémentaire 3 (7%) $P < 0,047$

-Profession : plâtres : 16 (9%) versus 5 (3%) chez ceux sans profession $p < 0,019$

-Sexe : sutures : 15 (9,6%) chez la femme versus 7 (3,7%) chez l'homme $p < 0,027$

-Mutuelle privée : sutures : 22 (9,5%) versus 0 pour les CMUC ou sans mutuelle.

-Mutuelle privée : bilans sanguins faits : 36 (15,5%) versus CMUC 3 (4,3%) et sans Assurance 4 (9,3%) $p < 0,036$

-Profession : Radio faite : 89 (50,3%) patients avec profession versus 66 (39,3%) sans profession $p < 0,040$

-Consultation médicale préalable non : 121 radios faites (48,6%) versus 34 (35,4%) chez ceux sans consultation préalable $p < 0,027$

-Avis spécialisé demandé : profession : 42 (23,7%) versus 11 (6,5%) sans profession $p < 0,0001$

-Avis spécialisé demandé : Mutuelle privée : 50 (21,6%) versus 3 (4,3%) CMUC, 0 sans mutuelle.

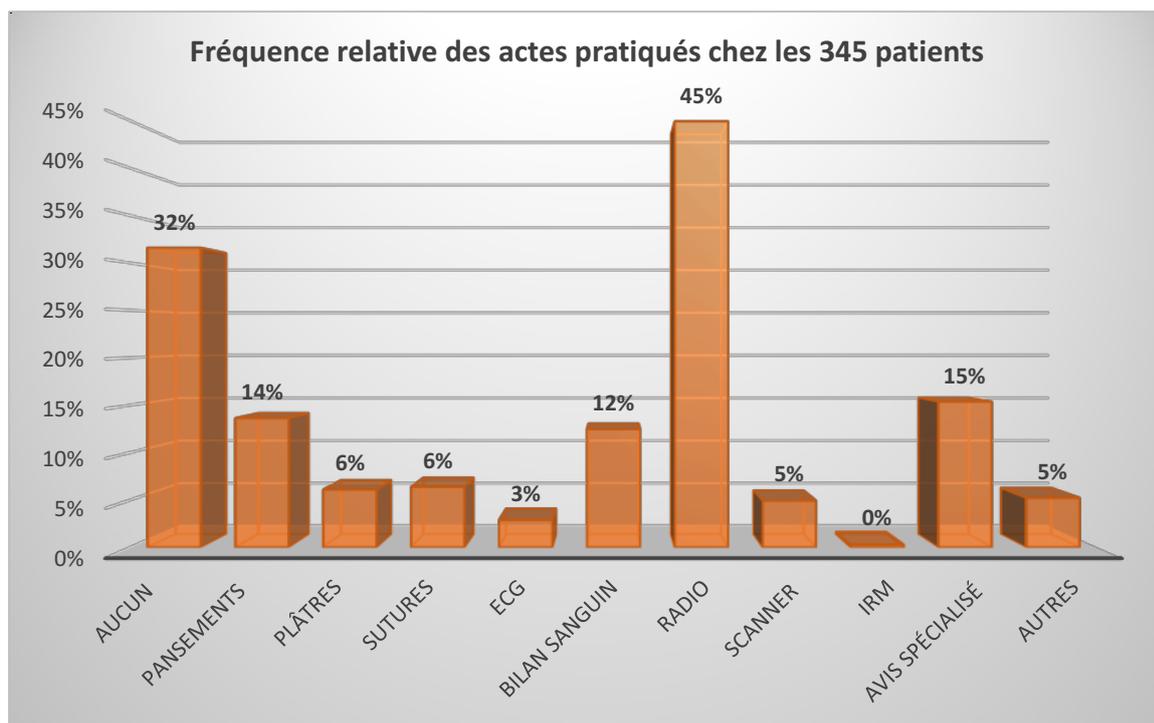


Figure 8 Fréquence relative des actes pratiqués chez les consultants

Les actes réalisés individuellement ne sont pas différents suivant le mode de transport du patient sauf pour la radiologie où le taux de recours est statistiquement différent en fonction des modalités de transport (3 patients (25%) pour ceux transportés par ambulance ; 10 (55,6%) moyens autres, 52 (57,1%) pompiers, 90 (40,2% moyens propres($p < 0,016$)).

