

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 188

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Alain LE GOFF

né le 01/11/1985 à NANTES

Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2017

TITRE DE LA THESE

**Prise en charge de la traumatologie en soins primaires.
Parcours de soins et impact sur l'hospitalisation.**

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic HUCHET

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles Potel,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse,

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Eric Batard et Monsieur le Professeur François Guoin

Merci de m'avoir accordé du temps pour juger ce travail.

Au Docteur Philippe Richard,

J'ai eu l'honneur d'être l'un de tes internes.

Tu me fais le plaisir de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur Ludovic Huchet, mon directeur de thèse,

Merci pour tes encouragements et ton soutien tout au long de ce travail.

Aux médecins de SOS Médecins Nantes,

Merci pour votre accueil des internes et votre confiance lors de mes premiers remplacements.

Aux Docteurs Ghislaine Moreau-Arnaud et David Chabanne,

Merci de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale.

Au Docteur Didier Kiéné,

Tu m'as fait découvrir la médecine générale, comme externe puis interne.

Merci pour ta confiance lors de mes remplacements.

A mes co-internes,

Pour tous ses moments passés ensemble.

A tous les professionnels de santé avec qui j'ai eu le plaisir de me former.

A mes parents,

Pour leur soutien au cours de mes études.

A ma sœur, mon frère et leurs enfants.

Liste des abréviations

AVP : Accident de la Voie Publique

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de L'évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

MT : médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	4
Table des matières.....	5
I. INTRODUCTION.....	7
A. Définitions.....	7
B. Epidémiologie.....	8
C. Parcours de soins.....	8
1. Les urgences.....	9
2. La médecine libérale.....	10
D. Offre de soins.....	11
1. Démographie médicale.....	11
2. Permanence des soins.....	12
3. SOS Médecins à Nantes.....	13
II. MATERIEL ET METHODE.....	14
A. Population et période d'étude.....	14
B. Recueil des données.....	14
C. Critères d'inclusion.....	15
D. Critères d'exclusion.....	15
E. Logiciel et test statistique.....	15
III. RESULTATS.....	16
A. Généralités.....	16
B. Population.....	17
1. Age et sexe.....	17
2. Origine des patients.....	18
3. Appels.....	18
4. Délai entre le traumatisme et l'appel.....	19
C. Prise en charge initiale.....	20
1. Lieux des consultations.....	20
2. Antalgie lors de la consultation.....	21
3. Diagnostics.....	21
D. Parcours de soins.....	22
1. Prise en charge ambulatoire.....	24
a. Traumatismes ostéo-articulaire.....	24
b. Plaies et brûlures.....	27

2.	Consultation spécialisée à court terme.....	30
3.	Patients adressés aux urgences.....	32
4.	Admissions en service hospitalier.....	37
E.	Ages extrêmes.....	38
F.	Impact sur le recours aux urgences.....	39
IV.	DISCUSSION.....	41
A.	Impact sur le recours aux urgences et l'hospitalisation.....	41
B.	Parcours de soins.....	42
C.	Forces et faiblesses.....	52
D.	Conclusion.....	53
V.	BIBLIOGRAPHIE.....	56
VI.	ANNEXES.....	59

I. Introduction

A. Définitions.

- Parcours de soins

La Haute Autorité de Santé entend, par parcours de soins du patient, « le juste enchaînement et au bon moment de différentes compétences professionnelles liées [...] aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus et autres prises en charges » (1).

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles fondées sur de bonnes pratiques. Elle a pour finalités l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique, ainsi que l'accompagnement des malades.

- Traumatologie

Il n'y a pas de définition consensuelle de la traumatologie courante. Dans la littérature, on retrouve au fil des articles les expressions de « petite traumatologie » ou « traumatologie fréquente ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on peut définir un traumatisme comme un « dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie qui dépassent le seuil de tolérance physiologique, ou lorsqu'il est privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur...) ». L'origine de cette énergie peut être mécanique, thermique, électrique, chimique ou irradiante (2, 3). Cette définition exclue les traumatismes psychologiques.

Les traumatismes sont responsables de 9% de la mortalité à l'échelle mondiale. Outre les décès, ils peuvent entraîner des incapacités temporaires ou permanentes. Ils

sont responsables d'un grand nombre de consultations médicales, d'admission aux urgences et d'hospitalisations (2).

B. Epidémiologie.

En France, on estime à 11 millions le nombre de victimes d'un accident chaque année (4). Les accidents de la vie courante sont les plus fréquents, suivis des accidents du travail et des accidents de la voie publique. Les conséquences de ces lésions vont du traumatisme bénin ne nécessitant aucun recours aux soins aux traumatismes lourds nécessitant une hospitalisation urgente ou entraînant un décès.

Cette demande de soins urgents de la part du patient est justifiée par la gravité supposée de son état de santé, la douleur, les saignements à traiter ou l'angoisse ressentie (5).

Les traumatismes physiques sont ainsi un motif fréquent de recours au système de soins en France (6). La notion d'urgence n'est toutefois pas ressentie par tous de la même façon. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est définie par la situation vitale du patient. Pour le médecin généraliste, il s'agit le plus souvent d'une demande de soins non programmée nécessitant d'interrompre ou d'adapter son activité. Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention du médecin, la notion de gravité de son état de santé n'étant pas forcément au premier plan (7).

C. Parcours de soins.

Devant une urgence, traumatique ou non, un patient peut consulter son médecin traitant, un autre médecin ou se rendre dans un service d'urgence.

1. Les urgences.

Les urgences accueillent les patients en demande de soins non programmés 24 heures sur 24, tous les jours de l'année. Elles sont le pivot de l'organisation hospitalière, véritable « interface entre médecine de ville et l'hôpital » (8).

Sur la période de 2001 à 2011, les 750 structures d'accueil des urgences de France ont vu leur nombre annuel de passages passer de 13.6 millions à 18.5 millions (9). A l'échelle de la région des Pays de la Loire, on note une progression annuelle moyenne de 3,7% du nombre de passages aux urgences entre 2004 et 2015 (10).

Les urgences traumatologiques sont particulièrement concernées par cette activité : elles correspondent ainsi à 33 à 59% des recours aux urgences (11-13).

Les motifs de recours aux urgences avancés par les patients sont parfois multiples. En excluant les patients amenés par les pompiers ou le SAMU, on retrouve (14, 15) :

- Un motif médical pour lequel les urgences constituent le lieu de soins paraissant médicalement le plus adapté au problème de santé (sentiment d'urgence ou de gravité, besoin d'un examen radiologique, douleur importante)
- La facilité d'accès aux soins, en termes de proximité géographique, d'horaire ou de gratuité.
- La nécessité d'une hospitalisation, la médecine libérale ne semblant pas permettre une hospitalisation rapide.
- Le recours aux soins en deuxième choix par difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins

Des études ont cependant avancé que 33 à 79% de ces consultations de traumatologie auraient pu être gérées par les médecins généralistes (15-17). En 2013, une étude de la DREES incluant 52 018 patients relevait que 46% seulement des patients consultant aux urgences nécessitaient une prise en charge urgente à l'hôpital (11). Ces consultations engorgent les urgences, perturbent l'organisation des soins et

peut générer des situations à risque avec une perte de chance pour les patients les plus graves (16). Certains services d'urgences s'organisent en structurant le parcours des urgences. Des filières courtes sont créées, correspondant à un service de consultation avec un médecin généraliste (18).

Devant une situation médicale jugée urgente par un malade, il est recommandé au patient de consulter un médecin généraliste ou d'appeler le centre de régulation du SAMU pour demander un avis médical avant de se rendre aux urgences (18-20). Malgré cela, 70% des patients se présentent aux urgences sans contact médical préalable (12). En 2013, la DREES notait que seulement 33% des patients consultant aux urgences avaient entrepris une démarche relative à leur état de santé au cours des 24 heures précédant le recours aux urgences (11).

2. La médecine libérale.

Une des caractéristiques de la médecine générale est d'être le premier contact avec le système de soins en prenant en compte tous les problèmes de santé. Les circonstances font que le médecin généraliste suivant un patient n'est pas toujours le premier contact de celui-ci avec les soins (21).

Les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville représentent 12% de l'activité des médecins généralistes libéraux. Ces consultations font partie de l'activité habituelle du médecin et ne nécessitent pas, dans 69% des cas, de modification de l'organisation établie (6).

Une étude de 2006 notait que 10% des recours urgents à un médecin généraliste concernait un problème traumatique. La part de ces motifs de recours est inférieure à ce qu'on pourrait attendre si on se réfère au taux de recours aux services d'urgences. Seuls 6 à 10% des patients consultant pour un problème traumatique nécessitent ensuite une hospitalisation immédiate (4, 6).

Selon une thèse de 2008 réalisée auprès de 176 médecins généralistes exerçant en milieu urbain, les principaux obstacles à la réalisation de suture au cabinet sont (22) :

- le temps important à consacrer à un acte non programmé,
- la faible demande,
- le manque de pratique,
- l'absence d'aide au cabinet,
- l'émoussement de compétences techniques,
- le risque médico-légal
- une rémunération insuffisante.

La proximité d'un service d'urgence est également avancée pour justifier la non prise en charge de la petite traumatologie en cabinet de ville (6).

D. Offre de soins.

1. Démographie médicale.

Le Conseil National de L'Ordre des médecins recensait 1240 médecins généralistes en Loire Atlantique en 2016, soit 9,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants (23), proche de la moyenne nationale de 9,9, mais hétérogène entre les zones rurales et urbaines (14).

L'atlas de la démographie médicale publiée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins fait état de 686 médecins généralistes installés sur le bassin de vie de Nantes au premier janvier 2016, soit une densité de 10,3 pour 10 000 habitants, densité considérée comme forte. Le nombre de médecins généralistes a cependant diminué de 4.5% entre 2007 et 2016 (23).

Le département compte 5 Services d'Urgence (2 à Nantes, 1 à Ancenis, à Châteaubriant et Saint Nazaire) et un service d'urgences pédiatriques au CHU de Nantes.

Il existe 23 cabinets de radiologie répartis sur l'agglomération Nantaise.

Au niveau de l'agglomération Nantaise, 7 établissements comportent des services d'orthopédie (le CHU de Nantes, La Clinique Bretéché, la Clinique Jeanne d'Arc, la Clinique Jules Verne, la Clinique Saint Augustin, la Polyclinique de l'Atlantique et l'Hôpital Privé du Confluent)

2. Permanence des soins.

La permanence des soins a pour but de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux, c'est-à-dire de 20 heures à 8h en semaine, de 13h à 8H du samedi au dimanche, et de 8h à 8h du dimanche au lundi. Les urgences restent directement accessibles 24h sur 24 (24, 25). L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux Agences Régionales de Santé par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires de 2009.

L'accès aux médecins assurant la permanence des soins n'est pas direct : il est régulé par le Centre de Réception et de Régulation médical des Appels (CRRRA 15) au sein des SAMU. Les appels concernant la permanence des soins ambulatoires sont régulés par des médecins généralistes libéraux en coordination avec les médecins régulateurs hospitaliers. La régulation est également possible par les associations de permanences de soins, interconnectées avec le SAMU-Centre 15 (24).

En Loire Atlantique, les patients sont pris en charge au sein d'un des 15 lieux fixes de consultation (12 Centres d'accueil et de Permanence des Soins et 3 centres de consultation SOS médecins). Les visites sont assurées par les 5 médecins effecteurs

relevant des associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins et par les médecins d'une des deux associations de SOS Médecins (24).

3. SOS Médecins Nantes.

SOS Médecins est une association de médecins généralistes répondant à une demande de soins non programmés et participant à la permanence des soins.

Les demandes de soins sont reçues par un centre d'appel placé sous la responsabilité d'un médecin régulateur. Le centre d'appel est interconnecté avec le SAMU-Centre 15. La régulation des appels permet à certains actes médicaux d'être différés et réalisés par le médecin traitant (26).

SOS Médecins Nantes assure des visites 24h sur 24, 7 jours sur 7. Afin de limiter le nombre de visites, elle dispose de deux centres de consultation sur l'agglomération, un à Nantes et un à Rezé, ouverts en journée de 9h à minuit en semaine, de 13h à minuit le samedi et de 9h à minuit le dimanche.

