

LISTE DES ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de la Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques
IOA	Infirmière Organisatrice de l'Accueil
MRC	Médecin Régulateur et Coordinateur
MT	Médecin Traitant
NC	Non Connu
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORU	Observatoire Régional des Urgences
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDL	Pays de la Loire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SS	Sécurité Sociale
U2	Unité 2
U3	Unité 3
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MATERIELS ET METHODES

- 1. Description de l'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Méthode du recueil des données**
 - 3.1. Ethique et consentement
 - 3.2. Triage à l'accueil et orientation
 - 3.3. Inclusion des patients
- 4. Objectifs de l'étude**

RÉSULTATS

- 1. Population étudiée**
- 2. Caractéristiques de la population**
 - 2.1. Données sociodémographiques
 - 2.1.1. Sexe
 - 2.1.2. Âge
 - 2.1.3. Pays d'origine
 - 2.1.4. Département de résidence
 - 2.1.5. Couverture sociale
 - 2.2. Habitude de soins
 - 2.2.1. Déclaration d'un médecin traitant
 - 2.2.2. Disponibilité du médecin généraliste
 - 2.2.3. Heures d'affluence
 - 2.2.4. Attractivité du CHU
 - 2.3. Caractéristiques médicales
 - 2.3.1. Motifs de recours aux urgences
 - 2.3.2. Prise d'antalgiques avant de consulter
 - 2.3.3. Réalisation d'examens complémentaires
 - 2.3.4. Ancienneté de la symptomatologie
 - 2.3.5. Notion d'urgence
 - 2.3.6. Prescription médicamenteuse
 - 2.3.7. Comparaison entre motif de consultation et prise d'antalgiques
 - 2.3.8. Comparaison entre motif de consultation et réalisation d'examens complémentaires

DISCUSSION

- 1. Intérêt et limite de l'étude**
- 2. Interprétation des résultats**
- 3. Perspectives d'évolution**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les urgences subissent une augmentation importante du nombre d'admissions à l'origine d'un engorgement. Le recours aux urgences pour des soins ambulatoires relevant de la médecine générale peut être inadapté.

OBJECTIF : Déterminer les facteurs favorisant le recours aux urgences du CHU d'Angers pour des pathologies relevant de la Médecine Générale.

MÉTHODES : étude épidémiologique descriptive prospective par recueil de données sur dossiers réalisée aux Urgences adultes du CHU d'Angers en Maine-et-Loire du 13 au 19 mai puis du 11 au 13 juin 2019.

RÉSULTATS : 117 patients ont été inclus sur 780 consultations, 60% sont des hommes, la moyenne d'âge est de 36 ans. 83% des ces patients ont déclaré un médecin traitant, 82% n'ont pas essayé de le joindre. Ils viennent pour la douleur (45.3%), l'accès au plateau technique (20.51%). La traumatologie représente 52.69% des diagnostics. 40% n'ont pas bénéficié de traitement médicamenteux ni d'examen complémentaire sur place. 52.14% n'ont pas pris d'antalgiques avant de venir. Au total 12% de consultations ont été jugées inappropriées.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Le faible effectif de population est à l'origine d'un manque puissance de cette étude. En cause: des dossiers incomplets et un contact préalable avec un professionnel de santé avant la venue aux urgences excluant un tiers des patients. Les recours inappropriés représentent une part minoritaire de l'activité et ne bouleversent pas le fonctionnement du service. Cependant, un meilleur accès aux soins permettrait d'orienter ces patients vers une solution plus adaptée et ainsi de soulager les urgences d'une partie des consultations en perpétuelle augmentation.

INTRODUCTION

Ces vingt dernières années sont marquées par une augmentation du nombre de recours aux urgences dans tous les hôpitaux de France, centres hospitaliers universitaires (CHU), hôpitaux périphériques, établissements publics ou privés.

Une enquête de la DREES publiée en 2007 fait état d'une augmentation de 3.5% par an des consultations aux urgences depuis 2000 [1].

La notion même d'engorgement ponctuel des services d'urgences, liée initialement aux périodes d'afflux de patients ou de défaut d'aval (grippe, canicule, fermeture estivale de lits d'aval...), a laissé la place à un état de débordement permanent, une inadéquation entre structure d'urgences et nombre de recours.

Le concept d'engorgement ou de surcharge correspond à une situation où la demande de consultations d'urgences excède la capacité de service à donner des soins de qualité dans un délai raisonnable. Les conséquences d'un engorgement des urgences sont de plusieurs ordres : pour les patients cela entraîne un temps d'attente important avec un retard de prise en charge dans des locaux qui ne sont pas adaptés (manque de brancards, salles d'attente pleines, débordement dans les couloirs, ce qui va à l'encontre de l'intimité des patients). Du côté du personnel soignant, nous observons une surcharge de travail avec en conséquence une diminution de la qualité de prise en charge, d'écoute et d'empathie, avec à terme un épuisement professionnel du personnel soignant.

En effet, une étude anglo-saxonne met en évidence que "1/3 des événements sentinelles de dysfonctionnement liés à un mauvais pronostic sont en relation avec une surcharge des urgences" [2] [3].

La médecine d'urgence, qui s'est développée en France surtout depuis les années 80 [4], a pour mission principale de prodiguer les soins immédiatement, du fait de risques d'évolution rapide défavorable sur le plan fonctionnel ou vital. Cette activité s'est pourvue d'une identification propre. Des locaux sont dédiés au sein des hôpitaux et les praticiens y exercent dorénavant avec une qualification de spécialité médicale reconnue [5].

Parallèlement, 1971 a vu l'instauration du "numerus clausus" dans un projet de maîtrise de la démographie médicale par la régulation des flux de formation. Cette décision a entraîné une diminution globale de la démographie médicale, avec une baisse de plus de la moitié du nombre de médecins formés jusqu'en 1993 pour remonter faiblement jusqu'en 1998 et plus fortement ces dernières années [6]. Il en résulte une pénurie de médecins généralistes libéraux depuis le début des années 2000, entraînant de fait une difficulté d'accès aux consultations médicales pour nombre de patients.

A l'instar de la médecine générale, la médecine d'urgence peut assurer une mission de soins primaires, dans la définition initiale d'accès pour tous, dans un système de santé coordonné et régulé [4]. La place de chaque structure dans cette organisation est théoriquement bien répartie avec, pour la médecine d'urgence, une restriction d'accès pour les missions de premier recours dans une situation aiguë à potentiel de décompensation rapide. En complément, la médecine générale peut assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des autres soins ambulatoires, en plus de l'activité de suivi, de prévention et de dépistage plus spécifiques [7].

De plus, le médecin généraliste possède une importante marge de manœuvre permettant la prise en charge de problèmes médicaux, sociaux ou chirurgicaux simples, allant de la simple piqûre d'insecte à la phlébite en passant par l'entorse de cheville ou les plaies superficielles.

Depuis 2002, l'obligation de la permanence de soins, qui a basculé vers le volontariat avec la création des maisons médicales de garde, constitue un nouveau dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville [8].

L'augmentation des recours aux urgences pourrait également être la conséquence de l'expansion démographique de la population générale, avec un vieillissement de la population nécessitant une meilleure prise en charge des maladies chroniques. Ou bien la conséquence de la facilitation de leur accès via le centre d'appel "15" créé en 1978 par le service d'aide médicale urgente pour permettre de coordonner les secours médicaux.

Enfin, nous observons un changement de comportement des usagers avec l'augmentation des demandes de soins "non-urgents" pour lesquels une réponse rapide est attendue. Le développement des médias et l'accès à la documentation qu'offre internet ont très probablement contribué à cette tendance, alimentant l'inquiétude de la population face à la maladie. Par ailleurs, l'accès au plateau technique ainsi que la centralisation des avis des médecins spécialistes de l'hôpital sans avance de frais pousseraient les patients à consulter directement plutôt que de passer par leur médecin traitant.

Une autre cause à évoquer est la difficulté d'accès aux soins en médecine générale dans certaines régions par manque de médecins généralistes (ce qu'on

appelle les déserts médicaux) entraînant un glissement des consultations médicales relevant de la médecine générale vers les structures d'urgence [9][10].

Angers Loire Métropole, devenue communauté urbaine en 2016, compte 31 communes réparties essentiellement au nord de la Loire. Le CHU étant positionné au centre de ce territoire, notre étude utilisera donc cette géographie comme référence.



Figure 1: Cartographie de la répartition de Angers Loire métropole.

Le nombre d'habitants en Maine-et-Loire en 2018 était de 825 750 dont 273 403 dans l'agglomération d'Angers pour 327 médecins généralistes répertoriés à l'Ordre des Médecins du Maine-et-Loire. La densité moyenne nationale des médecins est de 128 généralistes pour 100 000 habitants, ce qui situe la France dans la moyenne haute des pays européens en termes de densité médicale d'après "l'Atlas de la démographie médicale en France" [11].

Angers se situe donc dans la moyenne nationale quant au nombre de médecins généralistes par habitant.