2. Devenir du patient

91% des patients retournent à domicile avec dans 29% des cas une consultation spécialisée programmée.

Les traumatismes sont ceux qui quantitativement bénéficient le plus souvent d'un avis spécialisé aux urgences et qui ressortent aussi avec dans un tiers des cas une consultation spécialisée.

Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives les effectifs étant trop faibles même en cas de regroupement ambulance et pompiers.

Motifs	Fugues		Hospitalisation		RAD		RAD+CS spécialisée en externe		Urgences psychiatrique		Total
traumatisme	3	1%	12	6%	125	62%	63	31%			203
rhumato	1	2%	1	2%	36	73%	11	22%			49
infectieux	1	4%	3	12%	16	64%	5	20%			25
dermato					14	67%	7	33%			21
digestif					5	56%	4	44%			9
psychiatrie					3	38%			5	62%	8
céphalée	1	20%			4	80%					5
certificat					4	100%					4
ORL							3	100%			3
pneumo					2	67%	1	33%			3
autre					1	50%	1	50%			2
avis exam complémentaire			1	50%			1	50%			2
ophtalmo							2	100%			2
AEG					1	100%					1
convulsion			1	100%							1
douleur thoracique					1	100%					1
endocrino			1								1
hematurie							1	100%			1
phlébite					1	100%					1
post op					1	100%					1
renouvellement ordo					1	100%					1
urologie							1				1
Total général	6	1,7%	19	5,5%	215	62,3%	100	29%	5	1,4%)	345

Tableau 19.1 devenir du patient selon le motif de consultations

Transport	Fugue	Hospitalisation		RAD		RAD avec Consultation spécialisée		Urgences psychiatriques		Total	
ambulance		1	8%	3	25%	8	67%			12	
autre		3	17%	14	78%	1	6%			18	
pompiers	3	3%	8	9%	61	67%	16	18%	3	3%	91
propre moyen	3	1%	7	3%	13	61%	75	33%	2	1%	224
Total général	6		19		215		100		5		345

Tableau 19.2 devenir du patient en fonction du moyen de transports

V. DISCUSSION

A. A PROPOS DE NOTRE ETUDE

1. Biais et limites de l'étude

Le premier biais de cette étude est qu'il s'agit d'une étude monocentrique (Service des Urgences Hôpital de la Timone).

Malheureusement, notre questionnaire n'a pas pu être remis à chacun des patients se présentant à la filière courte des Urgences ; ce qui constitue le principal biais de notre étude. En effet la participation était plus ou moins forte en fonction de l'IAO et des médecins présents. De plus, la distribution du questionnaire constituait un surcroît de travail et celui-ci a sans doute été moins proposé les jours de forte activité.

Enfin le questionnaire a parfois été refusé par le patient pour motif personnel ou à cause de la barrière de la langue ce qui induit un biais de sélection.

Le questionnaire destiné au patient devait être renseigné par le patient seul, néanmoins lorsque celui-ci se trouvait dans l'impossibilité (traumatisme du membre supérieur, ou illettrisme) le questionnaire fut rempli avec notre aide. Ce qui induit un biais de mesure.

Enfin, nous avons dû compléter certains questionnaires non remplis (partie médicale) a posteriori à l'aide du dossier informatique du patient, constituant un biais d'interprétation.

2. Profil des patients

Au total 345 patients ont participé à notre enquête.

83 % des patients avaient moins de 60 ans pour un âge moyen de 37,9 ans, ce qui s'explique aisément (cf. tableau 2). En effet, les personnes âgées sont souvent orientées vers la filière longue des urgences selon les protocoles en vigueur dans le service. Cette partie de la population nécessitent souvent une prise en charge plus longue du fait de leur fragilité, et de leur polypathologie.

La population de notre enquête diffère des données de l'INSEE Bouches du Rhône (25), le taux de personnes en activité est inférieur dans notre échantillon (51% des patients avaient une profession contre 69% selon l'INSEE) (cf. tableau 5.1).