L'association SOS Médecins à Nantes intervient à domicile sur 15 des 24 communes de l'agglomération Nantaise « Nantes Métropole », soit 92% de la population de l'agglomération (Basse-Goulaine, Bouguenais, Carquefou, Indre, La Chapelle Sur Erdre, Les Sorinières, Nantes, Orvault, Rezé, Saint-Herblain, Saint-Sébastien-Sur-loire, Sainte-Luce-Sur-Loire, Sautron, Thouaré-Sur-Loire et Vertou).

L'objectif de notre étude est de décrire la prise en charge de la traumatologie par une association de médecins généralistes chargée d'assurer la permanence des soins et d'évaluer son impact sur le recours aux urgences et à l'hospitalisation.

II. Matériel et méthode

A. Population et période d'étude.

Notre étude s'est intéressée aux patients vus par SOS Médecins Nantes en consultation ou en visite du 15 décembre 2016 au 31 janvier 2017, période comprenant des congés scolaires du 19 décembre au 01 janvier. Lors de cette consultation, tous les patients consultant pour un traumatisme physique ont été informés par le médecin qu'ils seraient appelés au cours des semaines à venir. Ils pouvaient s'y opposer et le faire figurer dans leur dossier médical.

Un délai de trois semaines a été retenu entre la consultation et l'appel téléphonique. Ce délai permettait une estimation fiable de l'évolution des pathologies sans majorer le risque d'oubli du patient.

B. Recueil des données.

Les variables sociodémographiques (coordonnées des patients, âge, sexe, commune d'origine, heure d'appel et lieu de consultation) ainsi que les diagnostics de consultation ont été recueillis au sein des dossiers informatisés de SOS Médecins à Nantes.

Un questionnaire téléphonique a été administré aux patients, ou à leurs parents pour les mineurs (Annexe n°1). Les données des résidents en EHPAD ont été recueillies par l'intermédiaire du même questionnaire adressé aux cadres de soins des établissements.

C. Critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion étaient :

- Tous les patients ayant consulté SOS Médecins sur la période retenue.
- Ayant eu un diagnostic de traumatisme physique, quelles que soient les circonstances de survenue.
- Patient de tout âge.
- Patient vu en consultation ou en visite.
- Consultation en jour ouvré ou dans le contexte de la permanence des soins.

D. Critères d'exclusion.

Les critères d'exclusion étaient :

- L'impossibilité de joindre le patient.
- Le refus du patient.
- Une mauvaise maîtrise du français ou de l'anglais.
- L'hospitalisation du patient.
- L'incarcération du patient.
- La vie en institution dans un établissement pour majeur protégé ou dans un foyer de l'Aide Sociale à l'Enfance.

E. Logiciel et test statistique.

Nous avons établi un questionnaire basé sur des questions majoritairement fermées pour en faciliter l'analyse. Les réponses ont été enregistrées de façon anonyme dans un tableur Microsoft Excel 2010. Les calculs ont été effectués avec ce logiciel.

Les calculs statistiques ont été réalisés grâce à un test du Khi 2, avec un risque $\alpha=5\%$. Les résultats ont été considérés comme significatifs pour une valeur de $p < 0,01$.

III. Résultats

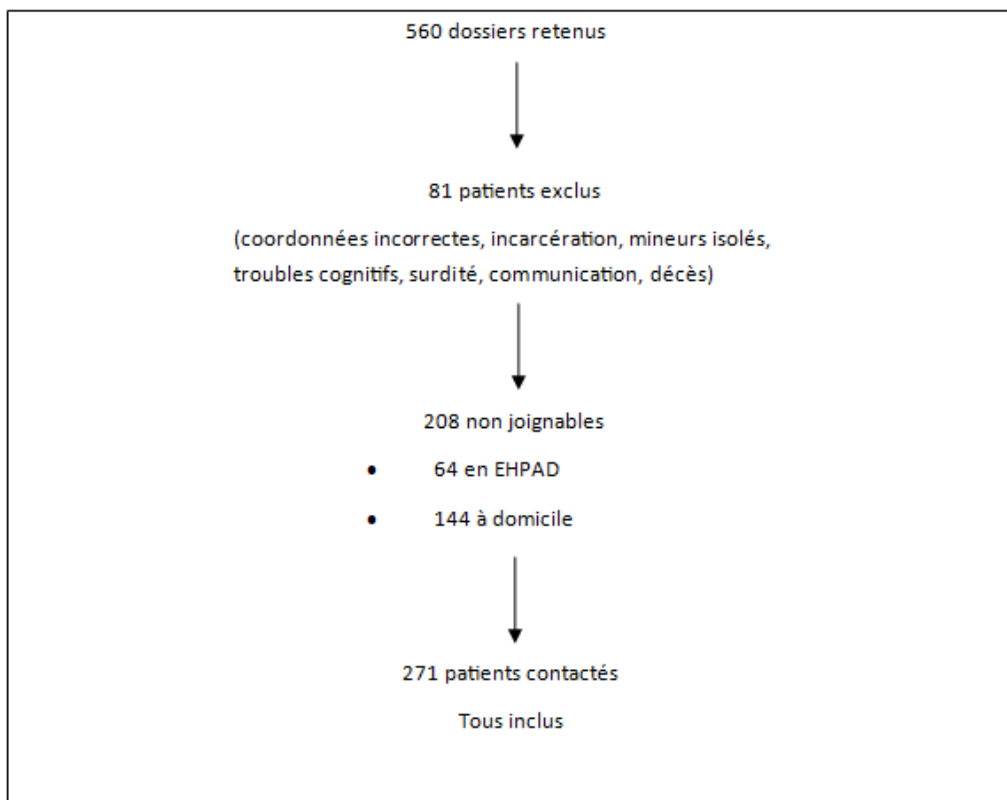
A. Généralités.

Nous avons retenu 560 dossiers de consultations ayant pour diagnostic un traumatisme.

Sur ces 560 dossiers, 52 patients ont été exclus pour coordonnées incorrectes, 7 étaient incarcérés, 7 étaient des majeurs protégés vivant en foyer et 3 étaient des mineurs confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Quatre patients contactés n'ont pas eu de discours cohérent, 4 ne parlaient ni français ni anglais, 2 présentaient une surdité incompatible avec une discussion téléphonique et 2 étaient décédés.

81 patients ont donc été exclus de l'étude.



Sur les 122 patients résidents en EHPAD, nous avons reçu 58 questionnaires. Sur les 357 patients vivant à domicile, 213 ont pu être contactés et ont répondu au questionnaire. Il n'y a pas eu de refus de participation.

Nous avons ainsi inclus 271 patients dans cette étude.

B. Population.

1. Age et sexe.

Sur les 271 patients inclus, la moyenne d'âge était de 49,7 ans avec un âge médian de 47 ans. Le plus jeune avait 23 mois et les plus âgés 100 ans. 51 (18,8%) avaient moins de 15 ans et 91 (33,6%) plus de 70 ans.

Il s'agissait de 124 hommes (45,8%) et 147 femmes (54,2%).

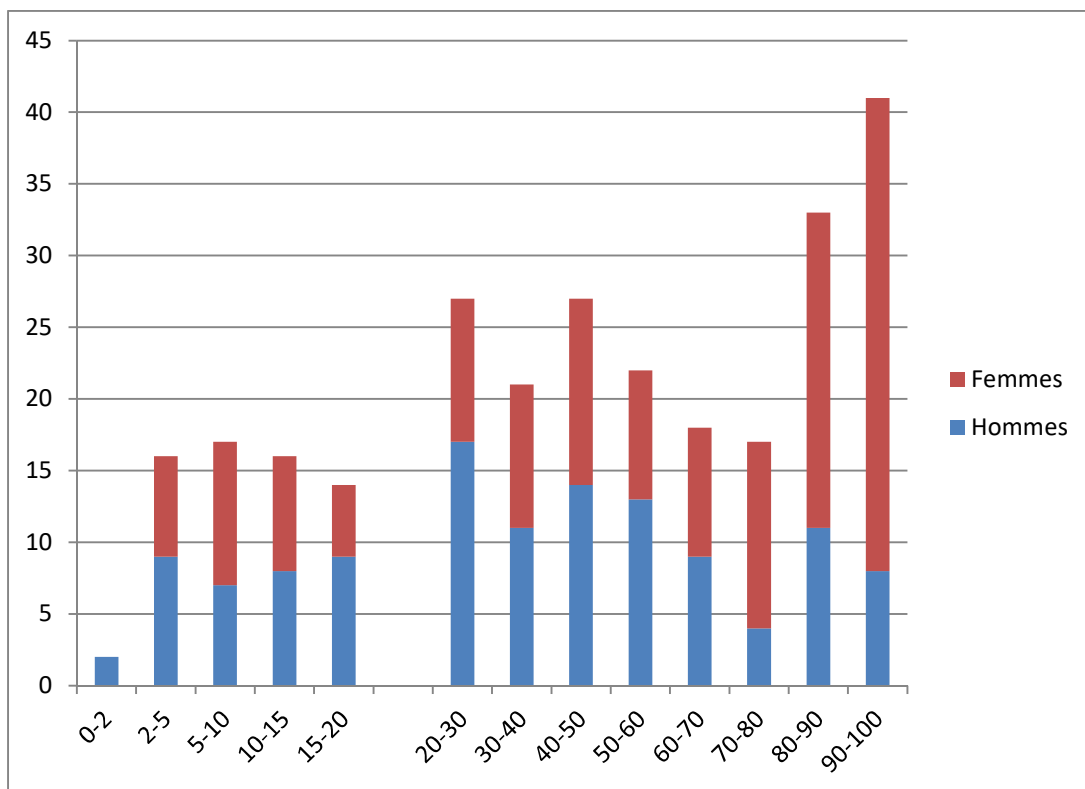


Figure 1. Répartition des patients selon l'âge (en années) et le sexe.

2. Origine des patients.

264 patients étaient originaires de communes de l'agglomération Nantaise sur lesquelles intervient SOS Médecins et 7 provenaient d'autres communes.

Six de ces sept patients étaient originaires de communes proches de l'agglomération. Connaissant le centre de consultation, ils s'y sont rendu directement, 5 durant les heures de permanence des soins et 1 en journée.

Le dernier patient était originaire d'Ile de France et a été orienté par le Centre 15 vers le centre de consultation.

3. Appels.

Chaque consultation est précédée d'un appel au centre de régulation de SOS Médecins.

	Appel d'un particulier	Centre 15	EHPAD	Total
Heures ouvrées	76	4	17	97
Permanence des soins	116	18	40	174
Total	192	22	57	271

Tableau 1. Nombre d'appels selon leur origine et le contexte horaire.

192 (70,8%) consultations médicales ont été déclenchées par l'appel d'un particulier. Elles ont donné lieu à 126 consultations et 66 visites.

22 (8.1%) appels provenaient du Centre 15 et ont donné lieu à 1 consultation et 21 visites, dont une en EHPAD.

57 (21%) appels provenaient d'un des Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de l'agglomération. Tous les patients ont été vus à domicile.

4. Délai entre le traumatisme et l'appel.

Les patients ont appelé en moyenne 13,2 heures après le traumatisme, avec un délai médian de 2,5 heures.