Afin d'assurer la permanence des soins ambulatoires dans la région, depuis 2002, 13 maisons médicales ont vu le jour dont 2 dans l'agglomération angevine (Angers ville et les Ponts-de-Cé) ouvertes de 20h à minuit en semaine, à partir de 14h le samedi et de 8h le dimanche. Ceci permet une continuité des soins après la fermeture des cabinets de médecine générale avec un accès à moins de 20 minutes en voiture en fonction du lieu d'habitation dans le département [12]. Depuis 2017, la régulation téléphonique n'est plus seulement assurée par le "15" : en effet, le "116-117" est un numéro destiné aux appels concernant des demandes de médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Il a été mis en place pour décharger le 15 réservé aux urgences vitales.

Depuis le 1er janvier 2018, l'agence régionale de santé (ARS) a mis en place un zonage du territoire défini par l'indicateur "d'accessibilité potentielle localisée" au médecin [13]. Cet indicateur s'exprime en nombre de consultations potentiellement accessibles par an et par habitant, à l'échelle des bassins de vie.

Zonage Médecin

Maine et Loire

- Territoires de vie
- NIVEAU 3 - zone d'intervention prioritaire
- NIVEAU 2 - zone d'action complémentaire
- NIVEAU 1 - hors zonage
- NIVEAU 2 – zone d'action complémentaire (QPV en NIVEAU 3 – zone d'intervention prioritaire)

Access
(en nombre de
aux
de moins de

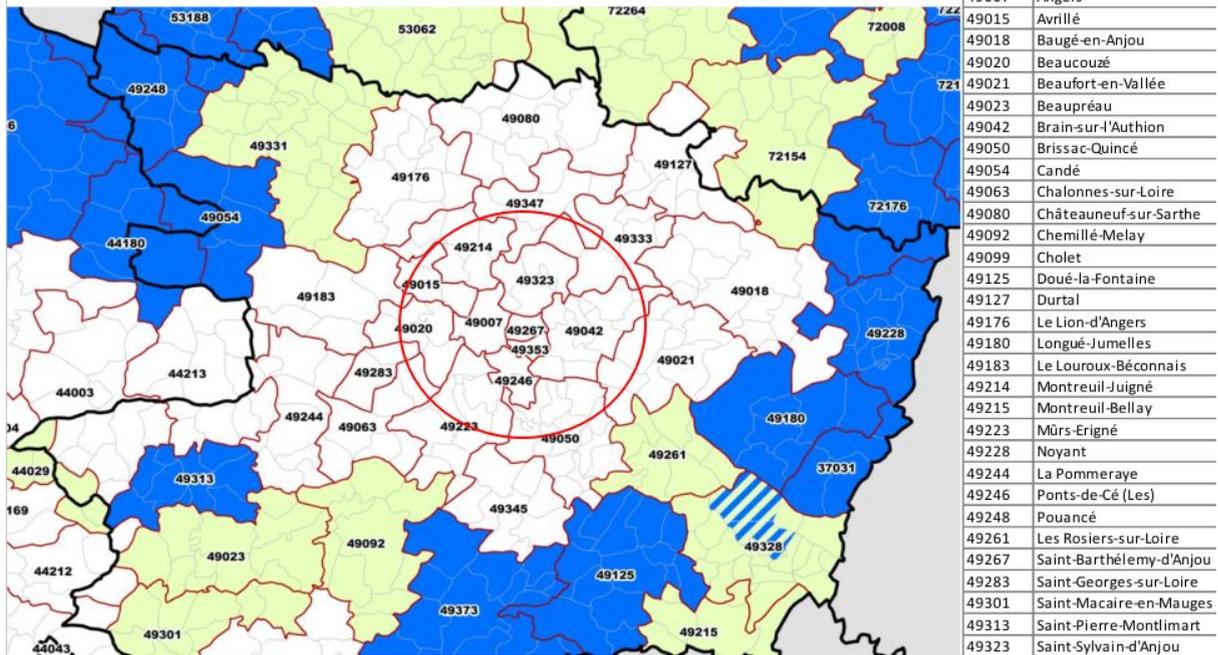


Figure 2: Cartographie par zonage en Maine et Loire [13]

Le cercle rouge représente le territoire d'Angers Loire Métropole et nous remarquons qu'il ne se trouve pas en zone déficitaire.

D'après une étude de l'ORU Pays de la Loire, 84% des patients habitent dans le département du service d'urgence consulté :

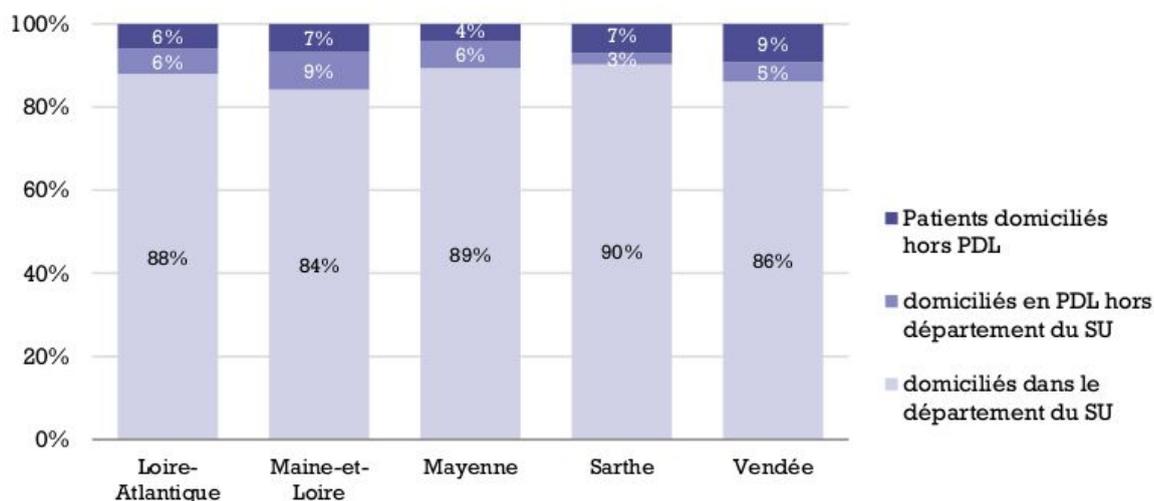


Figure 3: Origine des patients passant aux urgences, selon le département des services d'urgences. Source: ORU des PDL, Insee

Donc la médecine ambulatoire dans l'agglomération d'Angers ne se trouve pas en zone déficitaire de MT, l'organisation de la permanence de soins est bien établie. Pourquoi une telle affluence aux urgences alors que l'organisation du système libéral semble bien développée sur le territoire ?

Dans l'agglomération angevine, il existe deux services d'urgences adultes: le CHU qui compte 56 698 passages chaque année et la Clinique de l'Anjou qui fait partie du système privé avec 23 879 passages par an [14]. Dans notre étude nous ne nous intéresserons qu'au CHU pour des raisons de recueil de données.

Les Urgences du CHU d'Angers sont composées de 4 secteurs régulés par l'IOA (infirmière organisatrice de l'accueil) et un médecin régulateur et coordonnateur (le MRC en journée seulement) :

- U2 dit "secteur valide" qui accueille la traumatologie nécessitant des gestes, de la médecine sans surveillance scopée et quelques patients ambulatoires.
- U3 ou "secteur couché" pour les pathologies nécessitant des examens complémentaires voire une hospitalisation.
- L'UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée qui comporte 13 lits.
- Le "patio" secteur qui accueille les patients ambulatoires : médecine traumatologie avec le secteur psycho-social.

MATERIELS ET METHODES

1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive prospective par recueil de données sur dossiers, réalisée aux Urgences adultes du CHU d'Angers en Maine-et-Loire.

Le recueil de données s'est effectué aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale et des maisons médicales de garde: entre 8h et minuit les jours de semaine, de 14h à minuit le samedi et de 8h à minuit le dimanche. La période d'inclusion était de 10 jours, du 13 au 19 mai puis du 11 au 13 juin.

2. Population étudiée

Critères d'inclusion :

Tout patient homme ou femme de plus de 16 ans, ayant consulté aux Urgences du CHU d'Angers sur la période d'inclusion, non hospitalisés après prise en charge, et qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge par un médecin généraliste.

Critères de non inclusion :

- Patient amené par les forces de l'ordre
- Personnel médical ou paramédical de l'hôpital se présentant pour un accident d'exposition au sang
- Enfant entre 15 ans et 3 mois et 16 ans
- Patient hospitalisé
- Patient transféré dans un autre centre

Critères d'exclusion :

- Patient adressé par un médecin généraliste
- Patient consultant en dehors des heures d'accès à la permanence de soins (entre 0h et 8h)
- Patient régulé par le 15
- Patient précaire sans couverture sociale et donc sans accès possible à une consultation médicale en dehors de la PASS: (permanence d'accès aux soins de santé)
- Dossiers incomplets

3. Méthode du recueil des données

3.1. Ethique et consentement

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique du CHU d'Angers qui n'a pas soulevé de questionnement à sa mise en œuvre. L'utilisation de la base de données a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3.2. Triage à l'accueil et orientation

Chaque patient se présentant au SAU est évalué par l'IOA qui réalise un premier triage en fonction de la gravité des symptômes et des paramètres vitaux. L'IOA remplit également la partie administrative du dossier médical informatisé avec notamment le nom du patient, l'adresse de son domicile, le nom du médecin traitant, le département où il se trouve, le régime social.