95 % des patients disposaient d'une couverture sociale. En terme d'assurance complémentaire seuls 8% n'en avait aucune (cf. tableau 6.1). L'enquête DRESS de 2013 retrouve le même ordre de grandeur (26). Contrairement à l'idée que nous nous faisons, seul 8% ont déclaré s'être rendus aux urgences pour ne pas avoir d'avance de frais à payer (cf. tableau 16).

88% des patients déclaraient avoir un médecin traitant. Le médecin traitant et les services d'urgences sont les ressources médicales les plus connues sur notre échantillon (cf. tableau 7.1). Nous avons été surpris de l'écart retrouvé avec les autres structures. Les maisons médicales sont celles le moins citées. Plusieurs travaux de thèses mettent en avant un manque d'information et de communication sur l'existence des MMG (27)(28), pouvant expliquer nos résultats.

3. Motifs et modes de consultations aux Urgences

Le motif de recours principal dans notre étude était la traumatologie dans près de 60% des cas (cf. tableau 8.1). Ce qui concorde avec l'étude DRESS (26) ; les causes traumatiques regroupent 36% des motifs et occupent la première place. Cette étude portait sur l'ensemble des entrées ce qui explique un pourcentage plus bas que dans la nôtre.

Les patients viennent consulter aux services d'urgences dans 48% des cas le jour même (53% DRESS) et dans 21% des cas pour une situation datant de plus d'une semaine (29% DRESS) (cf. figure 2). Les motifs suscitant la venue la plus précoce sont la traumatologie et la rhumatologie (cf. tableau 9).

A contrario les affections dermatologiques et infectieuses motivent une consultation plus tardive. Pourtant on ne retrouve pas de différence significative quant à l'urgence de venue pour ces motifs-là.

Les patients estiment donc que l'urgence est tout autant justifiée pour des motifs datant de plusieurs jours : « j'ai patienté chez moi pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la

douleur devienne insupportable. C'est à ce moment-là c'est devenu une urgence pour moi, donc je suis venue » a déclaré une patiente.

Nous avons été surpris de constater qu'il y avait une corrélation forte entre l'intensité de la douleur ressentie et la gravité ressentie par le patient (cf. figure 5). L'estimation de la douleur est difficile et subjective ; elle est propre à chaque individu. Il semble que celle de la gravité le soit aussi. En effet le patient ne dispose pas du savoir médical pour pouvoir l'apprécier.

L'estimation de la gravité semble également différente en fonction des professionnels de santé. Une thèse réalisée dans le bassin de l'Espalion montre une différence significative dans la cotation CCMU entre le médecin urgentiste et le médecin généraliste.(29)

Néanmoins, notre étude montre une différence significative chez les étrangers. Ils donnent une cotation plus grave pour les motifs traumatiques (6,7 versus 5,1) et rhumatismales (7,1 versus 5,5) que les français. La manifestation de la douleur a donc une composante culturelle à ne pas négliger.

La majorité des patients est venue par ses propres moyens (65%) (tableau cf. 13.1). On retrouve les mêmes proportions dans l'étude DRESS (68%).

Les Pompiers représentent 26,4% des arrivées dans notre étude et 38,4% sur le SU Adulte de la Timone selon l'ORUPACA 2016. L'étude DRESS n'en compte que 11%. Cela s'explique par le fait que la ville de Marseille est couverte par le bataillon des sapeurs-pompiers à la différence par exemple du CHI de Gap (8,7% des entrées par VSAV). (15)

En effet, les affections traumatiques et rhumatismales représentent 91% des mobilisations par pompiers ou ambulance (cf. tableau 13.5). Particularité sur la ville de Marseille, il existe des conventions entre le bataillon des marins pompiers de Marseille et le SAMU. Les VSAV sont engagés pour les pathologies traumatiques et évènementielles quelque soit le lieu et pour toutes autres pathologies prises en charge sur la voie publique.