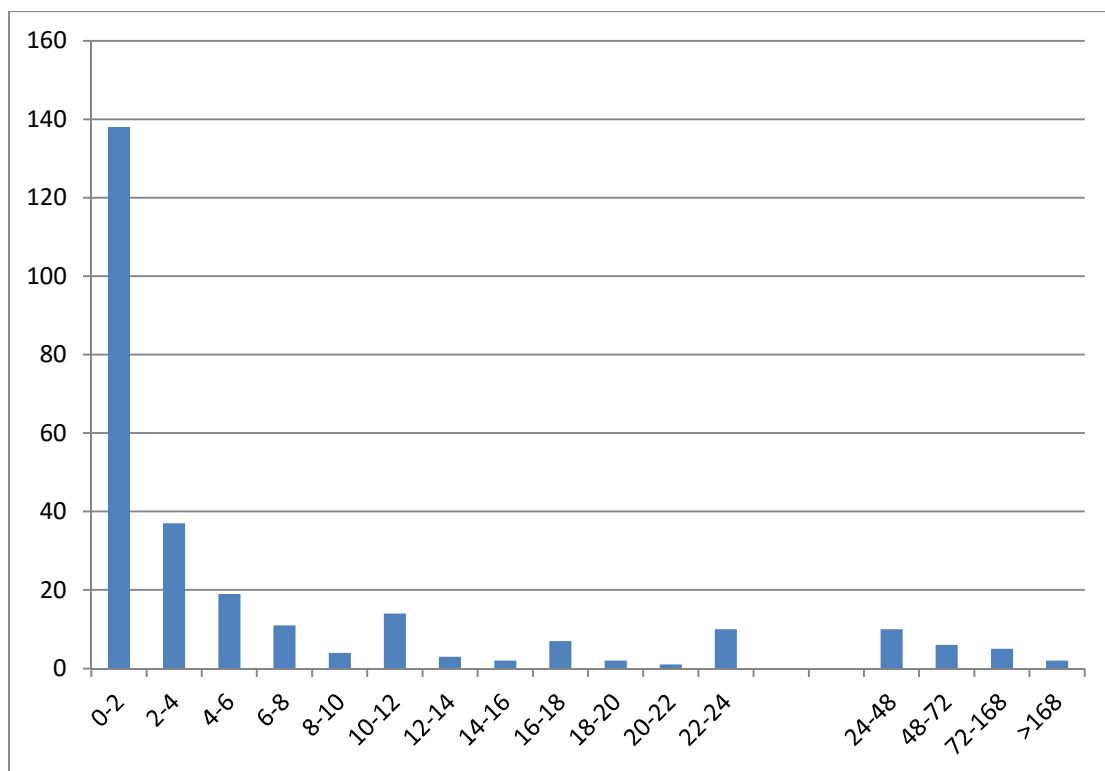


Figure 2. Délai (en heures) entre le traumatisme et l'appel à un médecin.

Les patients attendant plus de 48 heures pour faire appel à un médecin expriment moins le souhait de consulter aux urgences. Parmi les 13 patients ayant attendus plus de 48 heures, seuls 2 auraient consulté aux urgences, l'un pour un traumatisme costal avec douleurs intenses et le second pour une suspicion de phlegmon sur une plaie d'un doigt. Seul ce dernier a nécessité un avis spécialisé. Les autres ont été pris en charge en ambulatoire.

Quelques patients ont tenu à expliquer les délais de consultation supérieurs à 48 heures. Ils étaient justifiés par :

- La crainte d'une complication telle qu'une thrombose veineuse profonde ou un phlegmon,
- Des douleurs persistantes, notamment chez les enfants,
- L'inquiétude induite par les conseils des proches.

C. Prise en charge initiale.

1. Lieux des consultations.

144 (53,1%) consultations ont eu lieu au domicile du patient, dont 39,6% au sein d'un EHPAD. Les 127 autres se sont tenues dans les deux centres de consultations de SOS Médecins (92 à Nantes et 35 à Rezé).

64,2% des patients ont été vus pendant les horaires de permanence des soins.

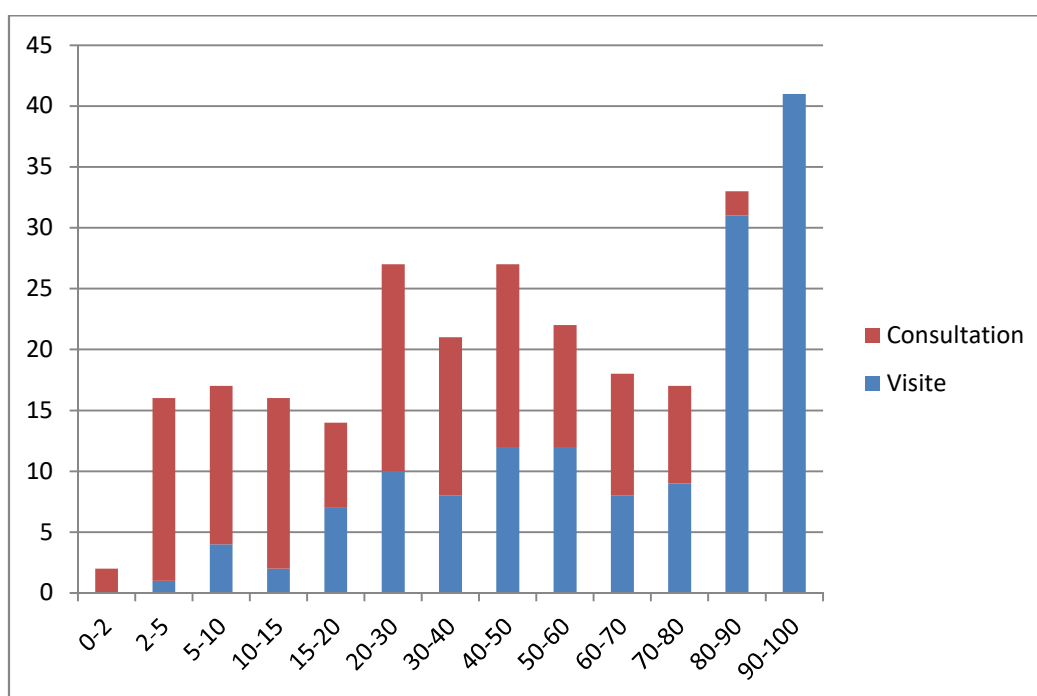


Figure 3. Lieu de consultation en fonction de l'âge (en années) du patient.

39 patients vus à domicile ont déclaré pouvoir se déplacer le jour de la consultation mais seuls 17 ont appelé lors des heures d'ouverture du centre de consultation, c'est-à-dire entre 9 heures et minuit.

Sur les 21 patients adressés par le Centre 15, 7 vus à domicile auraient pu se déplacer au centre de consultation.

2. Antalgie lors de la consultation.

- 38,3% des patients ont pris un antalgique avant la consultation, avant d'appeler ou sur le conseil du médecin régulateur. 23% d'entre eux ont jugé son efficacité insuffisante.

- 25,6% des patients ont reçu un antalgique de la part du médecin. 14% de ces patients l'ont jugé insuffisant.

- 7,1% des patients n'ont pas reçu d'antalgique mais estiment à posteriori qu'un traitement aurait été nécessaire.

- 29% des patients ont estimé ne pas avoir besoin d'antalgique.

3. Diagnostics.

Lors de ces 271 consultations, 276 diagnostics de traumatisme ont été retenus, cinq patients ayant eu deux diagnostics (Annexe n°2).

Il s'agissait de lésion ostéo-articulaires ou de plaies et brûlures.

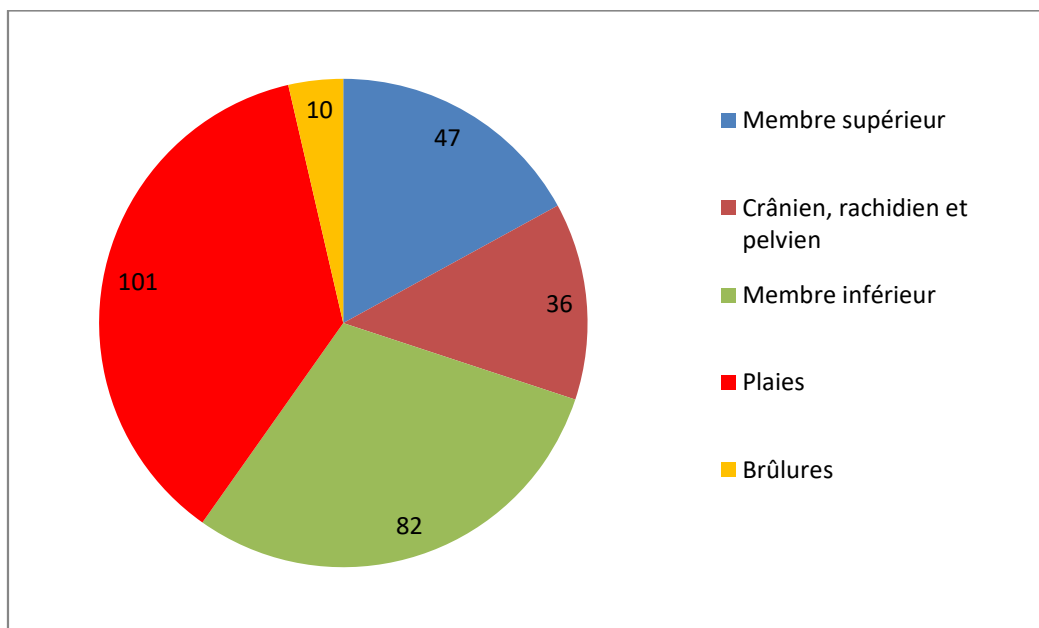


Figure 4. Répartition des traumatismes.

D. Parcours de soins.

Nous avons pu définir schématiquement 4 parcours de soins différents. Les patients ont pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire avec la consultation initiale ou suivie d'une consultation spécialisée à court terme ; ou ils ont été orientés vers les urgences ou un service d'hospitalisation.

Sur les 271 patients inclus, 206 (76%) ont été pris en charge en ambulatoire, 23 (8,5%) ont été orientés directement vers une consultation spécialisée, 38 (14%) ont été dirigés vers les urgences et 3 (1.1%) ont été hospitalisés dans l'un des établissements de l'agglomération sans passer par les urgences.

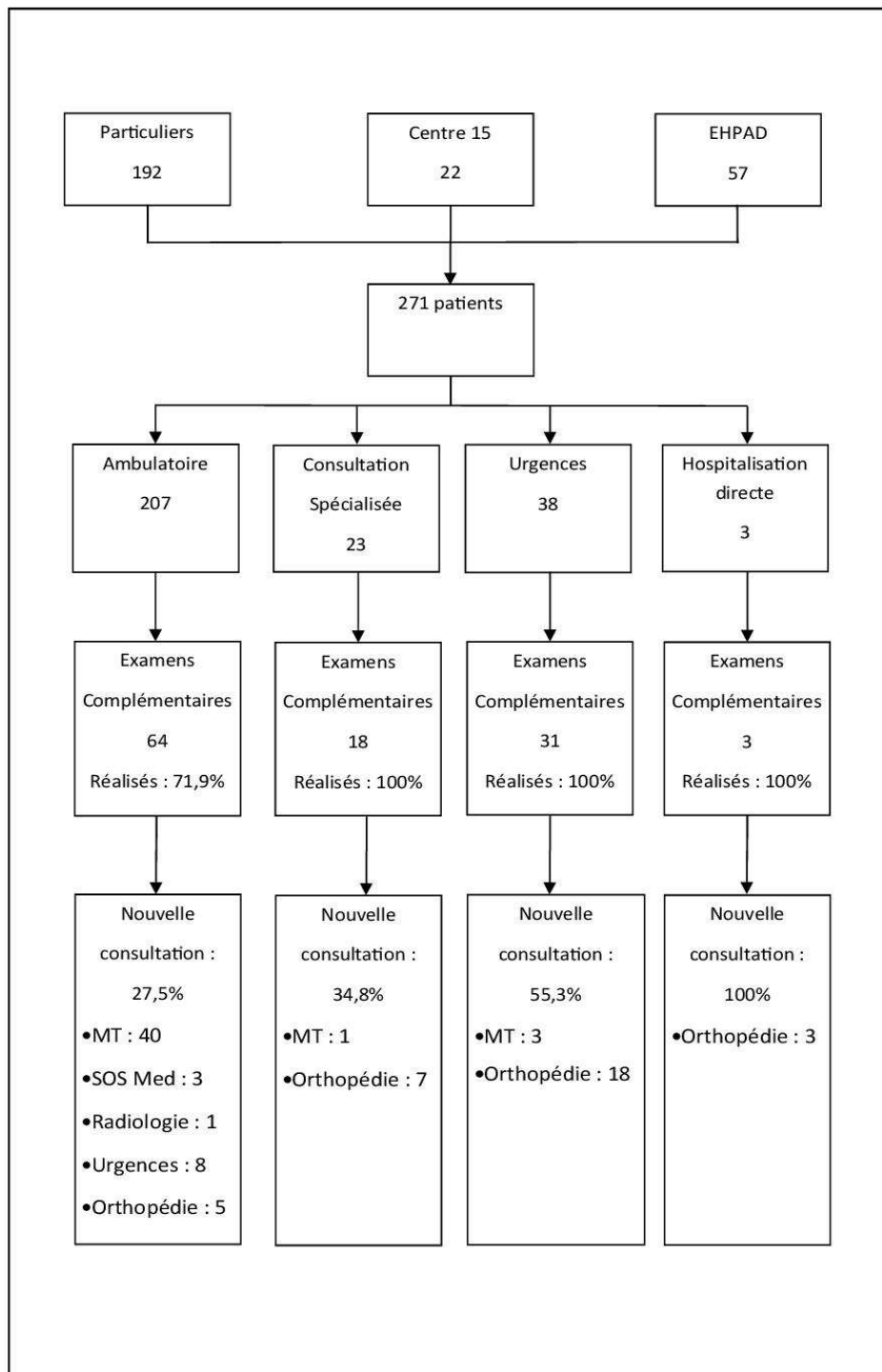


Figure 5. Parcours de soins. Résumé.