Après le passage par l'IOA, le patient est orienté vers un des 3 secteurs de consultation des Urgences pour être examiné par un interne ou par un médecin

sénior (en sachant que chaque patient examiné par l'interne est référencé à un médecin sénior).

Nous avons, préalablement au recueil, sensibilisé l'équipe médicale à la réalisation de notre étude en demandant aux membres qui la composent d'inscrire toutes les données de leur interrogatoire dans le dossier médical informatisé et en leur proposant de poser aux patients les questions suivantes :

- Avez-vous contacté votre médecin traitant ?
- Si oui, quel était le délai de rendez-vous ?
- Avez-vous pris un traitement avant de consulter aux urgences ?
- Connaissez-vous la maison médicale de garde ?
- Pourquoi consultez-vous aux urgences plutôt que chez votre MT?
- Pensez-vous que votre pathologie est urgente ?

J'étais par ailleurs présente au patio et à l'unité 2 au moment du recueil des données : en alternance de 8h à 20h ou de 20h à minuit ainsi que le dimanche aux horaires d'ouverture de la maison médicale de garde. Cela a permis de demander aux médecins ou aux internes leur avis après la prise en charge, sur le fait que la consultation était appropriée ou non.

Nous avons choisi de ne pas réaliser de questionnaire écrit destiné aux patients pour ne pas influencer leur réponse et ne pas altérer le lien médecin-malade qui s'instaure lors d'une consultation, afin d'obtenir des réponses sincères.

3.3. Inclusion des patients

A posteriori, nous avons extrait le listing des patients du logiciel informatique des urgences (URQUAL) sur la période étudiée. Nous avons isolé tous les dossiers étiquetés comme "consultation" c'est-à-dire ceux des patients qui sont rentrés au domicile après évaluation médicale, pour ensuite exclure tous ceux

adressés par le médecin traitant ou le SAMU, ceux en situation de précarité sans couverture sociale qui n'ont d'autre choix que de venir au CHU pour se soigner et enfin les dossiers qui manquaient d'informations pour les inclure.

Pour les dossiers restants, les données anonymes ont été recueillies via le logiciel Microsoft Excel et une analyse descriptive des variables a été réalisée. Pour juger du caractère approprié ou inapproprié des passages, une double lecture des dossiers a été effectuée.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de déterminer les facteurs favorisant le recours aux urgences pour des pathologies relevant de la médecine générale.

L'objectif secondaire est de comparer les offres des soins accessibles à ces patients. Pour ce faire, nous avons regardé les créneaux de consultations disponibles en médecine générale dans l'agglomération d'Angers via les agendas en ligne (Doctolib et Docavenue) à 8h et à 14h sur mes journées de présence. Nous sommes allés interroger les médecins généralistes à la fin de leur permanence de soins à la maison médicale de garde située à côté de l'entrée des urgences d'Angers afin de connaître le nombre de consultations.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

Sur la période étudiée, 780 patients ont été admis pour une consultation au SAU adultes du CHU d'Angers. Après élimination des critères d'exclusion, nous en avons inclus 117.

2. Caractéristiques de la population

2.1. Données sociodémographiques

2.1.1. Sexe

71 hommes et 46 femmes ont été inclus, soit un "sexe ratio homme/femme" de 1.61.

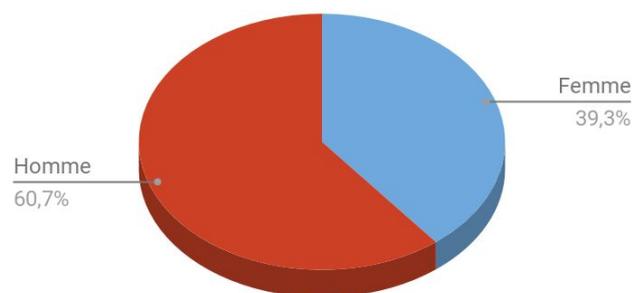


Figure 4: Répartition de la population en fonction du sexe.

2.1.2. Âge

La moyenne d'âge est de 35.8 ans avec un écart type à 14.3 et une médiane à 34.

Tableau I: Représentation de l'âge des patients.

Âge	Effectifs	Densité
16-26	39	3,90
27-60	70	2,12
60-85	8	0,32
Total	117	

2.1.3. Pays d'origine

La grande majorité de la population, 88%, est d'origine française, 1,7% d'origine européenne et 10,3% hors Europe.

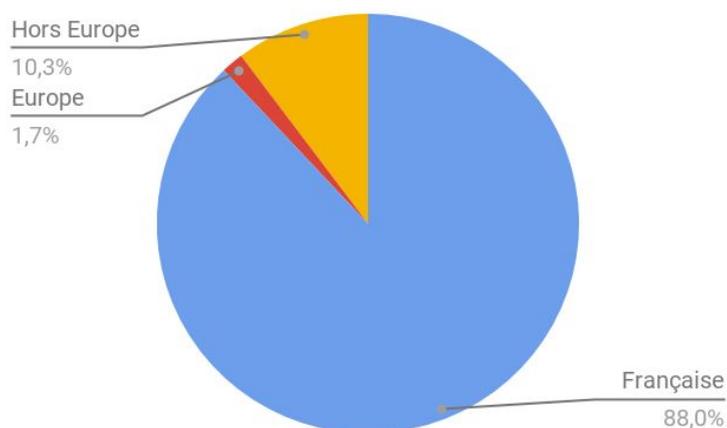


Figure 5: Représentation de la nation d'origine.

2.1.4. Département de résidence

87% (102) des patients ayant consulté résident en Maine-et-Loire.

Tableau II: Répartition de la population étudiée sur le territoire.

Département de résidence	Effectifs	Pourcentage
Maine-et-Loire	102	87,18%
Autre	15	12,82%
Total	117	100,00%

2.1.5. Couverture sociale

1 patient est bénéficiaire de l'Aide Médicale d'Etat (AME), seulement 12.82% (15) ont la CMUc et plus de 70% (83) de la population étudiée sont affiliés à une caisse de Sécurité Sociale et bénéficient d'une mutuelle complémentaire.

Tableau III: Situation assurantielle en valeur absolue et en pourcentage.

Régime social	Effectifs	Pourcentage
SS + Mutuelle	83	70,94%
SS	15	12,82%
CMUc	15	12,82%
AME	1	0,85%
Aucune	3	2,56%
Total	117	100,00%

2.2. Habitudes de soins

2.2.1. Déclaration d'un médecin traitant

83.7% des patients étudiés ont déclaré un médecin traitant ; parmi eux, 85.7% étaient déclarés dans le Maine-et-Loire. 17.6% ont essayé de contacter leur médecin traitant avant de consulter aux urgences. Ces 17.6% sont néanmoins venus aux urgences car dans la plupart des cas leur médecin traitant était absent ou le délai de rendez-vous proposé était supérieur à 48h.

Tableau IV: Représentation de la déclaration d'un médecin traitant chez les patients étudiés.

Médecin traitant déclaré	Effectifs	Pourcentage
Oui	98	83,76%
Non	19	16,24%
Total	117	100,00%

On observe que parmi les 98 personnes qui ont déclaré un médecin traitant, seules 15 d'entre elles ont essayé de le contacter avant de se rendre aux urgences.

Tableau V: Démarche avant de se rendre aux urgences.

Contact du MT	Effectifs	Pourcentage
Oui	15	17,65%
Non	70	82,35%
NC	0	0,00%
Total	85	100,00%

2.2.2. Disponibilité du médecin généraliste

Avant de venir, 17.65% ont essayé de contacter leur médecin généraliste ; dans un tiers des cas ce dernier était absent du cabinet, et 40% ont proposé un rendez-vous de consultation supérieur à 48h.

Tableau VI: Disponibilité du médecin traitant.

Délai de rdv	Effectifs	Pourcentage
Absent	5	33,33%
24h	1	6,67%
24-48h	3	20,00%
> 48h	6	40,00%
Total	15	100,00%

2.2.3. Heures d'affluence

Dans notre étude, il apparaît que le taux d'inclusion est plus important en fin de matinée vers 11h en semaine, puis entre 14 et 15h en semaine et le weekend.