Notre étude révèle que 72% des patients n'ont pas consulté de médecin avant de venir (cf. tableau 14.1). Ce pourcentage est retrouvé dans d'autres thèses et l'enquête DRESS (26)(30)(31). Dans notre étude, les patients mettent en avant trois raisons

principales : le fait que le médecin n'avait pas le matériel adapté, que les horaires de consultation n'étaient pas adaptées, et qu'ils avaient fait appel aux pompiers en premiers recours (dans le cadre des traumatismes et des causes rhumatologiques pour la plupart) (cf. tableau 14.3, 14.4 et 14.5).

La petite traumatologie fait partie intégrante de la pratique quotidienne du médecin généraliste. Le médecin représente pour le patient le premier contact avec le système de soins. Pourtant plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes pratiquent de moins en moins la suture de plaie en ville (32)(33). Les principaux obstacles identifiés sont le temps trop long de l'acte, la rémunération trop basse mais aussi l'insuffisance ou la perte des compétences techniques par manque de demande de la patientèle (34).

Il y a donc eu un transfert progressif de cette pratique vers le milieu hospitalier, sans qu'il y ait eu de décision des autorités de santé ou d'accord entre la médecine de ville et hospitalière.

Les patients expriment comme principales motivations les ayant conduits aux urgences par ordre décroissant : la disponibilité 24h/24, un accès plus rapides aux examens complémentaires, et le fait qu'ils aient été adressés par un médecin ou le 15 (cf. figure 7).

Ces trois principaux motifs, sont associés dans 42% aux affections traumatologiques (cf. tableau 16). On retrouve les mêmes estimations dans l'enquête DRESS.

La nette prédominance des consultations pour des pathologies traumatiques explique pourquoi le besoin d'examens complémentaires est évoqué en second lieu. Les patients anticipent leur prise en charge, sans doute rassurés par la proximité d'un vaste plateau technique. Ils pensent pouvoir bénéficier de services plus rapides et plus performants que ceux qu'offriraient leurs médecins traitants.

4. Justification des recours vue par les médecins

D'un point de vue des médecins, seul 43% des motifs justifiaient une prise en charge aux urgences (cf. tableau 17.1). Cela varie en fonction du motif.

Les causes traumatiques étaient justifiées dans 56% des cas. Pour les autres, moins d'un quart des patients justifiait leurs venues aux urgences.

Bien que ces chiffres soient assez étonnant, il faut noter que la justification fut appréciée par des médecins différents, pour lesquels la notion d'urgence diffère sans doute. Par exemple, une étude espagnole estime que le fait de bénéficier d'une radiographie constitue un soin spécifique des services d'urgences. (35)

Cependant lorsque les patients venaient via les pompiers ou en ambulance ou adressés par un médecin, leurs recours étaient justifiés dans environ 60% des cas contre 38% par leurs propres moyens (cf. tableau 17.3).

Notre étude nous mène toutefois à une constatation paradoxale. Alors qu'une de nos hypothèses était que les patients pouvaient être pris en charge pour la grande majorité en médecine de ville, on retrouve finalement des demandes de soins différentes de celle de la médecine ambulatoire. Il semble que la population étudiée se trouve à la frontière entre la médecine de ville et hospitalière. Leur problème de santé est à la fois « trop léger » pour une prise en charge hospitalière et trop compliqué pour la médecine libérale dans l'organisation du système de santé actuel. Une thèse a mis en évidence que 46% des patients au terme de leur consultation aux urgences reviendraient si la même situation venait à se présenter (31).

Parmi les actes réalisés la radiographie occupe la première place avec 45% de prescription (cf. figure 8). Au vu de la place de la traumatologie sur notre échantillon, on comprend pourquoi les patients se voient prescrire plus d'examens complémentaires par rapport à la médecine de ville, où ils n'en bénéficient que dans 16% des cas (36). Cependant, cela doit nous interroger sur la pertinence de ces prescriptions. Les médecins aux urgences ne prescrivent-ils pas trop facilement ? Se sentent-ils poussés par une obligation de moyens sous la pression du patient et du plateau technique à disposition ?