1- Prise en charge ambulatoire.

Parmi les 207 patients pris en charge en ambulatoire, 116 ont consulté pour un traumatisme ostéo-articulaire, 83 pour des plaies et 10 pour des brûlures. 2 patients ont donc eu deux lésions diagnostiquées.

Les traumatismes et leur localisation étaient variés. Les diagnostics le plus fréquents étaient :

- Les plaies : 83 (40,1%)
- Les entorses de cheville : 22 (10,7%)
- les contusions et entorses de genou : 12 et 9 (5,8% et 4,3%)
- les traumatismes costaux : 12 (5,8%)
- les brûlures : 10 (4,8%)
- les traumatismes de l'épaule : 7 (3,4%)
- les traumatismes du bassin et de la hanche : 6 (2,9%)

a. Traumatismes ostéo-articulaires.

- Examens complémentaires.

Les patients nous ont rapporté 62 prescriptions d'examens complémentaires, uniquement des radiographies. Seules 46 ont été réalisées.

Parmi les patients n'ayant pas fait pratiquer les examens prescrits, on retrouve :

- 11 patients ayant décidé seuls de ne pas faire d'examen devant l'évolution favorable de leur problème médical.

- 3 patients n'ayant pas pu obtenir de rendez-vous dans les cabinets contactés. Tous les trois évoquent des plannings surchargés pendant les vacances scolaires. L'un a dû consulter aux urgences, des parents ont renoncé à accompagner leur enfant aux urgences pédiatriques et un résident d'EHPAD a

dû attendre le passage de son médecin traitant pour obtenir un rendez-vous de radiologie. Les diagnostics rapportés par ces 3 patients étaient respectivement une fracture d'un métacarpe, une fracture d'un métatarse diagnostiquée 18 jours après la consultation et une fracture d'une palette humérale.

- Et 2 patients ayant pour recommandations de ne faire pratiquer l'examen qu'en cas de symptômes persistants.

- Modalités thérapeutiques.

- 65 patients ont reçu un traitement uniquement antalgique, adapté à leur situation.
- 41 patients ont nécessité une immobilisation souple de type attelle, minerve ou coude au corps.
- 2 patients ont nécessité la réduction de pronations douloureuses.
- 2 patients ont bénéficié de rééducation.

- Indications d'une nouvelle consultation.

48 (41,7%) des patients pris en charge en ambulatoire pour un traumatisme ostéo-articulaire ont nécessité une nouvelle consultation.

Lors de ces nouvelles consultations, 14 ont donné lieu à une prescription d'examens radiologiques, toutes réalisées.

Trois patients n'ayant pas réalisé leurs examens prescrits initialement ont alors eu un diagnostic de fracture : un patient vu par son médecin traitant, un par SOS Médecins et un par un orthopédiste.

Une tomodensitométrie prescrite lors d'une consultation de contrôle suite à un traumatisme du genou a révélé une rupture des ligaments croisés.

Les autres examens n'ont pas révélé d'anomalie.

	Douleur	Consultation de contrôle	Prescription de radiographie(s)	Prolongation d'un arrêt de travail	Arrêt de sport	Prise en charge chirurgicale	Doutes du patient sur le diagnostic posé	Total
Médecin traitant	14	7	2	6	2	0	1	32
SOS Médecins	1	1	0	0	0	0	0	2
Radiologie	0	0	1	0	0	0	0	1
Urgences	4	1	3	0	0	0	0	8
Orthopédiste	2	1	0	0	0	1	1	5
Total	21	10	6	6	2	1	2	48

Tableau 2. Motifs de consultation.

Lorsque le patient consulte aux urgences, un examen radiologique n'est pas systématique, même s'il constitue l'unique motif de recours. Seul 1 des 3 patients consultant pour cet unique motif s'est vu prescrire une radiographie après l'examen initial. L'évolution clinique a été favorable pour ces 3 patients.

- Evolution.

L'évolution a été jugée favorable à 3 semaines du traumatisme par 108 patients sur 115, stable par 3 d'entre eux et défavorable par 4 autres.

L'un a nécessité une hospitalisation pour des douleurs persistantes sur un traumatisme costal, un autre était insatisfait de la récupération fonctionnelle d'une luxation d'épaule, un patient âgé venait d'avoir un diagnostic de fracture de la palette humérale, et un enfant chez qui une fracture d'un métatarse a été retrouvée après avoir renoncé à consulter aux urgences pédiatriques pendant les vacances scolaires.

b. Plaies et brûlures.

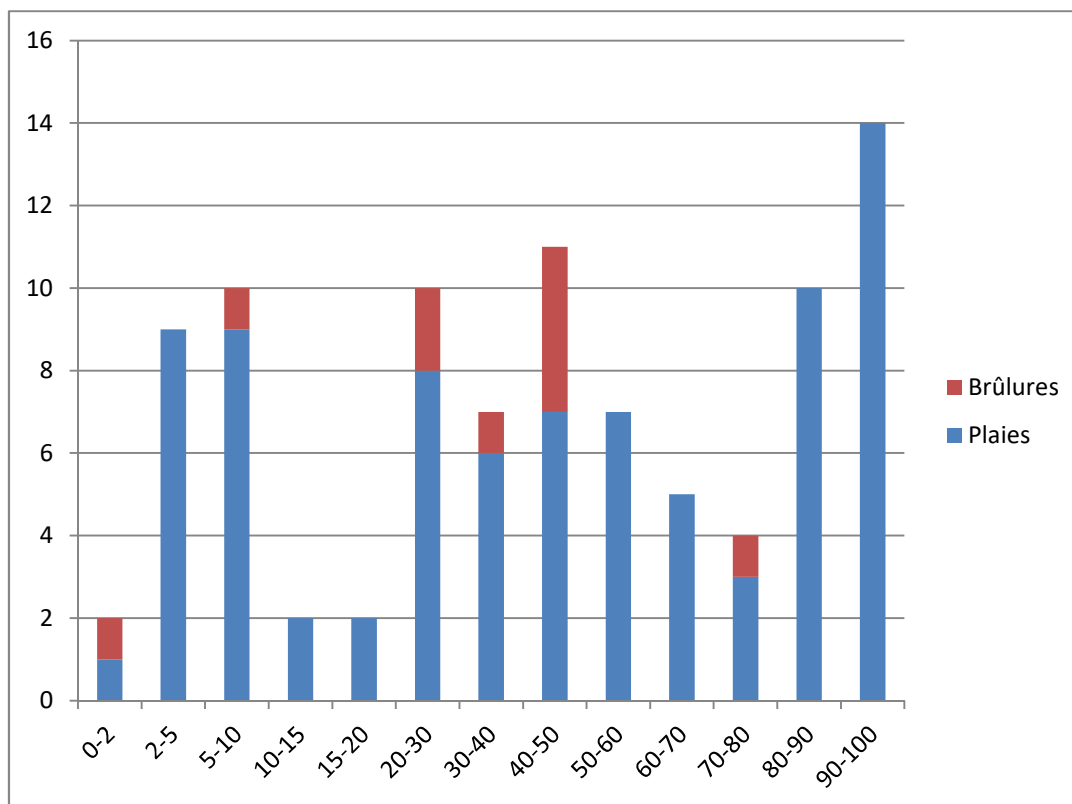


Figure 6. Répartition des plaies et brûlures selon l'âge (en années)

Le délai médian d'appel à un médecin suite à une plaie a été de 38 minutes.

	Consultation	Visite	EHPAD
Plaies	52	10	21
Brûlures	7	3	0
Total	59 (63%)	13 (14%)	21 (23%)

Tableau 4. Lieux de prise en charge des plaies et brûlures.

- Localisations des lésions.

Localisation	Plaies	Brûlures
Cuir chevelu	17	0
Front et arcade	20	0
Nez	3	0
Joue	1	0
Lèvre	5	0
Menton	6	0
Coude	3	0
Avant-bras	2	1
Main	5	5
Doigt	15	2
Cuisse	0	1
Jambe	6	0
Pied	0	1
Total	83	10

Tableau 3. Localisations des plaies.

Ces lésions n'ont pas nécessité de prescription d'examen complémentaire.

- Modalités thérapeutiques.

Pour 6 patients, aucune prise en charge particulière n'a été nécessaire. 16 plaies ont été prises en charge par une cicatrisation dirigée, 8 ont été traitées par des sutures adhésives, 15 par de la colle tissulaire et 38 par des points de suture.

Aucun patient victime de brûlures ne présentait de signe de gravité. Toutes ces lésions ont été prises en charge par cicatrisation dirigée.

Un seul effet indésirable a été rapporté par les patients. Un enfant a reçu de la colle tissulaire dans l'œil, entraînant une irritation conjonctivale résolutive en 24 heures, sans nécessité d'examen complémentaire.

- Nouvelles consultations et évolution.

En fonction de l'évolution, 9 patients ont eu besoin d'une nouvelle consultation, en dehors de l'ablation simple des points de suture :

	Douleur	Surveillance de la cicatrisation	Déficit neurologique	Cicatrisation lente	Total
Médecin traitant	1	5	0	2	8
SOS Médecins	0	0	1	0	1
Urgences	0	0	0	0	0
Total	1	5	1	2	9

Tableau 5. Motifs de consultations.

Un seul patient, résident d'un EHPAD, a consulté SOS Médecins pour un déficit neurologique survenu après un traumatisme crânien faisant diagnostiquer une hémorragie sous arachnoïdienne)

Il n'a pas été rapporté d'infection à 3 semaines de la prise en charge.

Aucune de ces consultations n'a entraîné de changement du traitement.

2- Consultations spécialisées à court terme.

23 (8,5%) patients ont été orientés directement vers une consultation spécialisée. 4 l'ont été en orthopédie à la Clinique Jules Verne, 6 en orthopédie à la Polyclinique de l'Atlantique et 13 aux urgences de la main de la Clinique Jeanne D'Arc. Le délai moyen entre la consultation de SOS médecins et le rendez-vous était de 9,25h avec une médiane à 9,5h.

Initialement, 11 patients ont été vus pendant les heures d'ouverture des cabinets libéraux et 12 pendant les heures de permanence des soins. Parmi ces 12 derniers, le médecin a pris rendez-vous lui-même pour le patient à 10 occasions, toujours aux urgences de la main, a laissé un infirmier prendre un rendez-vous d'orthopédie pour un résident d'EHPAD et a remis les coordonnées de consultation d'orthopédie à une patiente.

La durée moyenne de séjour dans l'établissement a été de 1,8h en cas de consultation avec examen complémentaire et de 6,3h si une intervention chirurgicale était nécessaire. Tous les patients sont ressortis le jour même de leur admission.

- Diagnostics.

	Diagnostics	Nombre
Ostéo articulaire	Contusion du coude	2
	Contusion de la ceinture pelvienne	1
	Traumatisme costal	1
	Entorse de l'avant pied	2
	Fracture du poignet	1
	Entorse du poignet	1
	Fracture d'un métacarpe	1
	Fracture d'une phalange	1
	Entorse du genou	2
	Luxation gléno-humérale	1
Plaies	Plaie de la main	5
	Plaie d'un doigt	3
	Collection sous unguéale non infectée	1
	Plaie d'un doigt compliquée d'une atteinte tendineuse et nerveuse	1

Tableau 6. Répartition des diagnostics

- Examens complémentaires.

Seuls 5 patients, consultant pour plaies de la main, n'ont pas eu d'examen radiologique. Tous les examens étaient des radiographies et tous ont été réalisés sur place.