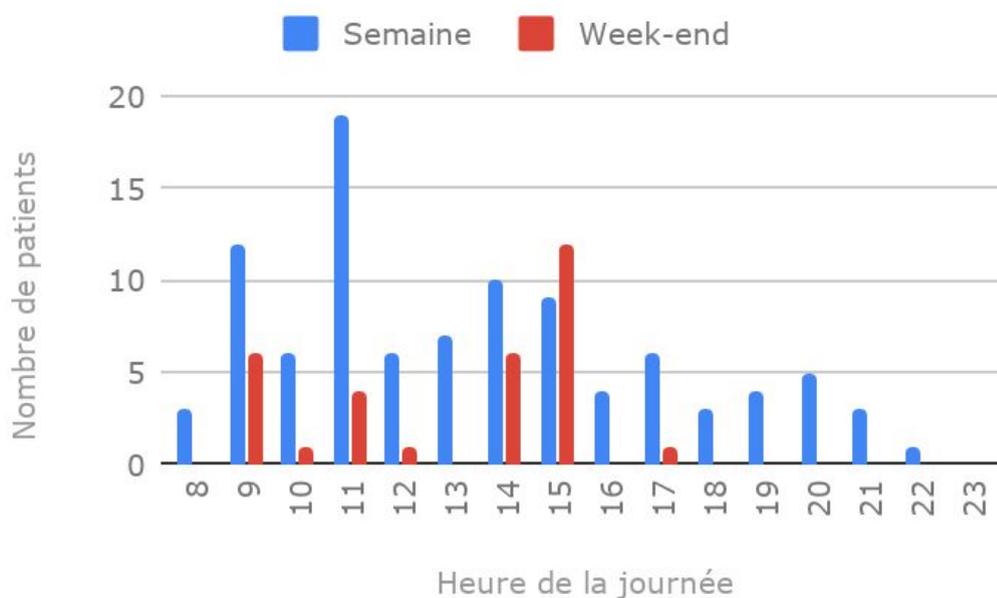


Figure 6: Affluence aux urgences la semaine et le week-end.

2.2.4. Attractivité du CHU

Plus de la moitié (65.69%) des patients inclus ont parcouru moins de 10 km pour se rendre aux urgences, 20.59% viennent d'un rayon de plus de 20 km et 13.73% d'une distance intermédiaire comprise entre 10 et 20 km autour du CHU.

Tableau VII: Distance parcourue en km pour consulter aux urgences.

Distance / CHU	Effectifs	Pourcentage
<10 km	67	65,69%
10-20 km	14	13,73%
>20 km	21	20,59%
Total	102	100,00%

Les patients les plus éloignés du CHU ont tendance à se présenter aux urgences vers 11h et 14h, ceux qui habitent plus près n'ont pas d'horaires de préférence.

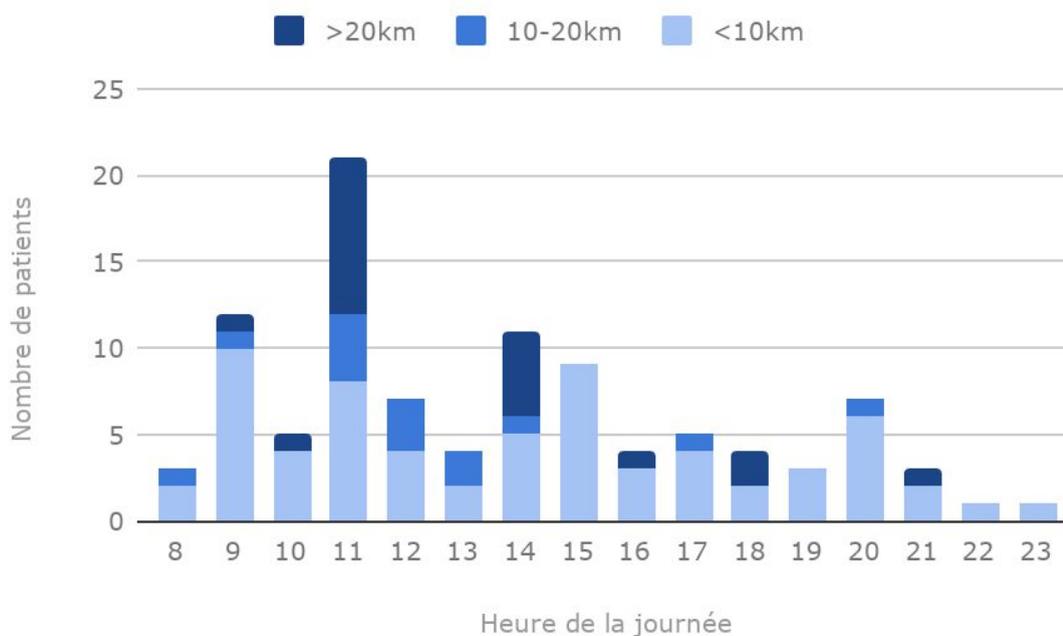


Figure 7: Affluence des patients en fonction de la distance parcourue.

2.3. Caractéristiques médicales

2.3.1. Motifs de recours aux urgences

Les motifs de consultation les plus fréquemment invoqués par les patients sont la douleur dans 45.3% des cas puis l'accès au plateau technique pour 20.5% d'entre eux. Ensuite, en 3ème position, pour près de 8% de notre population, soit 9 patients, c'est le fait de ne connaître aucun autre endroit où aller qui les a amenés aux urgences. En les observant de plus près, on constate qu'ils habitent tous à moins de 10 km du CHU et n'ont pas de médecin traitant déclaré (sauf 1 qui ne l'a pas contacté). 6 patients sont de nationalité autre que française.

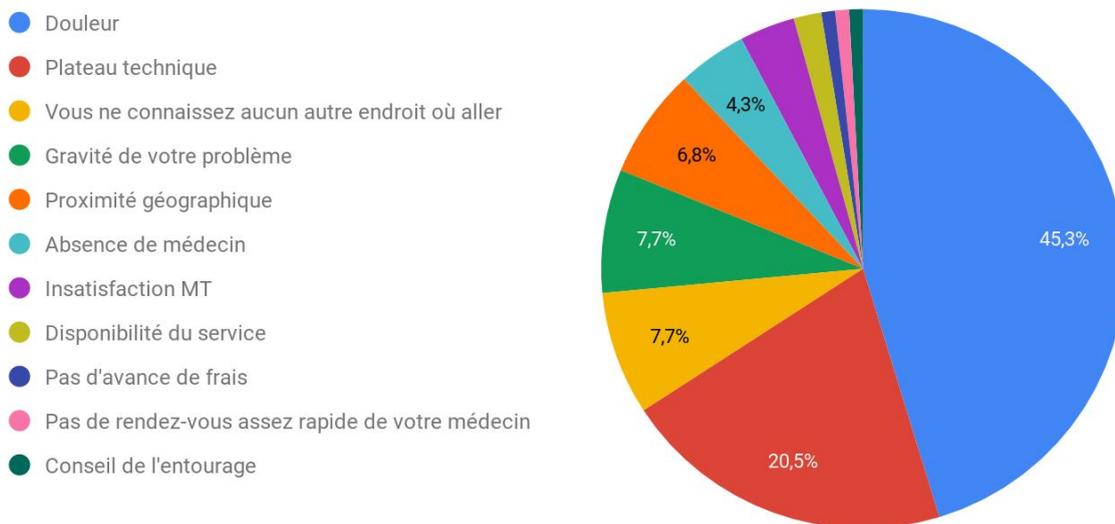


Figure 8: Raisons invoquées par les patients ne consultant pas leur médecin traitant.

Tableau VIII: Regroupement des pathologies par appareil anatomique.

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Traumatologie	49	41,88%
Symptômes généraux	10	8,55%
Symptômes digestifs	10	8,55%
Symptômes cardio respiratoires	4	3,42%
Ostéo articulaire	18	15,38%
Système nerveux	3	2,56%
Système génito urinaire	4	3,42%
Ophthalmologie	1	0,85%
Maladies infectieuses	15	12,82%
Dermatologie	2	1,71%
Orl	1	0,85%
Total	117	100%

2.3.2. Prise d'antalgiques avant de consulter

Plus de la moitié de la population étudiée (52.14%) n'ont pas pris d'antalgiques avant de consulter.

Tableau IX: Représentation des patients ayant pris des d'antalgiques avant de consulter.

Prise d'antalgiques	Effectifs	Pourcentage
Oui	53	45,30%
Non	61	52,14%
NC	3	2,56%
Total	117	100,00%

2.3.3. Réalisation d'examens complémentaires

Chez 42.74% des patients aucun examen complémentaire n'a été réalisé lors de leur passage aux urgences.

Tableau X: Réalisation d'examens complémentaires au cours du passage aux urgences.

Réalisation d'examen complémentaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	67	57,26%
Non	50	42,74%
NC	0	0,00%
Total	117	100,00%

2.3.4. Ancienneté de la symptomatologie

12.8% ont consulté aux urgences pour des symptômes datant de plus de 3 semaines.

Dans cette population la moitié considère leur pathologie comme urgente (tableau croisé dynamique)

Tableau XI: Durée d'apparition des symptômes motivant à consulter.

Ancienneté pathologie	Effectifs	Pourcentage
Aiguë	102	87,18%
Chronique	15	12,82%
Total	117	100,00%

2.3.5. Notion d'urgence

54.70% ressentent la notion d'urgence lorsqu'ils consultent, 20.51% ne se sont pas prononcés et presque un quart ne considère pas leur motif comme urgent.