Dans son rapport de 2013 l'Académie Nationale de médecine met en avant plusieurs hypothèses (37) :

-Les conditions d'exercices : l'interrogatoire et l'examen clinique seraient moins poussés qu'ils ne le devraient et entraîneraient la prescription d'examens complémentaires avec moins de réflexion. Une des raisons que nous pourrions émettre pour le CHU, serait la présence d'étudiants en médecine en formation parfois

en première ligne, qui auraient la prescription plus facile d'examens complémentaires qu'un interne ou un médecin sénior.

-L'activité médicale qui est de plus en plus sensibilisée au principe de précaution et au risque de judiciarisation.

- Les médias qui jouent un rôle considérable dans la diffusion hâtive d'informations parfois non contrôlées, et trop souvent à sensation.

- Internet joue aussi un rôle pervers par sa multitude d'informations difficiles à trier et à évaluer, faute de repères de compétence et de validation. Les forums (ex : doctissimo) sont la porte ouverte à toutes les dérives.

- Le consumérisme médical est une tendance de plus en plus forte dans la population. On peut entendre « j'ai payé, j'y ai droit », et plus difficile à combattre l'exigence de rapidité dans la recherche d'une bonne stratégie, qui peut précipiter certaines prescriptions sans une évaluation sérieuse de leur pertinence.

Dans notre étude, les seules différences observées concernent les radiographies, les sutures et les pansements réalisés de façon plus significative chez les patients ayant une profession et couvert par une mutuelle privé. Cela s'explique simplement.

En effet, la traumatologie est le motif ayant nécessité le plus de recours aux examens complémentaires (65% de radiographies, 18% de pansements, 10% de plâtres et 10% de sutures) (cf. tableau 18.1). Aussi selon nos résultats, les patients ayant une profession étaient plus nombreux à venir pour causes traumatiques que ceux n'en ayant pas (55% versus 45%) de même pour ceux ayant une couverture sociale (60% versus 41%) (cf. tableau 8.2).

Enfin, 91% des patients sont rentrés à domicile à l'issu de la prise en charge (cf. tableau 19.1). Seulement 5, 5% des patients ont été hospitalisé, qui dans près de 50% des cas l'étaient pour cause traumatique. Cela s'explique par l'agencement de la filière courte qui dispose d'un box où peuvent être réalisés des actes de sédation et d'analgésie pour la réduction de luxation ou de fracture.

Ce taux minime d'hospitalisation s'explique par la présence d'IAO et d'un médecin à l'accueil. L'intérêt d'un(e) IDE au triage a été reconnu par la SFMU en 2001 avec la création d'un comité de coordination des infirmières et infirmiers (actuelle Commission Soins et Urgences).

Le décret de mai 2006 le nomme Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge (IAO). L'impact organisationnel d'un(e) IDE au triage est prouvé, même s'il n'a pas été évalué par des études avec un niveau de preuve élevé. La majeure partie des études conclut à la reconnaissance et à la prise en charge rapide des malades les plus graves par l'IOA, même s'il n'est pas formellement établi que le triage réduise la morbidité. (38)

Le médecin permet d'affiner le triage de l'IAO en corrigeant la surcotation des patients et en détectant un patient grave non identifié. L'évaluation médicale permet en outre d'optimiser la prévision des ressources à mobiliser pour la prise en charge du patient et de mieux l'orienter vers une filière adaptée.

B. REFLEXION ET PERSPECTIVE D'ORGANISATION

1. Un accès contrôlé : exemple de la Norvège

L'accès aux urgences n'est pas direct : le patient est adressé par son généraliste qui aura prévenu le service avant son arrivée ou amené par une ambulance qui aura aussi prévenu le service. Les médecins des urgences peuvent refuser de voir un patient s'ils considèrent que les soins peuvent être apportés dans un centre de santé. (39)

Cette organisation contraignante du système de soins paraît difficilement transposable en France, où le principe du libre arbitre est très ancré dans les mentalités. De plus la Norvège s'appuie sur un système de permanence de soins ambulatoires très efficace.

2. Une participation financière : exemple de la Belgique

En Belgique, près d'un médecin sur deux (49%) souhaite la perception immédiate d'un honoraire aux urgences selon un sondage publié dans le Quotidien du médecin en mars 2017. Selon les médecins interrogés, un frein financier pourrait réduire le recours abusif à ce service (40).