- Modalités thérapeutiques.

Concernant les patients adressés pour un traumatisme ostéo-articulaire, la poursuite du traitement antalgique seule a été suffisante pour 6 d'entre eux, 4 se sont vus prescrire une immobilisation souple et 3 ont bénéficié d'une ostéosynthèse.

Les 10 patients adressés aux Urgences de la Main pour une plaie ont tous été pris en charge au bloc opératoire le jour même.

- Nouvelles consultations et évolution.

8 ont nécessité une nouvelle consultation : le médecin traitant pour douleur pour l'un et un orthopédiste pour une consultation de contrôle pour les 7 autres.

	Douleur	Surveillance de la cicatrisation	Total
Médecin traitant	1	0	1
Orthopédiste	0	7	7
Total	1	7	8

Tableau 7. Motifs de consultation.

Les 5 radiographies réalisées n'ont pas entraîné de changement du traitement initial.

L'évolution a été jugée satisfaisante par les patients. Il n'y a pas eu non plus d'infection.

3- Patients adressés aux urgences.

Après la consultation, 38 patients ont été orientés vers l'un des deux services d'urgences de l'agglomération. Trois de ces patients ont eu deux diagnostics de traumatismes différents.

28 (73,7%) patients ont été vus initialement pendant les horaires de permanence des soins.

La durée moyenne de séjour aux urgences a été de 2h30 pour les traumatismes ostéo-articulaires et de 1h45 en cas de plaie.

- Diagnostics des urgences.

Diagnostics	Nombre
Examen normal après examen(s) complémentaire(s)	5
Fracture du col fémoral et du fémur	7
Fracture uni et bi-malléolaire	3
Entorse de cheville	2
Fracture d'un métatarse	2
Traumatisme des parties molles	1
Entorse cervicale	1
Fracture vertébrale	1
Fracture humérale	3
Fracture radio-ulnaire	3
Entorse du poignet	1
Fracture d'un métacarpe	2
Fracture d'une phalange	1
Entorse métacarpo-phalangienne	1
Plaies	8
Total	41

Tableau 8. Diagnostics retenus aux urgences.

A l'exception des patients adressés pour plaies, tous ont bénéficié d'un bilan radiologique ou tomodensitométrique.

Les diagnostics radio-cliniques des urgences ont été cohérents avec les diagnostics cliniques initiaux relevés dans les dossiers médicaux.

- Les patients ayant eu pour diagnostic « examen normal après examen(s) complémentaire(s) » étaient adressés pour suspicion de fracture du col fémoral, traumatisme crânien avec agitation, fracture métatarsienne à 3 ans, douleur du membre inférieur après un accident de la voie publique. Un diagnostic n'était pas renseigné.
- Le diagnostic de fracture du col fémoral était suspecté pour 6 des 7 patients, le dernier n'étant pas renseigné.
- Les diagnostics retenus pour les 2 patients adressés pour entorse n'étaient pas renseignés.
- Deux des trois diagnostics de fractures malléolaires avaient été évoqués. Le troisième patient était adressé pour entorse de cheville associée à un érysipèle.
- Le patient ayant eu pour diagnostic une fracture vertébrale était adressé aux urgences pour des lombalgies invalidantes suite à une chute.
- Le patient ayant eu pour diagnostic un traumatisme des parties molles était adressé aux urgences pour une suspicion de fracture de hanche suite à une chute.
- Les diagnostics de fractures métatarsiennes, entorses cervicales, fractures humérales, fractures radio-ulnaires, entorses de poignet, fractures phalangiennes ou métacarpiennes et entorses métacarpiennes avaient toutes été évoquées.

- Localisation des plaies.

Localisation	Cuir chevelu	Coude	Main	Pouce	Cuisse	Total
Nombre	1	3	1	2	1	8

Tableau 9. Localisation des plaies.

Toutes les plaies ont été traitées par suture.

6 des 8 patients ont déclaré avoir rencontré un chirurgien avant la réalisation de la suture

Un seul a nécessité une radiographie.

- Modalités thérapeutiques.

Pour 7 patients un traitement antalgique a été suffisant. 10 se sont vus prescrire une immobilisation souple à leur sortie des urgences, 6 un plâtre et 10 ont subi une intervention chirurgicale.

15 (39,5%) patients ont été hospitalisés, en moyenne pendant 4,6 jours (7 pour fracture d'un col fémoral, 2 pour fracture d'une ou des deux malléoles, 3 pour fracture d'un humérus, 2 pour fracture radio-ulnaire, et 1 pour une fracture d'un métatarse associée à une altération de l'état général).

- Nouvelles consultations.

21 patients (60%) ont eu besoin d'une nouvelle consultation.

- 3 ont consulté leur médecin traitant, tous pour des douleurs sur le même traumatisme.

- 18 ont consulté un orthopédiste pour une consultation de contrôle. 15 ont repassé des examens complémentaires sans que le traitement ne soit changé.

Nous avons relevé que 11 patients ne se seraient pas rendus immédiatement aux urgences sans l'avis d'un médecin.

- Un patient consultait pour une entorse de cheville hyperalgique
- Un patient présentait une fracture de malléole associée à un érysipèle
- Deux patients consultaient suite à des entorses cervicales, survenues suite à un AVP et à un accident de sport. Tous deux ont nécessité une immobilisation cervicale, un avis neurochirurgical en urgence et des radiographies dynamiques 10 et 13 jours après le traumatisme.
- Un patient présentait une agitation après un traumatisme crânien associé à une perte de connaissance. Une tomodensitométrie cérébrale a été nécessaire.
- Une patiente consultait pour un traumatisme d'un poignet, faisant diagnostiquer une fracture de l'extrémité distale du radius et traitée par ostéosynthèse
- Une patiente de 73 ans consultait pour une plaie du cuir chevelu. Le bilan de chute retrouvait une dyspnée fébrile. Une infection pulmonaire a été confirmée par les urgences et la patiente a été hospitalisée trois jours.
- Deux patients présentaient des plaies du coude et de l'avant-bras profondes et ont nécessité un avis spécialisé.
- Un patient, examiné par les pompiers, présentait un traumatisme de hanche dans un contexte d'agitation et d'alcoolisation aiguë.
- Un adolescent consultait pour une entorse métacarpo-phalangienne du pouce, nécessitant une immobilisation plâtrée aux urgences

4. Admissions en service hospitalier.

3 patients ont été hospitalisés lors de la consultation initiale sans passer par un service d'urgence, vers 3 établissements différents. Tous les 3 ont été vus en dehors des heures de permanence des soins. Ils étaient âgés de 78 à 95 ans.

- Diagnostics.

Diagnostics	Nombre
Fracture de l'humérus	1
Fracture de l'avant-bras	2
Total	3

Tableau 10. Diagnostics retenus.

Le délai moyen d'entrée dans le service a été de 1 heure et la durée de séjour moyenne de 5 jours.

- Modalités thérapeutiques.

La prise en charge a été chirurgicale dans ces 3 situations.

- Nouvelles consultations.

Une consultation orthopédique de contrôle a été organisée par les établissements hospitaliers pour ces 3 patients.

Ces trois patients auraient consulté aux urgences s'ils n'avaient pu voir un médecin libéral.

E. Ages extrêmes.

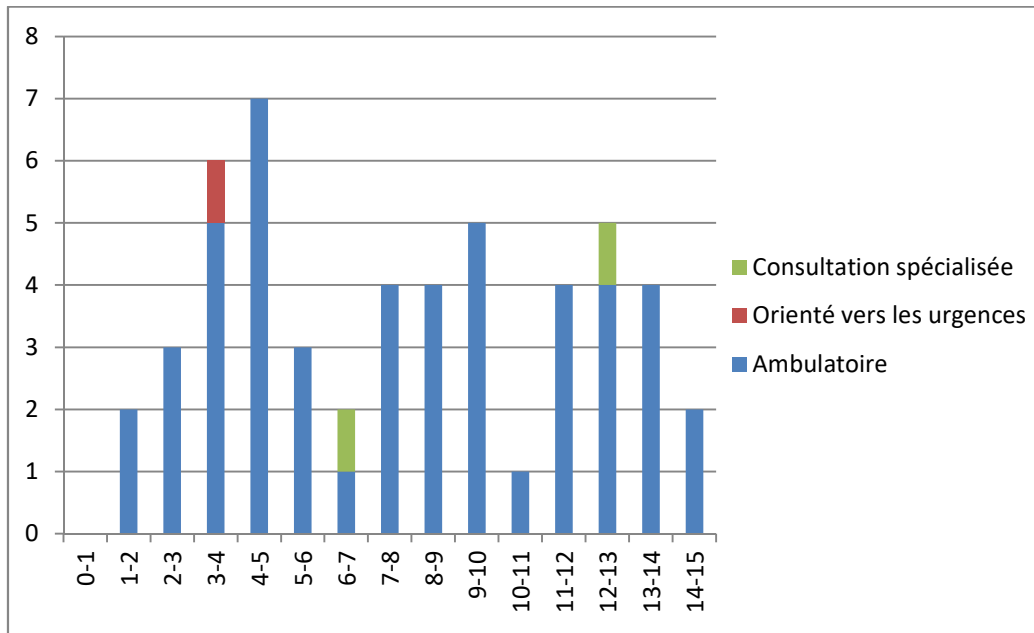


Figure 7. Parcours de soins des enfants de moins de 15 ans.

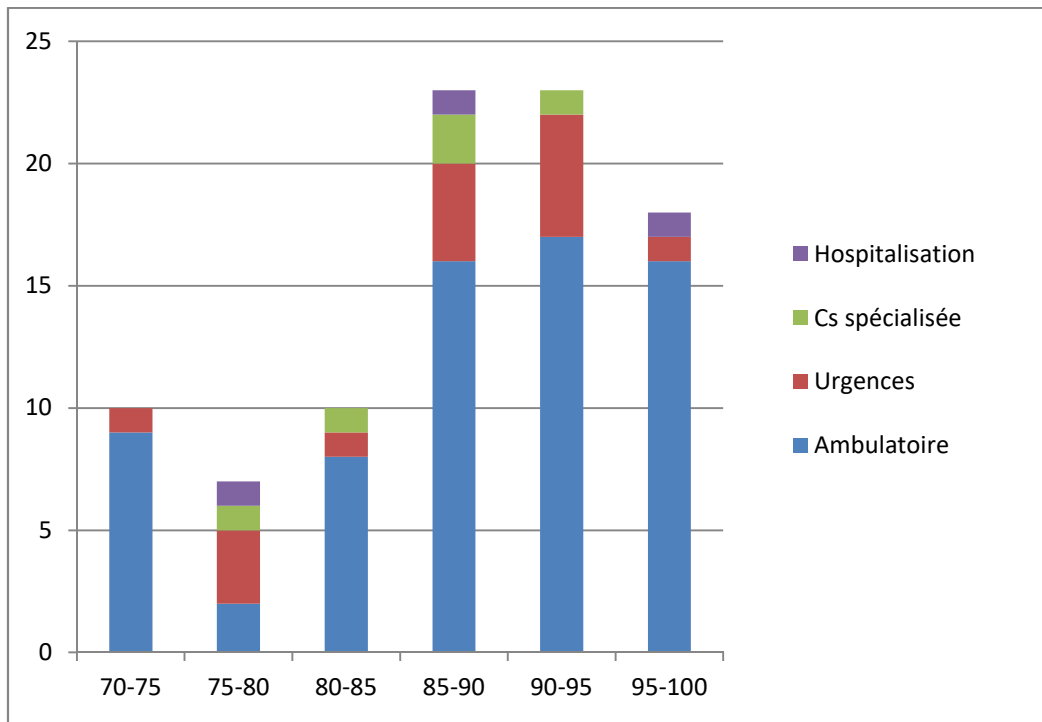


Figure 8. Parcours de soins des patients de plus de 70 ans.

91 patients de plus de 70 ans ont été inclus dans l'étude. 54 (59%) auraient consulté aux urgences. Seuls 15 ont dû y avoir recours.

Parmi ces 91 patients, 58 (21,8%) résident en EHPAD. Sur ces 58 patients âgés, 38 (65%) auraient dû consulter aux urgences. 11 patients ont finalement été orientés vers les urgences, 4 ont été reçus en consultation par un orthopédiste et 1 a été hospitalisé.