Tableau XII: Ressenti des patients vis-à-vis de leur motif de consultation.

Estimez-vous votre pathologie urgente ?	Effectifs	Pourcentage
Oui	64	54,70%
Non	29	24,79%
NC	24	20,51%
Total	117	100,00%

2.3.6. Prescription médicamenteuse

Il a été délivré un traitement médicamenteux sur place à seulement 29.06% des patients (34).

Tableau XIII: Délivrance d'un traitement médicamenteux aux urgences.

TTT réalisé sur place	Effectifs	Pourcentage
Oui	34	29,06%
Non	83	70,94%
Total	117	100,00%

2.3.7. Comparaison entre motif de consultation et prise d'antalgiques

On remarque que presque la moitié des patients venus pour des douleurs n'ont pas pris d'antalgiques avant de se présenter aux urgences.

Tableau XIV: Analyse de la prise d'antalgique en fonction du motif de consultation.

Prise d'antalgiques	Motifs de consultation		
	Douleur	Plateau technique	Proximité géographique
oui	28	8	2
non	23	15	6
NC	2	1	0
Total	53	24	8

2.3.8. Comparaison entre motif de consultation et réalisation d'examens complémentaires

Seuls 3 patients venus pour accéder au plateau technique n'ont pas eu d'examens complémentaires lors de leur passage.

Tableau XV: Analyse de la réalisation d'examens complémentaires en fonction du motif de consultation.

	Motifs de consultation		
Réalisation d'examens complémentaires	Douleur	Plateau technique	Proximité géographique
Oui	27	21	4
Non	26	3	5
Total	53	24	9

DISCUSSION

1. Intérêt et limite de l'étude

L'inclusion des patients a été réalisée après avoir sensibilisé l'équipe médicale aux informations qu'il était nécessaire de recueillir pour notre étude. De plus, afin de constituer des dossiers aussi complets que possible, j'ai moi-même été présente sur place par demi-journées pendant les périodes de recueil, pour accompagner l'équipe. Cette méthode a permis d'éviter l'utilisation d'un questionnaire qui aurait pu influencer la réponse des patients, en limitant un possible sentiment de jugement voire de culpabilité face à des questions spécifiques sur le recours aux urgences. Nous avons supposé que cela permettrait d'obtenir des données plus objectives, ces éléments sur le parcours et les démarches avant sollicitation des urgences faisant partie des données à recueillir en soins courants (motif de recours, appel médecin généraliste, prise d'antalgiques, durée d'évolution des troubles ...).

Nous avons réalisé une étude monocentrique dans le service des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers du 13 au 19 mai puis du 11 et 13 juin 2019 de 9h à minuit. La période a été choisie en dehors des vacances scolaires et à distance des jours fériés pour éviter que les patients ne soient confrontés à la fermeture des cabinets de ville.

Le fait d'avoir inclus les patients sur les plages d'ouverture des cabinets de ville et des maisons médicales de garde a permis d'observer en parallèle les offres disponibles en extra-hospitalier.

780 patients se sont présentés pour une consultation aux urgences durant les périodes d'inclusion.

Après application des critères d'exclusion, 117 patients ont été retenus.

Près d'un quart des dossiers médicaux étaient incomplets : la charge de travail du personnel lors des pics d'affluence a pu impacter la qualité des données transcrites dans les dossiers patients. Il a été par ailleurs assez difficile de maintenir l'attention du personnel au cours de la journée et de faire des rappels lors du changement d'équipe le soir à 18h30.

Enfin, il a fallu également tenir compte des modifications quotidiennes du trinôme interne/externe/sénior de chaque secteur des urgences, ce qui a nécessité un rappel quotidien du déroulement de l'étude. Ma présence a été déterminante pour le remplissage des dossiers, mais il a été complexe de rester disponible pour les différents secteurs de soins.

Les dossiers étudiés ont été validés en double lecture, pour définir la notion de recours «inapproprié» avant étude plus spécifique de chacun des comptes rendus. Nous avons prévu une tierce lecture en cas de non-conformité du dossier pour un lecteur et de conformité pour l'autre. Il s'avère qu'il n'a pas été nécessaire de faire appel à un tiers relecteur.

Ainsi, après double lecture, 10 consultations se sont avérées appropriées, principalement des cas de traumatologie. En fonction des critères d'Ottawa, les entorses ont été classées dans l'une des 2 catégories, les fractures étaient naturellement considérées comme appropriées, tout comme le corps étranger ophtalmologique et la bursite infectieuse qui ont nécessité un geste technique ou un prélèvement rarement effectués en ville.

Enfin, une cinquantaine de patients précaires ayant difficilement accès à la médecine générale se sont présentés lors des périodes de recueil, et près d'un tiers ont été adressés par leur médecin traitant ou suite à un appel du 15. Les autres se sont présentés en dehors des horaires de recueil. Retenons que

nombre de patients ont eu recours à un avis préalable avant de consulter, soit par rappel du centre 15 ou via une évaluation de leur médecin traitant.

Le faible nombre de patients représente la limite principale de l'étude : son manque de puissance.

2. Interprétation des résultats

La population était majoritairement composée d'hommes (sexe ratio = 1.61), résultats comparables aux études de la DREES en 2003 [15] et de la thèse de L.BOUNIORT en 2012 [16]. Le profil le plus représenté était celui d'un patient d'origine française, avec un médecin traitant déclaré, résidant à proximité du CHU (moins de 10 km), ce qui correspond également aux informations contenues dans les rapports réalisés par la DREES [9] [15]. La moyenne d'âge était de 34 ans avec toutefois une plus grande représentativité des 16-26 ans (33%). S.GENTILLE dans son article traitant «des nouveaux comportements de santé des consultants des services d'urgences relevant de la médecine générale» fait également état d'une population jeune [17].

Les patients les plus représentés (plus de 80%) avaient une couverture sociale (Sécurité sociale et mutuelle), ceux bénéficiant de la CMU ou de l'AME étaient les plus faiblement représentés. Ces résultats sont comparables à ceux de J.CARON [18]. A cela s'ajoute que le fait de ne pas avoir à avancer les frais a été peu cité comme motif de consultation [16] [19], ce qui nous laisse penser que ce ne sont pas majoritairement les personnes issues d'un milieu modeste qui utilisent les urgences, contrairement à certaines idées reçues.

Le motif le plus fréquemment relevé pour une admission était d'origine traumatologique, ce que nous avons pu corréler avec la surreprésentation masculine, 60% (les accidents de sport, accidents de travail...)

Toutefois, la traumatologie bénigne («petite traumatologie») est également du domaine de compétence de la médecine générale. De fait, même si la majorité de la population va spontanément s'orienter vers les urgences face à un traumatisme [20], le médecin généraliste peut prendre en charge la traumatologie dite bénigne comme les contusions ou les entorses. Dans notre étude la moitié des cas de traumatologie se sont avérés être des entorses de cheville, genou, pouce ou poignet. De plus, 18% n'ont pas bénéficié d'examens complémentaires. Plus d'un quart étaient des contusions ; néanmoins 3 patients présentaient une fracture des extrémités (phalange, métacarpien et métatarsien).

La prise en charge de la douleur et l'accès au plateau technique avec respectivement 45.3% et 20.5% de la population sont les premiers arguments avancés pour une sollicitation des urgences.

Après avoir croisé les données, nous avons constaté que la moitié des patients n'avaient pas pris d'antalgiques avant de consulter, tous motifs de recours confondus. Plus particulièrement, en observant les 53 patients venus pour un syndrome algique, seuls 28 avaient pris un antalgique (52.8%). Bien que l'automédication soit sujet à débat, l'utilisation d'antalgiques de palier 1 (type paracétamol) est facilement accessible et peut être recommandée en première intention pour soulager les symptômes car ils présentent peu de contre-indications et peu d'effets secondaires [21].

Concernant la réalisation d'examens complémentaires, 24 patients s'étaient orientés aux urgences pour ce motif, 21 ont bénéficié d'un examen de type radiographique ou électrocardiographique, aucun n'a eu besoin de biologie. Un fort taux d'examens complémentaires apparaît également dans d'autres études [16] [19].

Dans le cadre d'une structure hospitalière avec la présence d'un plateau technique sur place, la notion «d'obligation de moyens» est très régulièrement mise en avant mais cette idée reste un peu simpliste : en effet, les moyens à utiliser doivent être réfléchis, proportionnés et entrer dans le cadre d'une démarche diagnostique rigoureuse. D'autres éléments entrent en ligne de compte comme par exemple l'âge du prescripteur (ancienneté dans l'exercice), la crainte de la plainte, la pression externe (des patients, des autres médecins référents...)

Si l'accès au plateau technique et à l'examen complémentaire est sans nul doute simplifié aux urgences, cette notion ne devrait pas faire perdre de vue la question du délai avant cet accès. Réorienter les patients vers une prise en charge extérieure suppose de permettre un accès dans des délais «raisonnables» non seulement à une consultation médicale, mais également à une éventuelle exploration complémentaire (principalement pour l'imagerie).