De récentes études sur l'apport de MMG accolées aux S.U. montrent une diminution transitoire du nombre d'admission. L'une des principales raisons serait l'aspect

financier. Les patients préfèrent se rendre aux urgences pour ne pas avoir à faire l'avance de frais (17). Cependant, selon notre étude l'absence d'avance des frais à payer ne constitue que dans 8% des cas un motif de recours aux urgences (cf. tableau 16).

D'autres auteurs parlent de sanctions financières à l'encontre des « usagers abusifs » des S.U. Le principe semble discutable déontologiquement et difficile à mettre en place. On remarque que des mesures déjà en vigueur comme le déremboursement des frais de déplacement à domicile en cas de visites injustifiées étaient peu mises en pratique réellement.

3. Renforcer le rôle des infirmiers à tous les niveaux de la prise en charge des urgences : exemple du Royaume Uni (39)

Il existe un numéro d'appel gratuit auquel répondent des infirmiers. Il permet d'avoir des informations médicales, des conseils adaptés, et d'éviter de surcharger le 900 (équivalent du 15 en France) qui devient plus adapté pour de réelles situations urgentes.

Elles assurent la première prise en charge du malade à son arrivée en faisant un triage et parfois débute les premières prescriptions d'examens complémentaires. Elles travaillent dans des centres de consultations rapides, véritables relais aux urgences des hôpitaux. Elles y assurent la prise en charge globale du patient et réalisent certains soins de façon complètement autonome.

Enfin, au sein des services d'urgence, les « Nurse Practitioners » reçoivent une formation spéciale, organisée par les services où elles travaillent. Elles agissent de façon indépendante pour certaines consultations sans solliciter les médecins occupés ailleurs.

En France, l'IAO a un rôle fondamental dans l'organisation des services d'urgences (41). Ce poste clé revêt une importance croissante compte tenu du rôle primordial du tri face à l'augmentation constante des passages. Comme nous l'avons vu dans notre étude seulement 5, 5% des patients ont été hospitalisé au niveau de la filière courte (cf. tableau 18.1).

L'élargissement du champ de compétence de l'IAO semble une piste sérieuse et permettrait d'optimiser le temps de prise en charge des malades en améliorant l'organisation du parcours de soins du patient.

4. Les services d'urgences comme seul accès aux soins

A l'inverse de la Norvège, on pourrait suivre l'évolution actuelle et orienter tout vers les S.U. Ce qui paraît peu faisable en pratique tant sur le plan financier qu'humain. Malgré que le budget alloué à la santé augmente, les dépenses de santé augmentent inexorablement d'année en année en raison notamment du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques ou encore du progrès technologique.

Par ailleurs une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation a été constatée. Entre 2000 et 2010, le nombre de lits d'hospitalisation, est passé de plus de 480 000 à moins de 420 000 (42). Le temps de passage aux urgences et donc sa surcharge est directement corrélé au taux d'occupation des lits de l'établissement. A l'heure actuelle, il paraît difficile de demander aux S.U. d'élargir leurs services accueils en amont, si les capacités en aval sont réduites.

5. Revaloriser les médecins libéraux : exemple de la Suisse

En Suisse, pour la facturation de leurs patients, les médecins appliquent un tarif uniforme : le TARMED. Il dénombre plus de 4600 actes, et comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales fournies au cabinet médical et dans le domaine hospitalier ambulatoire.

Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise.

En outre, le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique (43). Néanmoins le remboursement des médicaments, des analyses de laboratoires ou du matériel n'est pas réglementé par le TARMED.

En France, il existe un déséquilibre dans la cotation des actes médicaux. Certains peuvent être considéré comme sous ou surcotés si l'on compare le service rendu au patient par rapport à la hauteur de la rémunération.

Par exemple on peut se demander si un renouvellement d'ordonnance qui n'a pris qu'un temps minime n'est pas surcoté, par rapport à une consultation approfondie sur un problème complexe qui aura pris plus d'une demi-heure.