F. Impact sur le recours aux urgences.

172 patients (63,5%) ont déclaré qu'ils auraient consulté aux urgences s'ils n'avaient pu obtenir un avis médical rapidement. Seulement 38 patients (14,0%) ont été adressés aux urgences suite à la consultation. La différence est significative ($p < 0.001$)

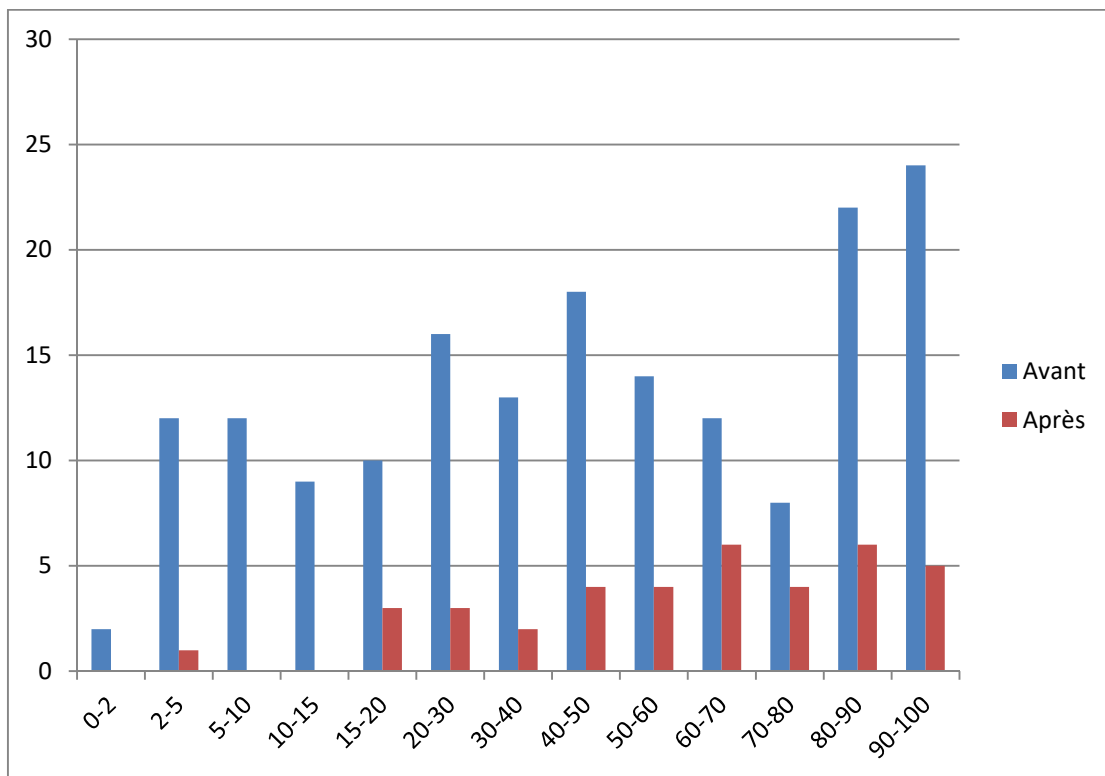


Figure 9. Impact de la consultation sur le recours aux urgences selon l'âge des patients.

Sur les 172 patients ayant l'intention de se rendre aux urgences, seuls 77 (44,7%) ont nécessité un examen complémentaire, un avis spécialisé ou une hospitalisation. 33 ont pu être réalisés en consultation externe, 15 en consultation dans un délai court et 3 lors d'une hospitalisation immédiate.

Parmi les 99 patients qui n'auraient pas consulté aux urgences, 11 (11,1%) ont tout de même été dirigés vers ces services.

IV. Discussion

A. Impact sur le recours aux urgences et à l'hospitalisation.

Notre étude démontre que la majorité des prises en charge de patients consultant pour un traumatisme récent ne nécessite pas de recourir aux urgences. Cette prise en charge initiale peut être réalisée par un médecin généraliste libéral. Il y a une différence significative entre le nombre de patients pensant consulter aux urgences et ceux y ayant réellement eu recours ($p < 0,01$).

Sur les 271 patients inclus dans l'étude, 172 (63,5%) auraient consulté aux urgences alors que seulement 38 (14%) y ont finalement eu recours, soit une diminution de 78%.

Dans la littérature, on retrouve des valeurs variables. Ainsi, une étude de 2004 auprès de 10 services d'urgences de la région Provence Alpes Côte d'Azur évaluait à 33% le nombre de recours inappropriés aux urgences (7). Cette étude mettait en avant la complexité de définir un recours aux urgences comme inapproprié. La notion de recours approprié dépend du niveau de gravité de l'état de santé du patient, mais également de l'offre de soins (jour ou nuit), du contexte social ou de la possibilité d'une prise en charge libérale. Dans cette étude, le recours aux urgences pour un motif traumatique, bien que n'étant pas une urgence vitale, semblait plus approprié pour les professionnels de santé que pour une pathologie médicale.

Dans l'étude nationale de 2013 de la DREES incluant 52018 patients, on estimait que 43% de ceux-ci ne nécessitaient pas de recourir aux urgences mais auraient pu être vus par un médecin libéral, généraliste ou spécialiste. Cette prise en charge libérale était toutefois limitée par la possibilité de voir le médecin le jour même ou le lendemain, ainsi que de pouvoir faire réaliser des examens radiologiques ou biologiques le jour même (11).

Dans une thèse de 2015 portant sur 154 consultations, 59% à 75% des recours aux urgences étaient jugés inappropriés par les médecins et auraient pu être gérés par un médecin généraliste (27). Dans cette étude, l'accent était également mis sur la difficulté à définir une consultation aux urgences comme appropriée. La notion d'urgence correspondait à une consultation rapide pour le patient, à une consultation perturbant le fonctionnement du cabinet pour le généraliste et à une consultation où le pronostic vital du patient était en jeu pour l'urgentiste.

B. Parcours de soins

- Population

Notre étude montre que la prise en charge libérale est possible quel que soit l'âge du patient. Une consultation en libéral a un impact fort sur le recours à l'hospitalisation sur les âges extrêmes.

Sur les 51 enfants de moins de 15 ans inclus, un seul a dû consulter aux urgences alors que 35 (68,6%) s'y seraient rendus s'ils n'avaient pu consulter un médecin. Aucun n'a été hospitalisé. On ne met pas en évidence de différence significative entre l'incidence des plaies chez l'enfant et chez l'adulte (41,2% et 40,7%). On peut s'interroger sur l'inquiétude générée par un accident auprès des parents. Les pleurs et les douleurs, surtout persistants, semblent favoriser le recours non programmé aux soins médicaux.

Sur les 91 patients de plus de 70 ans, 54 auraient consulté aux urgences alors que seulement 15 ont dû y avoir recours. 3 ont pu être hospitalisés directement dans un service approprié et 5 ont été dirigés vers une consultation spécialisée.

Selon la DREES, la traumatologie est le principal motif de consultations non programmées entre 6 et 15 ans, puis est majoritaire chez l'adulte et progresse encore avec l'âge pour concerner deux tiers des patients de 80 ans (12).

- Origine des patients et des appels

Dans notre étude, 97,4% des patients étaient originaires de Nantes Métropole. Les autres patients connaissaient l'existence de SOS Médecins ou étaient orientés par un centre de régulation. Ceux-ci ont été vus en consultation le week-end ou la nuit. Ces résultats montrent la demande de la population à pouvoir accéder à une permanence des soins de proximité.

Les consultations déclenchées par l'appel d'un particulier sont majoritaires et représentent 70,8% des consultations de l'étude. Deux tiers de ces consultations ont lieu sur les heures de permanence des soins. Ceci démontre la demande de la population à un accès aux soins 24 heures sur 24, sans pour autant avoir à recourir aux urgences.

De même, on note que 82% des appels transmis par le 15 et 70% des appels des EHPAD sont effectués sur les heures de permanence des soins. Ceci montre que la demande de soins à tout moment de la journée est importante mais que, une fois évaluée par un médecin régulateur ou un professionnel de santé d'un établissement, cette demande peut être gérée par un médecin généraliste libéral. Le recours aux urgences n'est alors plus systématique.

- Délai traumatisme-appel

Dans notre étude, le délai moyen entre le traumatisme et l'appel à un médecin est court, avec un délai médian de 2,5 heures. 71% des patients ont contacté le médecin moins de 6 heures après le traumatisme et 8,5% plus de 24 heures après. On retrouve ces valeurs dans une étude de 2003. 65% des patients recouraient aux urgences en moins d'une demi-journée et 11% plus d'un jour après le début du problème médical (13). Lorsque le délai de survenue du traumatisme est important, ce n'est pas le traumatisme en lui-même qui justifie la consultation mais bien souvent une complication : douleur persistante, thrombose veineuse, angoisse, surinfection de plaie... Le critère de délai de recours aux soins n'est pas adapté pour définir un recours au médecin de garde comme inadapté ou injustifié.

Nous avons préféré relever le délai entre le traumatisme et l'appel au médecin plutôt qu'avec l'intervention du médecin. En effet, le délai traumatisme / appel du médecin est plus informatif sur la demande du patient et moins sujet aux biais de mémorisation. Ce délai est souvent noté lors de la prise d'appel au centre de régulation et figure dans les dossiers médicaux. Le délai d'intervention du médecin dépend du caractère urgent ou non des autres demandes de soins, critère très aléatoire.

- Lieux de consultation

Au cours de cette étude, 53,1% des consultations ont lieu à domicile. Ceci s'explique par deux facteurs :

- Tout d'abord le nombre important de consultations en EHPAD : 21% des consultations incluses dans l'étude. Elles représentent à elles seules 39,6% des visites à domicile.
- La demande de soins lorsque les centres de consultations sont fermés. Les 22 patients autonomes ayant appelé la nuit ont donc été vus à domicile, soit 15,3% des visites.

Ainsi, en tenant compte des heures d'ouverture des centres de consultation, définies par le cahier des charges de l'ARS des Pays de la Loire (24), seules 17 (11,8%) visites auraient pu être évitées (10 appels provenant d'un particulier et 7 du centre 15).

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie stipule que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien (28). Les déplacements du médecin à domicile peuvent être justifiés par des critères médico-administratifs, de dépendance ou sociaux (29). On constate donc qu'un faible nombre de consultations (6,7% des patients inclus) ne répond pas à ces critères. Nous n'avons cependant pas tenu compte des critères de régulation : est-ce qu'une urgence était identifiée ? La fréquentation du centre de consultation était-elle excessive ? Un médecin était-il à proximité ?

- Prise en charge de la douleur

Lors de la survenue d'un accident, la douleur engendrée par un traumatisme est l'un des principaux motifs de recours aux soins. Dans notre étude, 71% des patients ont déclaré à postériori souffrir de douleurs et 64% ont reçu un traitement antalgique. 19,5% des patients n'ont cependant pas été suffisamment soulagés lors de leur prise en charge initiale. Dans la littérature, 60% des patients consultant aux urgences se plaignent de douleurs, ce qui constitue le principal motif de consultation pour 85% d'entre eux (30, 31). Une étude de 2010 portant sur 1352 patients admis dans 11 Services d'Urgence différents relevait que 76% des patients présentaient une douleur mais que seuls 38% d'entre eux avaient reçu un traitement antalgique (32). Bien qu'ayant progressées, l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë restent insuffisantes (33).

La lutte contre la douleur est pourtant un enjeu de santé publique important. Le code de déontologie médicale rappelle que le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade en toute circonstance (34). Il s'agit d'un droit du patient figurant également dans le code de la santé publique (35) et faisant l'objet de directives et de recommandations nationales (33, 36).

Pour répondre à cette demande, les médecins de SOS Médecins disposent d'une palette de médicaments couvrant les différents paliers d'antalgiques définis par l'OMS, sous formes orales ou injectables. Ils leur permettent une prise en charge précoce de la douleur, à domicile comme en consultation.

Dans notre questionnaire, nous n'avons abordé que la prise en charge médicamenteuse de la douleur via la satisfaction du patient. Les moyens physiques (immobilisations) ou psychologiques, le chaud ou le froid, n'ont pas été abordés dans notre étude car source de réponses peu fiables.