Les derniers arguments principalement invoqués par les patients étaient le sentiment de gravité de leur symptomatologie (diagnostics à faire en urgence), et l'ignorance d'une autre structure où se rendre pour avoir un avis médical.

Nous remarquons qu'aucun patient de ce groupe n'avait déclaré de médecin traitant d'où l'intérêt d'inciter la population à entrer dans le parcours de soins

coordonnés [22] et ainsi être mieux informés de l'organisation du système de soins. En effet, tous les patients de cette catégorie étaient venus pour des diagnostics courants de la médecine de ville: cystite, sinusite, douleurs dentaires, intertrigo, contractures... etc

En ce qui concerne les heures d'affluence, que ce soit en semaine ou le week end, le taux de fréquentation était plus important en fin de matinée vers 11h (18% des consultations journalières), avec une accalmie à l'heure du déjeuner pour reprendre en début d'après midi vers 14h-15h (28%). Ces pics de consultation se trouvaient donc dans les heures ouvrables des cabinets médicaux de ville. Notre analyse est comparable à l'étude réalisée par la DREES en 2003 [15].

En observant maintenant les heures d'affluence en fonction du kilométrage parcouru par les patients, nous remarquons que les plus excentrés (de 10 à 20 km et plus de 20 km) venaient aux urgences principalement vers 11h / 14h / 18h alors que ceux résidant dans un périmètre de moins de 10 km consultaient de façon homogène tout au long de notre période.

Il semblerait donc que la proximité d'accès du CHU facilite l'accès aux urgences.

Plus des trois quarts des usagers des urgences s'y sont présentés directement, sans contact médical préalable, même par téléphone [15] [23]. Pour ceux l'ayant contacté, dans deux tiers des cas, le médecin traitant était absent ou le délai de rendez-vous disponible dépassait 48h. Faute de solutions adaptées en ville face à une demande urgente, les patients se présentent aux urgences. Depuis plusieurs années, une évolution sociale apparaît avec le développement des secrétariats à distance via une plateforme qui centralise les appels

téléphoniques. Ce concept semble pratique pour les médecins libéraux qui sont moins dérangés par le téléphone lors des consultations, cependant, il est plus difficile de communiquer directement avec son médecin traitant pour un conseil, un avis ou simplement pour se faire rassurer. En effet, la distance physique ne permet pas aux secrétaires d'interpeller le médecin entre 2 consultations pour lui transmettre une information, elles laissent sur l'agenda en ligne des messages écrits qui ne sont pas toujours lus en temps et en heure par les médecins. Un contact verbal avec le médecin de famille permet généralement de limiter l'anxiété et donc le recours aux urgences, le patient pouvant ainsi temporiser 24 ou 48h jusqu'à l'accès à une consultation médicale.

Nous avons analysé le délai entre le début des symptômes et le moment où les patients se sont présentés aux urgences. 87 % avaient des symptômes qui dataient de moins de 3 semaines. Malheureusement ce résultat est difficilement interprétable car il aurait fallu faire une analyse plus fine des délais. Par contre le fait d'avoir 12.8% de patients qui consultaient pour des symptômes datant de plus de 3 semaines amène à se poser des questions. En effet, d'un oeil extérieur, il paraît paradoxal de se présenter aux urgences pour des symptômes déjà anciens. Cependant cette hypothèse n'est pas strictement vraie. En regardant au cas par cas chaque patient de ce groupe, aucun d'entre eux ne relevait de l'urgence.

De plus, 5 des 15 patients ne considéraient pas leur plainte comme une urgence, 2 avaient eu recours à un moyen de transport par ambulance.

En questionnant les patients sur leur ressenti concernant la notion "d'urgence", 54% éprouvaient un sentiment d'urgence, 20% ne se prononçaient pas et près

d'un quart ne voyaient pas leurs symptômes comme de l'urgence. Ce sentiment d'urgence est complètement dépendant du patient sans que l'on puisse juger de sa rationalité. La représentation par le patient de son propre état de santé est la base de la perception de la gravité de sa pathologie. De nos jours, nous sommes face à une société plus inquiète [24]. Les campagnes d'information sur les dépistages de certains cancers, sur les symptômes qui doivent alerter pour un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde sont là pour sensibiliser la population sur les maladies graves. Mais l'effet indésirable est l'alerte des patients dès l'apparition d'un symptôme. Le développement des médias, que ce soit les séries télévisées, les médias de masse, les médias alternatifs ou internet, a pu modifier l'approche de la population vis-à-vis de la médecine. De plus l'information n'est plus forcément soumise aux règles déontologiques, notamment celle de la vérification des faits, et cela peut entraîner une compréhension erronée. En effet, les recherches sur internet peuvent être à l'origine d'une désinformation anxiogène qui crée chez le patient un sentiment d'urgence et fait naître le souhait d'avoir une consultation rapide, quel que soit le moment de la journée.

Les patients sont aussi plus exigeants. Ils sont attirés par la performance des examens complémentaires d'aujourd'hui et souhaitent qu'on explore leurs symptômes afin d'avoir un diagnostic plus précis et plus rapide. [25]

Si plus de 70% des patients n'avaient pas reçu de traitement médicamenteux sur place, 83% étaient ressortis avec une ordonnance d'examens complémentaires ou de traitement médicamenteux ou avec orientation vers un spécialiste (courrier médical ou organisation d'un RDV en externe).

Enfin, 44 patients sur 117 (soit près de 40%) n'avaient pas eu besoin de délivrance de médicaments ni d'examens complémentaires aux urgences. Ces patients auraient bénéficié d'une prise en charge équivalente dans un cabinet de médecin généraliste en ville ou à la maison médicale de garde.

Sur les 780 consultations de départ, 663 patients avaient été exclus soit parce qu'ils étaient adressés par un professionnel de santé, soit parce que l'heure à laquelle ils se sont présentés était en dehors de la permanence de soins ambulatoires soit parce que les dossiers médicaux étaient incomplets. Pour les 15 patients qui ont fait la démarche de contacter leur médecin traitant mais n'ont pas trouvé de réponses adaptées, la venue aux urgences peut être considérée comme adéquate. Donc au total, 102 patients ont utilisé les urgences de façon inadaptée soit 13% de la population soit 1 patient par jour entre 08 et 23h00. Ce chiffre est probablement à réévaluer à la hausse (dossiers incomplets) mais reste quand même assez faible. Par ailleurs, s'agissant de sollicitations «non urgentes» nous pouvons supposer qu'elles représentent une charge de travail somme toute modérée.

Et pourtant, nous constatons que ces demandes sont souvent mal vécues et génèrent un fort rejet parmi les soignants des urgences. Elles peuvent les mettre en difficultés car ils sont confrontés à des sollicitations auxquelles ils ne peuvent pas répondre (maladie chronique, problématique sur les parcours de soins externes, difficultés d'accès à une imagerie...). Ces patients sont la représentation d'une forme de faiblesse du système.

Mais le mal-être aux urgences ne peut se limiter à la problématique des recours inadaptés. D'autres éléments sont à questionner comme l'augmentation de la demande de soins due, en partie, à un vieillissement de la population

engendrant une majoration des maladies chroniques. En parallèle, nous assistons à une modification de l'offre de soins, une baisse du budget des hôpitaux, des fermetures de lits, la perte d'effectifs soignants (médicaux et paramédicaux), l'absence d'agrandissement et de rénovation des locaux, qui se retrouvent inadaptés pour faire face à cette affluence.

3. Perspectives d'évolution

Au total, cette étude fait ressortir que sur le nombre de consultations quotidiennes aux urgences, seule une petite quantité s'avère inappropriée. Toutefois, les désagréments occasionnés par ces sollicitations proviennent du fait que le praticien des urgences peut considérer que, dans ces situations, il n'exerce pas le métier qu'il a choisi et que cela interfère avec les soins à donner aux autres patients qui relèvent eux de la médecine d'urgence.

De plus, au vu de leur nombre finalement réduit, ces patients devraient pouvoir être absorbés par le système de soins sans trop de difficultés.

Ces recours inappropriés ne peuvent à eux seuls expliquer la situation de débordement actuel des urgences, il conviendrait de travailler aussi sur les patients orientés après avis médical par exemple : quel accès aux avis spécialisés, aux explorations complémentaires en dehors d'un recours aux urgences, quel temps consacré à chaque patient...

La maison médicale de garde située à l'entrée des urgences du CHU semble bien connue de la population angevine. En effet, les médecins de garde interrogés lors du recueil des données déclarent voir en moyenne 10 à 20 patients par soir, de 20h à minuit en semaine et le dimanche en moyenne 45 patients de 8h à minuit. Il serait intéressant de savoir, peut-être à travers une autre étude, quelle est la fréquentation des autres maisons médicales du territoire.