6. Renforcer la Permanence de soins (PDS)

En Suède, Finlande et Norvège, les centres de santé primaires avec des médecins généralistes sont ouverts en continu et assurent l'accueil des patients en relais aux urgences hospitalières. Ces deux types de structures travaillent en collaboration. Cette double possibilité d'accueil des urgences a permis à ces trois pays de limiter l'afflux des patients dans les services d'urgence hospitaliers. (39)

En Espagne, il existe des "Puntos de Atencion Continuada" ou PAC, fonctionnant 24h/24, aidés de la "Unidad de Atencion Domiciliaria" ou UAD, qui assurent des soins médicaux et infirmiers au domicile. Le tout est géré par les centres de régulation. Ils ne disposent pas de plateau technique mais ont un véhicule avec un chauffeur permettant aux médecins et infirmiers de faire des visites à domicile (UAD) (44). Cependant ces centres sont encore mal connus et peu nombreux expliquant que les patients « peu urgents » continuent de consulter aux urgences.

Notre étude identifie le même problème. Les MMG sont les structures de soins les moins connues, en effet seuls 22% des patients interrogés les connaissaient (cf. tableau 7.1).

c. REDEFINIR LES ROLES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE

1. Renforcer les moyens des services de régulation

L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et la diminution de la démographie médicale de premier recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale.

La régulation médicale des appels est le pivot de la permanence des soins ambulatoire et de l'aide médicale urgente (45).

Initialement prévu janvier 2017 puis reporté à janvier 2018, les Français souhaitant trouver un médecin de garde en dehors des horaires d'ouverture des cabinets pourront appeler un nouveau numéro le 116 117, selon le décret du 22 juillet 2016 (46). Ce décret modifie des dispositions réglementaires du code de la santé publique, qui confiaient jusqu'alors la régulation préalable de l'accès à la permanence des soins ambulatoire au service d'aide médicale urgente (SAMU).

« L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15). »

Ce numéro gratuit permettra de joindre un médecin de garde en semaine après 20h, les week-ends à partir du samedi midi, ou les jours fériés lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Ce dispositif existe déjà au Royaume-Uni et en Allemagne depuis 2012 (44)(39). Il répond à un souci d'harmonisation des permanences médicales au niveau européen. L'objectif à terme serait d'étendre le dispositif à l'ensemble des pays de l'union européenne.

Le but est double, désengorger le 15, numéro réservé normalement aux urgences mais régulièrement noyé par les appels (entre 2008 et 2012 le nombre d'appel au 15 a augmenté de 28%) et en finir avec l'excès de numéros existants pour trouver un

médecin de garde. En Lorraine par exemple il faut composer le 0820332020 (Medigard), et le 3624 pour SOS médecin (numéro payant) (47).

Sur l'utilité d'un numéro d'urgence distinct du 15 « SAMU », le ministère de la santé pense que le 15 est identifié par la population comme le numéro des urgences vitales. La population hésiterait à appeler le SAMU en dehors des cas qui lui semblent graves, ce qui serait source de moindres chances de survie pour les patients.

La région Midi-Pyrénées aurait constaté, à la suite de la mise en place du numéro spécifique de la PDSA, un recours plus facile de la population qui se sent plus légitime à appeler ce numéro plutôt que celui des urgences (48).

Cependant le déploiement de ce numéro se retrouve confronté à la diminution du nombre de médecins régulateurs libéraux passant de 2697 en 2015 à 2666 en 2016. En outre certains départements comme la Guyane, Mayotte, la Lozère et les Ardennes n'en comptent aucun comme le fait remarqué le Conseil national de l'ordre des médecins dans son enquête de décembre 2016 sur la PDSA (49).

2. Les médecins libéraux

Les médecins libéraux doivent reprendre une place de choix dans l'organisation des soins non programmés.

Reprenons l'exemple de la réalisation de suture en cabinet, les médecins soulèvent plusieurs problématiques : une rémunération insuffisante, le temps trop long que nécessite cet acte, les craintes médico-légales, les problèmes de stérilisation et l'insuffisance ou la perte de compétences techniques.

En France, la majoration des actes réalisés en urgence a incité certains médecins généralistes à bloquer des créneaux d' « urgences ».