- Diagnostics

Les diagnostics posés au cours de cette étude sont multiples et illustrent la variété de l'exercice de la médecine générale. Les traumatismes ostéo-articulaires les plus fréquemment retrouvés sont les entorses de cheville, les entorses de genou, les traumatismes costaux et les traumatismes du poignet. Ces résultats correspondent aux différentes études réalisées aux urgences comme en médecine générale (37-39).

Différentes recommandations sur la prise en charge de ces traumatismes existent (38, 40-42). Ces recommandations concernent également les indications des examens radiologiques (43). Un examen clinique bien conduit, parfois associé à un examen radiologique, suffit à écarter un risque de fracture. Une prise en charge libérale est donc possible, à condition de pouvoir faire pratiquer ces examens radiologiques rapidement.

- Examens complémentaires :

Dans notre étude, tous les examens complémentaires étaient des examens radiologiques. Il n'y a pas eu de prescription d'examen biologique. Trois patients n'ont pu faire réaliser les examens prescrits. Ils rapportent n'avoir pas obtenu de rendez-vous chez un radiologue de ville par manque de disponibilité pendant les congés scolaires mais n'ont pas contacté le médecin prescripteur pour rechercher une solution. Ils se sont tous vus diagnostiquer une fracture à posteriori et ont eu un retard de prise en charge.

On peut s'interroger sur l'accès aux examens radiologiques en urgence. Une alternative proposée par les cabinets de radiologie était de se rendre aux urgences, ce qui n'était pas satisfaisant car l'examen clinique était déjà réalisé. Au niveau de SOS Médecins, il serait intéressant d'évaluer l'accès des patients aux examens complémentaires et de voir si la prise de rendez-vous par le médecin améliore cet accès.

- Nouvelle consultation.

Deux tiers des patients ayant besoin d'une nouvelle consultation recourent à leur médecin traitant. 16% s'adressent aux urgences et 10% directement à un service d'orthopédie. La prise en charge respecte donc le parcours de soins coordonnés.

Le motif principal de consultation est alors la douleur. La question de la gestion de la douleur dans le temps se pose. Il est difficile de déterminer le traitement le plus adapté et d'en évaluer l'efficacité et la tolérance au cours d'une unique consultation. Si le traitement n'est pas assez efficace, le patient a toujours la possibilité de joindre le médecin régulateur de SOS Médecins ou du centre 15 lors des heures de permanence des soins, ou son médecin traitant en journée. Celui-ci, disposant du diagnostic de la consultation, peut lui délivrer des conseils pour adapter son traitement.

Nous retrouvons peu de consultations de contrôle lorsque les patients ont été vus par SOS Médecins. Si l'on s'arrête aux pathologies les plus fréquentes, les consultations de contrôle sont recommandées 3 à 5 jours après une entorse de cheville (40, 44) et 10 jours après un traumatisme de genou (38). Dans notre étude, ces consultations ont permis de diagnostiquer 3 fractures et une rupture des ligaments croisés du genou. Nous nous attendions à trouver un nombre plus conséquent de consultations de contrôle par les médecins traitants. Il serait nécessaire de sensibiliser les médecins à la nécessité du suivi des patients.

Les motifs de recours aux urgences sans le conseil du médecin sont, outre la douleur, une demande spontanée d'examens complémentaires ou un contrôle clinique. Ces demandes d'examens radiologiques ne sont satisfaites que si le médecin urgentiste l'estime nécessaire après un examen clinique. Cette prise en charge est cohérente avec celle des médecins libéraux. Les demandes d'examens radiologiques faisant partie des principaux motifs de recours urgents aux soins, nous pouvons nous interroger sur l'information des patients : leur a-t-on clairement expliqué qu'un examen radiologique n'est pas nécessaire ?

- Prise en charge des plaies.

Les patients consultant suite à une plaie ont représenté 37,3% des patients inclus dans ce travail. Parmi ceux pris en charge uniquement par SOS Médecins, 64% ont nécessité un geste technique (suture ou colle) en plus de l'exploration de la plaie. Ces plaies ont concerné toutes les catégories d'âge. La demande de soins pour plaies est donc importante en médecine libérale. La justification de non prise en charge des sutures par le manque de demande n'est pas cohérente avec nos résultats.

Les localisations préférentielles des plaies étaient la tête, puis le membre supérieur et le membre inférieur. Dans la littérature, on retrouve une fréquence des plaies de l'ordre de 8 à 13% des consultations totales aux urgences, avec une même répartition des membres atteints (12, 45).

La demande de soins est plus rapide après une plaie : on retrouve un délai médian de 38 minutes contre 2h30 tous traumatismes confondus. Cela peut expliquer le recours plus faible aux médecins généralistes installés en cabinet. Le patient, demandeur d'une prise en charge immédiate, se dirige vers des consultations sans rendez-vous.

Nous ne nous sommes pas intéressés aux motifs de recours à SOS Médecins plutôt qu'à un autre médecin car l'étude ne s'y prêtait pas. En effet, la majorité des patients ayant consulté sur les heures de permanence des soins, SOS Médecins était la seule alternative aux urgences. L'expérience montre cependant qu'une part des patients est adressée par les médecins traitants pour différentes raisons : planning surchargé, gestes techniques non réalisés comme les sutures, visites à domicile impossibles dans des délais raisonnables, non réalisation d'électrocardiogramme.

L'organisation de SOS Médecins, sous la forme de consultations non programmées mais régulées par un médecin, permet de prendre en charge les sutures. Dans cette étude, 71% des patients consultant pour une plaie ont été vus dans l'un des centres de consultation, alors que 53% des patients inclus ont été vus à domicile. Cela impose d'avoir à disposition du matériel tel que des kits de suture, de la colle biologique, des sutures adhésives et des pansements. Pour faciliter les soins, les médecins disposent

également de MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote). Cela nécessite également une formation régulière. Les recommandations de la SFMU sur la prise en charge des plaies sont centrées sur la prise en charge aux urgences (45). La plupart de ces recommandations sont cependant applicables au cabinet comme en visite.

Le suivi des patients vus pour plaie a été assuré par le médecin traitant. Nous n'avons pas retrouvé de complication ni d'infection à 3 semaines de la prise en charge.

- Consultations spécialisées

Au cours de notre étude, 8,5% des patients inclus ont été orientés vers une consultation d'orthopédie. Les motifs étaient variés mais nécessitaient tous un avis spécialisé et/ou un examen complémentaire à court terme.

Ces consultations se sont toutes tenues la journée suivant la consultation initiale, sur rendez-vous. La durée de séjour, attente comprise, a été courte en l'absence de prise en charge chirurgicale. Contrairement à ce qui est souvent avancé par les patients, il n'est pas nécessaire de consulter aux urgences pour avoir un avis spécialisé rapidement.

Ces consultations sont organisées par plusieurs centres médicaux et réalisées par des orthopédistes ou médecins spécialisés en traumatologie. Ceux-ci disposent des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge complète des patients. Ils assurent le suivi des patients si nécessaire.

Le principal obstacle à cette prise en charge relevé lors de l'étude était la prise de rendez-vous. En effet, il n'est pas possible pour le médecin de joindre certains services la nuit ou les week-ends. Il ne peut donc pas s'assurer de la prise en charge rapide du patient. On peut alors supposer qu'une partie des patients est orientée vers l'un des services d'urgences. On constate d'ailleurs que 74% des patients adressés aux urgences le sont pendant les heures de permanence des soins. Une alternative

pourrait être la prise de rendez-vous par le médecin régulateur de SOS Médecins à 9h, mais cette possibilité serait limitée aux jours ouvrables.

- Urgences

On retrouve dans notre étude un taux global d'hospitalisation aux urgences de 14%. Ce taux est voisin de celui de la DREES qui estimait que 10% des recours urgents aux médecins généralistes pour un problème traumatique nécessitaient une hospitalisation immédiate (6).

La durée de séjour aux urgences est courte, de 1h45 à 2h30 selon le type de traumatisme. Ces durées incluent l'attente, la consultation, la réalisation des examens et le traitement. La DREES retrouvait un temps médian de passage aux urgences de 106 minutes pour une consultation avec acte d'imagerie conventionnelle en 2013 (11). En pratique, les patients expliquent éviter d'aller aux urgences en raison des délais d'attente. Nous retrouvons pourtant des délais d'attente courts. On peut supposer que la consultation pré-hospitalière sélectionne des patients qui nécessitent un bilan rapide. La durée de séjour reste cependant dépendante du motif de recours et de l'affluence aux urgences.

Nous avons relevé que 11 patients n'auraient pas consulté aux urgences sans l'avis du médecin. Les données de la consultation ont pourtant conduit les médecins à leur recommander de s'y rendre. Les consultations libérales permettent donc de rattraper des situations médicales qui auraient pu s'aggraver en cas de retard de prise en charge.

Tous les patients adressés pour un traumatisme ostéo-articulaires ont bénéficié d'un examen radiologique lors de leur passage aux urgences. 75% des patients adressés pour la prise en charge d'une plaie rapportent avoir rencontré un chirurgien. 39,5% des patients sont restés hospitalisés. La DREES estime à 20% le nombre de patients hospitalisés après un passage aux urgences, avec ou sans avis préalable (13). Dans une thèse réalisée aux urgences du CHU de Nantes et portant sur les patients orientés par SOS Médecins, un étudiant retrouvait un taux d'hospitalisation après un

traumatisme de 27% (46). Ces résultats confirment la pertinence de l'orientation aux urgences après une consultation par un médecin libéral. Ces patients nécessitent le recours à un plateau technique, l'avis d'un spécialiste ou une prise en charge prolongée non réalisable en consultation (prise en charge de la douleur avec titration de morphine, surveillance de l'évolution neurologique).

Le suivi est programmé par les urgences ou assuré par le médecin traitant. On voit ici que les urgences ne sont pas une alternative exclusive à la prise en charge libérale. Les services d'accueil des urgences représentent une offre de soins complémentaire à l'offre de soins en ville, accessibles 24h sur 24, ayant à leur disposition un plateau technique complet et la possibilité d'hospitaliser les patients.

- Hospitalisations directes

Parmi les patients inclus, trois ont pu bénéficier d'une hospitalisation dans un service sans passer par les urgences. Ces hospitalisations ont été presque immédiates puisque qu'ils ont été admis en une heure en moyenne. Ils ont tous bénéficié d'une prise en charge chirurgicale le jour même puis d'un suivi orthopédique ultérieur. Contrairement à l'idée reçue des patients, une consultation libérale permet bien une entrée rapide en clinique.

Ces admissions directes nécessitent une certitude diagnostique du médecin pour une orientation pertinente du patient. Elles pourraient pourtant bénéficier à un plus grand nombre de patients. En effet, les dossiers médicaux des patients orientés vers les urgences montrent que le médecin était certain de son diagnostic pour toutes les fractures humérales, 86% des fractures du col du fémur et 66% des fractures du radius.

Ces hospitalisations directes sont peu nombreuses, probablement limitées par le contexte de la consultation. On a relevé que tous les patients hospitalisés avaient été vus en journée et en semaine. L'orientation des patients vers le service hospitalier le plus adapté reste limité la nuit ou le week-end.

- Personnes âgées.

Les personnes âgées représentent une population particulière de patients. Ceux-ci sont fragiles, dans un état précaire sur le plan médical, psychologique et social (47). Bien que sous représentés, ils représentent un tiers des patients de notre étude. Deux tiers d'entre eux résident en EHPAD. Ce sont les premiers bénéficiaires des visites à domicile. 59,3% de ces patients auraient consulté aux urgences alors qu'ils ne sont que 16,5% à y avoir finalement recours.

Une consultation pré-hospitalière limite donc les transports médicalisés de ces personnes. Elle permet de programmer les soins rapidement, dans la filière de soins la plus adaptée à la situation médicale (47). Cette programmation évite que l'urgence somatique, psychologique ou sociale ne s'aggrave. Elle permet parfois à la personne âgée de se faire accompagner en consultation par un proche, alors que 75% des patients âgés consultant aux urgences arrivent seuls.

C. Forces et faiblesses.

- Forces de l'étude.

Le taux de participation est satisfaisant. 56,6% des patients ayant consulté ont pu être contactés. Tous ont accepté de répondre au questionnaire.