En parallèle du recueil des données, nous avons effectué un relevé sur les 2 applications d'agendas médicaux en ligne les plus utilisées, à savoir "Doctolib" et "Docavenue" à 9h et à 14h. A 9h, plus d'une trentaine de consultations pour le jour même étaient disponibles chez différents médecins généralistes de l'agglomération angevine, à 14h en revanche il restait moins de 5 disponibilités. A noter que quasiment tous les praticiens disposaient d'au moins 1 créneau d'urgence pour le lendemain. Toutefois l'utilisation d'un système informatique dans le cadre d'une urgence n'est peut-être pas adaptée. En effet, comme il a été dit précédemment, le patient chercherait davantage à se faire rassurer, via un conseil médical, ce que les plateformes de rendez-vous utilisées de nos jours ne peuvent en aucun cas lui fournir.

Comme nous avons pu le constater, les patients ayant appelé leur médecin traitant sont parfois confrontés à l'absence de ce dernier. De plus en plus fréquemment les médecins généralistes prennent une journée de repos dans la semaine sans remplacement organisé (difficultés à trouver un médecin remplaçant fixe). Une des solutions parfois proposée est le transfert des appels urgents vers le cabinet ouvert le plus proche les jours non travaillés (et non vers le centre 15) afin de maintenir la permanence de soins sans orienter vers les urgences. Cette possibilité, si elle était généralisée, permettrait peut-être de pallier le manque de solution ressenti par les patients qui du coup se dirigent vers les urgences.

Toutefois, notre étude l'a démontré, une grande partie des patients (82%) ne contactent pas leur médecin traitant avant de venir. Les raisons pour lesquelles le contact n'a pas été pris n'ont pas été spécifiquement étudiées, nous avons

limité le recueil à la présence ou l'absence de contact préalable avec le MG. Malgré tout, L.BOUNIORT dans son étude a relevé que plus de 57.7% des patients interrogés sur ce fait ont dit ne pas avoir contacté le médecin généraliste par choix [16]. Les autres raisons évoquées sont le fait de «ne pas y avoir songé», la connaissance de l'absence du MG au cabinet ce même jour, le refus de voir le remplaçant.

Sensibiliser la population sur l'organisation du système de soins dans l'agglomération angevine et dans le département du Maine-et-Loire permettrait peut-être d'améliorer l'information des citoyens sur les accès aux consultations médicales dans un délai «acceptable». Cette sensibilisation pourrait débuter auprès des plus jeunes. En effet, "Angers est la 5ème ville la plus étudiante de France avec 39 225 étudiants" [26], ces derniers viennent de tous horizons puisque 10% d'entre eux sont des étudiants étrangers [26] et la plupart n'ont pas de médecin traitant déclaré dans le département. Face à un problème de santé, ils ne savent pas où s'orienter et bon nombre d'entre eux consultent aux urgences. Dans le cadre de la journée d'accueil dans les établissements d'études supérieures, une brochure ou une présentation orale rapide pourrait être envisagée pour renseigner ces étudiants sur l'organisation de l'offre de soins à Angers et en proche périphérie, les lieux et horaires d'ouverture des maisons médicales de garde, y compris le soir et le week-end, les applications mobiles d'agenda en ligne pour trouver un médecin généraliste disponible, l'appel au centre 15...

Ce travail de recherche nous a également permis de souligner les difficultés d'accès aux examens complémentaires (principalement l'imagerie) dans un délai raisonnable (48 à 72h), en ambulatoire, ce que confirme le fort taux de

consultation pour "accéder au plateau technique" à Angers. En effet, les créneaux réservés aux urgences, y compris au sein du CHU en externe, sont rapidement pourvus laissant peu d'option autre que le recours aux urgences pour ces sollicitations. Cette contrainte s'ajoute à la difficulté d'accès, réelle ou ressentie, à la consultation médicale.

Enfin, en tant que médecin généraliste remplaçante, j'ai pu constater que l'accès aux examens complémentaires en "urgence relative" varie d'un département à l'autre. Dans le sud du département de la Manche, la demande en urgence d'une radiographie ou d'un scanner est régulée par un médecin radiologue au téléphone ; dans le département des Côtes d'Armor l'accès direct aux spécialistes est facilité.

A Angers, le groupement d'imagerie médicale angevine (GIMA), créé il y a 10 ans pour centraliser les prises de rendez-vous via un seul secrétariat, regroupe 8 centres d'imagerie privés, 7 dans l'agglomération et 1 à Baugé [27]. Par ailleurs, le CHU dispose d'un centre d'imagerie ouvert aux rendez-vous pris en ville, et plusieurs radiologues libéraux indépendants sont également disponibles.

Les patients ne devraient pas décider en amont, sans un avis médical préalable, de la nécessité d'une imagerie et ne devraient pas supposer que l'accès à ces examens va être difficile à obtenir.

Un accès plus rapide en ville aux imageries de type échographie, via les médecins généralistes, pourrait être une solution pour désengorger les urgences des consultations médicales. Il est vrai que l'échographie abdominale pour explorer des douleurs abdominales anciennes ou l'échographie rénale pour explorer une pyélonéphrite ou encore le scanner cérébral pour des céphalées anciennes restent difficiles d'accès dans des délais raisonnables.

CONCLUSION

Actuellement les services d'urgences sont considérés comme saturés. Nous constatons, et l'actualité s'en fait l'écho, une inadéquation entre le nombre de recours et la capacité d'accueil des services. Cette évolution est multifactorielle. Notre travail sur la question des recours inappropriés souvent présentés comme une des défaillances du système nous a permis de mettre en évidence certains à priori sur cette présentation. Aux urgences du CHU d'Angers, avec 12% de consultations ambulatoires inappropriées (et moins de 6% du nombre total de patients pris en charge aux urgences sur cette période), nos résultats vont à l'encontre de l'idée reçue d'une population qui abuserait des services d'urgences et génèrerait à elle seule une saturation de ces derniers. Il paraît toutefois nécessaire de penser un parcours de soins hors urgence pour ces patients.

Ainsi, en médecine générale, le développement d'un réseau entre médecins généralistes de même secteur géographique permettrait de référer les patients vers un confrère en cas d'absence afin d'assurer une permanence de soins.

Il serait par ailleurs pertinent, dans une perspective de recherche de plus grande envergure, d'effectuer une évaluation plus précise de l'accès aux soins en Maine-et-Loire.

Faciliter l'accès pour les médecins généralistes aux examens complémentaires en ville pourrait aussi soulager les urgences.

Enfin, nous devons accepter l'évolution sociétale du «tout urgent» qui restera une limite aux organisations programmées par rapport aux accès aux soins sans rendez-vous.

BIBLIOGRAPHIE

1. COLLET M, GOUYON M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. nov 2007;8.
http://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/genese_recours_urgences.pdf
2. COWAN RM, TRZECIAK S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. Crit Care. 2005;9(3):291-5.
3. CLARET P-G. Le circuit patient en structure des urgences: comment lutter contre la surcharge? 31 mars 2017;201
4. STIERLE F. Historique de la Médecine d'Urgence civile préhospitalière en France. [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur:
<http://cesusamu.chez.com/appligos/samu/samu.html>
5. WHITE KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res 1997;32:11-21.
6. LANCRY P-J. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. 2017. [Internet] Disponible sur:
http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf
7. Ordre National des médecins. La démographie médicale en région Pays de la Loire- Situation en 2013 [Internet]. Disponible sur:
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf
8. GENTILE S, DEVICTOR B, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND AC, SAMBUC R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233.
9. BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;12.
10. COUR DES COMPTES. Les urgences médicales: des services toujours trop sollicités. févr 2019;35.
11. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale 2016. 2016;326. [Internet]. Disponible sur
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-pack_age/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
12. ARS des Pays de Loire. Permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2019 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur:

https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_pays_de_la_loire/L24_Organisation_soins_PDSA_version_web_pour_avis_20180202.pdf

13. ARS des Pays de Loire. Nouveau zonage pour renforcer l'aide à l'installation de médecins en Pays de la Loire [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur :
<http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/nouveau-zonage-pour-renforcer-aide-installation-de-medecins-en-pays-de-la-loire>
14. ORU DES PAYS DE LOIRE. Profil des structures d'urgences des Pays de la Loire en 2016. [Internet] Disponible sur :
http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/02/26/00022615-568a59d8c40b4e9192d96c93db0b4ea1/profilsu49_cliniqueanjou_2016.pdf
15. CARRASCO V, BAUBEAU D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. [Internet]. 2003. Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
16. BOUNIORT L. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation [Internet]. 2012 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur :
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/21f90be8-23f1-472f-8a34-5cdfa5c4eb2f>
17. GENTILE S, DURAND A-C, BONGIOVANNI I, ROFRITSCH S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. /data/revues/09939857/0020001S/138/ [Internet]. 8 mars 2008 [cité 15 août 2019]; Disponible sur :
<https://www.em-consulte.com/en/article/110807>
18. CARON S, STEUNON (Junie) C. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'hôpital Saint Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny - Villiers. [Internet]. 2010. Disponible sur :
<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0585127.pdf>
19. LERAT-GOLASOWSKI M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. [Internet]. 2015. Disponible sur :
<http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
20. CALMETTES N. Etude qualitative des motifs de recours pour traumatologie bénigne aux urgences. 2015.
21. CNAMTS. Bien utiliser les antalgiques [Internet]. 2019 [cité 21 août 2019]. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/utiliser-medicaments/utiliser-antalgiques>