Cependant, avec la diminution constante du nombre de médecin par habitant, il est difficile surtout pour ceux exerçant en zone rural, de se rendre disponible.

Dans notre étude 16% des sondés déclarent ne pas avoir consulté leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences car les horaires n'étaient pas adaptés (cf. tableau 14.3).

Il faudrait également impliquer les cabinets de radiologie et les laboratoires, en créant des accords, afin d'obtenir des délais de résultats plus rapides et revaloriser leurs actes réalisés en urgences (31).

3. Les Maisons Médicales de Gardes

Le succès des MMG est assez contrasté, certaines arrivent à trouver leur équilibre après quelques mois de fonctionnement, d'autre au contraire sont contraintes à la fermeture.

Leurs difficultés peuvent s'expliquer par un accès insuffisamment régulé, leur situation géographique, une méconnaissance de la part des usagers ou une absence de rémunération des indemnités d'astreinte des médecins (pour celles qui ne sont pas associé à un secteur de garde).

Le rapport remis par le Dr Jean Yves Grall en 2013 (50), a permis d'établir une ligne directrice visant à inscrire les MMG dans un cadre cohérent et durable. Son évaluation sur près de 200 structures permet, malgré une grande hétérogénéité des situations, de considérer que le concept de MMG est un dispositif de PDS préparant l'avenir.

Les MMG permettent une remédicalisation du milieu rural, et une réimplication des médecins dans la PDS. De plus elles représentent le socle pour le développement futur de maison de santé notamment en milieu rural.

Le rapport met en avant plusieurs recommandations :

- inscrire les MMG dans le « réseau des urgences » ou secteur de garde
- adapter la rémunération des médecins
- structurer l'accès aux MMG, notamment par une régulation de médecine générale
- mettre en cohérence les dispositifs de pharmacie de garde.
- informer la population

Aujourd'hui ce sont les MMG intégrés à l'hôpital qui fonctionnent le mieux et qui sont encouragées par les pouvoirs publics (51). Il est important d'établir un accord entre les médecins de la MMG et les urgentistes afin de définir le profil de patients à orienter. Cela implique une formation adéquate des IAO mais aussi une homogénéité des pratiques des médecins de la MMG (exemple de la pratique des sutures).

A l'inverse, les MMG installées dans des villes moyennes risquent de ne pas être rentables. Dans le rapport du Dr Grall (50) il est souligné notamment les difficultés d'accès à la pharmacie. L'absence de coordination avec la pharmacie de garde oblige les patients à des déplacements supplémentaires, ce qui peut les pousser à se rendre directement vers les services hospitaliers.

Enfin, pour pouvoir accéder à la demande de soins ambulatoire il faudrait également que les MMG puissent disposer d'un plateau technique adapté à la réalisation d'actes d'immobilisation et de petite chirurgie mais aussi d'un service de radiologie.

4. Informer la population :

Comme nous l'avons constaté dans notre étude la population connaît mal les différentes structures de soins existantes (cf. tableau 7.1). Devant un évènement ressenti comme « urgent », le patient va se tourner vers la première structure qui lui vient à l'esprit : les urgences.

C'est donc au système de santé de se rendre plus compréhensible. On ne peut pas demander au patient dans un moment de stress, de s'interroger sur quelle structure est la plus adéquate pour prendre en charge son problème. En effet, on sait que des mauvais choix d'orientation peuvent entraîner de lourdes pertes de chances.

Des campagnes grand public visant à sensibiliser en cas d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde ont déjà fait preuve de leurs efficacités (52)(53). On peut imaginer des campagnes d'information visant à mieux connaître les différentes structures de soins existantes, notamment en mettant en avant les différents acteurs de la permanence de soins comme les MMG qui sont les moins connues, comme notre étude l'a souligné (22%).

En outre, on peut imaginer un message clair et simple visant à améliorer l'orientation vers ses structures, par exemple une thèse réalisée à Nancy a proposé (31) :

- Pour un problème de santé sans caractère de gravité apparent : prendre l'avis du médecin traitant aux heures ouvrables ou contacter le réseau de permanence de soins et prochainement le 116177.
- Pour un problème santé qui semble grave ou en cas de doute : appeler le 15.