22. CNAMTS. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2019 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
23. CNAMTS. Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville [Internet]. ORUMIP Rapport final. 2004 [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/CNAMTSrapport.pdf>
24. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND AC, BONGIOVANNI I, HARO J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
25. PIERRON J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé. 2007;Vol. 25(2):43-66. <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-43.htm> p9
26. ANGERS LOIRE DÉVELOPPEMENT. Quelques grands chiffres pour avoir une approche numérique de ce qu'est Angers et son territoire. [Internet]. ALDEV. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.angers-developpement.com/le-territoire/en-chiffres/>
27. Groupement d'Imagerie Médicale Angevine [Internet]. Gima. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.angers-radiologie.fr/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cartographie de la répartition de Angers Loire métropole.	p 17
Figure 2: Cartographie par zonage en Maine-et-Loire.	p 19
Figure 3: Origine des patients passant aux urgences, selon le département des services d'urgences.	p 20
Figure 4: Répartition de la population en fonction du sexe.	p 26
Figure 5: Représentation de la nation d'origine.	p 27
Figure 6: Affluence aux urgences la semaine et le week-end.	p 30
Figure 7: Affluence des patients en fonction de la distance parcourue.	p 31
Figure 8: Raisons invoquées par les patients ne consultant pas leur médecin traitant.	p 32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Représentation de l'âge des patients.	p 27
Tableau II: Répartition de la population étudiée sur le territoire.	p 27
Tableau III: Situation assurantielle en valeur absolue et en pourcentage.	p 28
Tableau IV: Représentation de la déclaration d'un médecin traitant chez les patients étudiés.	p 28
Tableau V: Démarche avant de se rendre aux urgences.	p 29
Tableau VI: Disponibilité du médecin traitant.	p 29
Tableau VII: Distance parcourue en km pour consulter aux urgences.	p 30
Tableau VIII: Regroupement des pathologies par appareil anatomique.	p 32
Tableau IX: Représentation des patients ayant pris des antalgiques avant de consulter.	p 33
Tableau X: Réalisation d'examens complémentaires au cours du passage aux urgences.	p 33
Tableau XI: Durée d'apparition des symptômes motivant à consulter.	p 33
Tableau XII: Ressenti des patients vis-à-vis de leur motif de consultation.	p 34
Tableau XIII: Délivrance d'un traitement médicamenteux aux urgences.	p 34
Tableau XIV: Analyse de la prise d'antalgique en fonction du motif de consultation.	p 34
Tableau XV: Analyse de la réalisation d'examens complémentaires en fonction du motif de consultation.	p 35

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	10
RÉSUMÉ	13
INTRODUCTION	14
MATERIELS ET METHODES	22
Description de l'étude	22
Population étudiée	22
Méthode du recueil des données	23
Ethique et consentement	23
Triage à l'accueil et orientation	23
Inclusion des patients	24
Objectifs de l'étude	25
RÉSULTATS	26
Population étudiée	26
Caractéristiques de la population	26
Données sociodémographiques	26
Sexe	26
Âge	26
Pays d'origine	27
Département de résidence	27
Couverture sociale	28
Habitudes de soins	28
Déclaration d'un médecin traitant	28
Disponibilité du médecin généraliste	29
Heures d'affluence	29
Attractivité du CHU	30
Caractéristiques médicales	31
Motifs de recours aux urgences	31
Prise d'antalgiques avant de consulter	32
Réalisation d'examens complémentaires	33
Ancienneté de la symptomatologie	33
Notion d'urgence	34
Prescription médicamenteuse	34
Comparaison entre motif de consultation et prise d'antalgiques	34
Comparaison entre motif de consultation et réalisation d'examens complémentaires	35
DISCUSSION	36
Intérêt et limite de l'étude	36
Interprétation des résultats	38
	55

Perspectives d'évolution	45
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
LISTE DES FIGURES	53
LISTE DES TABLEAUX	54
TABLE DES MATIÈRES	54
ANNEXES	58

ANNEXES

Annexe I: Données recueillies par le logiciel URQUAL

Annexe II: Validation du comité d'éthique

Annexe I: Données recueillies via le logiciel Urqual

Données administratives:

- Sexe, âge, nationalité
- Distance en kilomètres du CHU
- Département d'habitation
- Régime social
- Moyen de transport utilisé pour se rendre aux urgences
- Jour et heure de passage

Données du dossier médical :

- Avez-vous un médecin traitant déclaré ? Si oui, habite-t-il dans la région ?
- Avez-vous contacté votre médecin traitant avant de venir aux urgences ?
- SI OUI, quel était le délai de rendez-vous?
- Pour quels motifs avez-vous choisi de consulter aux urgences ce jour ?
- Estimez-vous qu'aujourd'hui votre demande de soins relève de l'urgence ?
- Avez-vous pris un traitement avant de venir ?
- Est-ce une pathologie aiguë ? Chronique ?
- Des examens complémentaires ont-ils été réalisés aux urgences ?
- Y-a-t-il eu un traitement administré sur place ?
- Y-a-t-il eu une prescription médicamenteuse ou un courrier d'orientation lors de la sortie des urgences ?
- Diagnostic final

COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aaurmand@chu-angers.fr

Angers, le 15 avril 2019

A Mme LESOUÉF Marlène

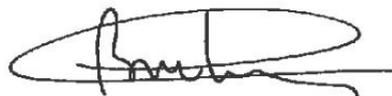
Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 10/04/2019 votre étude « *Analyse du profil des patients se présentant aux urgences adultes du CHU d'Angers pour un motif relevant de la médecine générale* » enregistrée sous le numéro 2019/33.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton

Analyse du profil de patients se présentant aux urgences du CHU d'Angers pour un motif relevant de la médecine générale

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les urgences subissent une augmentation importante du nombre d'admissions à l'origine d'un engorgement. Le recours aux urgences pour des soins ambulatoires relevant de la médecine générale peut être inadapté.

OBJECTIF : Déterminer les facteurs favorisant le recours aux urgences du CHU d'Angers pour des pathologies relevant de la Médecine Générale.

MÉTHODES : Etude épidémiologique descriptive prospective par recueil de données sur dossiers réalisée aux Urgences adultes du CHU d'Angers en Maine-et-Loire du 13 au 19 mai puis du 11 au 13 juin 2019.

RÉSULTATS : 117 patients ont été inclus sur 780 consultations, 60% sont des hommes, la moyenne d'âge est de 36 ans. 83% des ces patients ont déclaré un médecin traitant, 82% n'ont pas essayé de le joindre. Ils viennent pour la douleur (45.3%), l'accès au plateau technique (20.51%). La traumatologie représente 52.69% des diagnostics. 40% n'ont pas bénéficié de traitement médicamenteux ni d'examen complémentaire sur place. 52.14% n'ont pas pris d'antalgiques avant de venir. Au total 12% de consultations ont été jugées inappropriées.

DISCUSSION ET CONCLUSION : Le faible effectif de population est à l'origine d'un manque puissance de cette étude. En cause: des dossiers incomplets et un contact préalable avec un professionnel de santé avant la venue aux urgences excluant un tiers des patients. Les recours inappropriés représentent une part minoritaire de l'activité et ne bouleversent pas le fonctionnement du service. Cependant, un meilleur accès aux soins permettrait d'orienter ces patients vers une solution plus adaptée et ainsi de soulager les urgences d'une partie des consultations qui sont en perpétuelle augmentation.

Mots-clés: consultations inappropriées, urgences, médecine générale

Profile analysis of patients visiting the CHU d'Angers Emergency services for primary care related complaints

ABSTRACT

INTRODUCTION: Emergency services are witnessing an increase in the number of visits. Using emergency services for primary care visits may not be appropriate.

GOAL: Identify the reasons for patients to use emergency services at the University Hospital of Angers for primary care.

METHOD: Prospective descriptive epidemiological study by collecting data based on patient files at the adult emergency services of the University Hospital of Angers, Maine et Loire, over the periods from May 13th to 19th and June 11th to 13th 2019.

RESULTS: 117 patients were included on the 780 consultations over the selected period. 60% were men, mean age is 36. 83% of the patients stated being followed by a personal physician. 82% have not tried to reach out to him. Main reasons for the visits are pain (45.3%) and requirement to access to complementary investigation tests (20.52%). Traumatology represents 52.69% of the final diagnoses. 40% were not prescribed any medication neither ordered investigation tests. 52.14% of patients did not take analgesic medications. 12% were decided to be inadequately visiting the emergency services.

DISCUSSION/CONCLUSION: The small number of patient visits is the cause of the relatively low power of this study. At faults are: incomplete patient files and a previous visit to a physician before coming in the emergency service which excludes the patients from the study. Inadequate visits represent only a minor part of the overall incoming patient flow and do not disturb the correct operation of the service. However, a more accurate access to care would help direct those patients to better care, thus alleviate some of the continuously increasing number of incoming patients.

Keywords: inadequate consultations, emergency visits, primary care