Devant cette participation, on peut avancer les hypothèses suivantes :

- Une fois l'objectif de l'étude expliqué, les patients en comprennent l'intérêt pour la pratique des médecins de SOS Médecins
- L'envie des patients de faire connaître leur parcours suivi suite à la consultation et les diagnostics finalement retenus
- Les pathologies visées par l'étude se prêtent bien à un questionnaire téléphonique.

- Faiblesses.

Le principal biais d'inclusion concerne la sous-représentation des personnes résidant en EHPAD. Le test du questionnaire a montré qu'il était difficile voire impossible de contacter ces patients (coordonnées indisponibles, pas de réponse au téléphone, communication perturbée par les troubles auditifs, diagnostics non retenus). Nous avons donc opté pour un questionnaire écrit, reprenant les mêmes questions, adressé au responsable soignant des établissements concernés. Ce mode de recueil entraîne une perte de données et une moindre précision des prises en charge. La participation des cadres de soins a cependant été supérieure à nos espérances et nous les en remercions.

Il existe également un biais de déclaration. Les patients rapportent une intention et non une action réalisée. On peut supposer qu'une partie des patients aurait attendu de consulter leur médecin traitant plutôt que de consulter aux urgences, mais également qu'une partie des patients, en demande de soins, aurait finalement consulté aux urgences.

Il s'agit d'une étude mono-centrique, limitée dans le temps. La population étudiée est celle ayant eu recours à SOS Médecins et non la population consultant en médecine générale. Il existe un biais d'inclusion rendant difficile l'application de ces résultats à toutes les consultations de traumatologie de médecine générale. Les pathologies traumatiques restent cependant les mêmes.

D. Conclusion

Notre étude montre que la médecine générale à toute sa place dans la prise en charge initiale des lésions traumatiques.

Les pathologies sont multiples, touchent tous les âges quels que soient les modes de vie. La population est demandeuse d'un accès aux soins 24 heures sur 24, dans des délais courts, parfois incompatibles avec une prise en charge par le médecin traitant.

Les messages des acteurs de la santé sont perçus par la population : les patients cherchent à prendre un avis médical plutôt que de consulter systématiquement aux urgences. La régulation téléphonique des demandes de soins urgents permet alors d'orienter les patients vers les structures les plus adaptées.

Face à cette demande, les médecins généralistes libéraux s'organisent pour assurer les soins urgents jour et nuit. Cette organisation nécessite des locaux, du matériel et une formation adaptée à la prise en charge des traumatismes. Le médecin traitant est au cœur du parcours de soins coordonnés du patient. Il est le premier recours aux soins. En son absence, les médecins assurant la permanence des soins sont une alternative.

La qualité et le coût des soins sont des enjeux nationaux permanents. En diminuant le recours aux urgences, ces consultations libérales permettent :

- De prendre en charge la douleur le plus précocement possible.
- Diminuer les coûts de transport sanitaires.
- Limiter les transports de personnes blessées, parfois âgées.
- Limiter les temps d'attente des patients (patients âgés et désorientés)
- Programmer les soins les plus adaptés aux patients.
- D'améliorer la qualité des soins offerts aux patients hospitalisés en libérant du temps au personnel hospitalier.

Les médecins généralistes de premier recours peuvent orienter leurs patients vers des consultations spécialisées, organisées dans différents centres hospitaliers de l'agglomération. Celles-ci prennent en charge les patients dans des délais courts, réalisent les examens complémentaires nécessaires et assurent le suivi recommandé.

Lorsque le diagnostic est certain, les patients peuvent être hospitalisés sans passer par un service d'urgence. L'admission est très rapide. La prise en charge chirurgicale, lorsqu'elle est nécessaire, est réalisable le jour même.

Ces deux parcours de soins sont limités par le contexte des consultations. Il est souvent difficile de prendre rendez-vous avec un médecin ou de faire admettre un

patient dans un service hospitalier la nuit. Les urgences sont alors un recours aux soins par défaut.

Des progrès sont toujours envisageables.

Une meilleure orientation des patients grâce à une meilleure information des régulateurs du centre 15 et de SOS Médecins permettrait de diminuer les déplacements inutiles de médecins.

En coordination avec l'Agence Régionale de la Santé, les horaires d'ouverture des centres de consultations pourraient être adaptés à la fréquentation par les patients.

Les réseaux de soins de proximité pourraient être améliorés pour faciliter l'accès des patients aux examens complémentaires prescrits et faciliter l'accès aux services de soins les plus adaptés.

L'amélioration de l'information des patients sur l'absence d'indication d'un examen complémentaire pourrait diminuer les recours inappropriés aux urgences.

V. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Parcours de Soins. Questions / Réponses. Mai 2012. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Traumatismes [Internet]. WHO. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/injuries/about/fr/>
3. Dalichampt M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire;décembre 2004, 46 p
4. Agence Régionale de la Santé Pays de la Loire. Accidents. Fev 2012;4p.
5. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et résultats. nov 2007;(607):8.
6. Guyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. avr 2006;(94):51.
7. 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. 16(1):63-74.
8. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements. 2004;(32):67-74.
9. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le Panorama des établissements de santé. 2013;11-28.
10. ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. Panorama 2015. Mai 2016. 62p.
11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
12. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et Résultats. janv 2003;(212):8.
13. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et Résultats. janv 2003;(215):12.
14. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients reste moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et Résultats. juill 2014;(889):8.
15. Maxit A. Parcours de soins des urgences traumatiques simples : analyse et pertinence. Thèse de médecine. Université de Rouen;2015,87p.
16. 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. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):138.

17. Lang T, Davido A, Diakite B, Aguay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non Urgent care in the hospital medical emergency department in France : how much and which health need judge it reflect ? J.Epidemiol Communitary Health 1996,50(4):456-462
18. Réseau CHU: Des urgences plus fluides même avec la bobologie ! [Internet]. [cité 02 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.reseau-chu.org/article/des-urgences-plus-fluides-meme-avec-la-bobologie/>
19. CHU de Nantes. Réagir en cas d'urgence.[Internet] 2017. [cité 02 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.chu-nantes.fr/reagir-en-situation-d-urgence-249.kjsp>
20. Agence Régionale de la Santé Pays de la Loire. L'ARS Pays de la Loire rappelle la conduite à tenir pour limiter les passages aux urgences en période d'épidémie de grippe. [Internet]. 2017 [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/lars-pays-de-la-loire-rappelle-les-conduites-tenir-pour-limiter-les-passages-aux-urgences-en>
21. Allen J, Heyrman J, Svab I, Gay B, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe. 2002;52.
22. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. Thèse de médecine. Université de Créteil, Unité de Formation et de Recherche de Médecine;2008,59p
23. Démographie médicale interactive. Démographie médicale [Internet]. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
24. Agence Régionale de la Santé Pays de la Loire. Cahier des charges régional de la permanence des soins. juill 2015;118.
25. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Légifrance du 21 juillet 2009. [Cité le 05 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
26. Guérin P. La place de SOS Médecins dans la permanence des soins. [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/professionnels/activite/35-la-place-de-sos-medecins-dans-la-permanence-de-soins>
27. Frankowski P. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. Thèse de médecine. Université des Antilles et de la Guyane;2015,75p.
28. République Française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
29. AMELI, l'assurance maladie en ligne. Les visites à domicile [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-visites-domicile/tarifs-visites-domicile>
30. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. Am J Emerg Med 2002;20:165—9
31. Galinski M, Adnet F. Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence. Réanimation. nov 2007;16(7-8):652-9.
32. Bocard E, Adnet F, Gueugniaud P-Y, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Annales françaises de médecine d'urgence. sept 2011;1(5):312-9.

33. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010. Mars 2006,36p.
34. Code de déontologie médicale. Article 37 -Soulagement des souffrances/Non obstination déraisonnable. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-37-soulagement-des-souffrances-limitation-ou-arret-des-traitements-261>
35. Code de la santé publique - Article L1110-5. Code de la santé publique.
36. République Française. Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
37. Société Francophone d'Urgences Médicales. L'entorse de cheville au service d'urgences. 5ème Conférence de Consensus de la SFUM. avr 1995;5.
38. Prescrire Rédaction. Traumatisme récent du genou chez l'adulte. Un examen clinique méthodique pour éviter l'imagerie inutile. Rev Prescrire 2005;25(259):201-208.
39. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
40. Prescrire Rédaction. Entorse de cheville chez un adulte. Rev Prescrire 2016;36(396):4p.
41. Favarger N. L'«entorse» du poignet : examen clinique et algorithme de traitement. Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie». 2002;50(1):21–31.
42. Masquelet A-C, Collège français des enseignants en chirurgie de la main, Collège national de chirurgie pédiatrique (France). Orthopédie et traumatologie de l'adulte et de l'enfant: enseignement du deuxième cycle des études médicales. Montpellier: Sauramps médical; 2008.
43. Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale [Internet]. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.sfrnet.org/sfr/professionnels/5-referentiels-bonnes-pratiques/guides/guide-bon-usage-examens-imagerie-medicale/index.phtml>
44. Leuret A, Sommereisen JP, Philippe JM, Le Gall C, Busseuil C, Carpentier F, et al. Actualisation 2004 de la conférence de consensus. L'entorse de cheville au service d'urgence. 5ème Conférence de Consensus. [Internet]. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/actualisation_entorse.pdf
45. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 12ème Conférence de Consensus. Prise en charge des plaies aux urgences – Texte long. 2005,47p.
46. Champenois A. Etude rétrospective portant sur le devenir des patients adressés au service d'accueil des urgences de Nantes par SOS Médecins Nantes sur la période du mois de mars 2012. Thèse de médecine. Université de Nantes;2014,65p.
47. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10ème Conférence de Consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg;2003,19p.

Annexe n°1

Questionnaire

1. Recueil des données informatisées :

- Date et heure d'appel
- Origine de l'appel : domicile particulier, centre 15, EHPAD, foyer, prison
- Age du patient
- Sexe du patient
- Commune du domicile
- Heures ouvrables ou permanence des soins
- Lieux de la consultation : consultation, visite à domicile, EHPAD
- Diagnostic codé lors de la consultation
- Commentaires du médecin

2. Recueil auprès du patient :

- Quel a été le diagnostic retenu ?
- Combien de temps après le traumatisme avez-vous appelé le médecin ?
- Aviez-vous la possibilité de vous déplacer ?
- Auriez-vous consulté aux urgences si vous n'aviez pas pu consulter un médecin libéral ?
- Avez-vous pris un traitement antalgique avant ou pendant la consultation ?
- La douleur a-t-elle été suffisamment soulagée ?
- Avez-vous été adressé vers un hôpital ou un autre médecin ?
- Si oui, quel service ou quelle spécialité médicale ?
- Avez-vous reçu une prescription pour un examen complémentaire ?
 - o Si oui, a-t-elle été réalisée ?
 - Si oui, avec quel résultat ?

- Si non, pourquoi ?
- Quel traitement a été réalisé ?
- Avez-vous eu besoin de consulter une nouvelle fois pour ce même traumatisme ?
 - Si oui, qui avez-vous consulté et pour quel(s) motif(s) ? Sur les conseils du premier médecin ?
 - Vous a-t-on prescrit des examens lors de cette consultation ?
 - Si oui, quel en a été le résultat ?
- A ce jour, comment jugez-vous l'évolution de votre état de santé ?

Pour les patients consultant aux urgences :

- Combien de temps êtes-vous resté aux urgences ?
- Avez-vous vu un autre médecin que l'urgentiste ? Si oui, de quel spécialité ?
- Avez-vous été hospitalisé ? Si oui, combien de temps ?

Pour les patients orientés vers une consultation spécialisée :

- Combien de temps après la consultation initiale avez-vous vu le spécialiste ?
- Combien de temps êtes-vous resté en consultation ?

Pour les patients hospitalisés :

- Combien de temps s'est-il écoulé entre la consultation et l'entrée à l'hôpital ?
- Combien de temps êtes-vous resté hospitalisé ?

Annexe n°2

Répartition des diagnostics et intention des patients.

Membre supérieur

	Total	Ambulatoire	Consultation spécialisée	Hospitalisation	Urgences	Patients ayant l'intention de se rendre aux urgences	
Contusion de l'épaule	7	7	0	0	0	2	28,6%
Luxation de l'épaule	1	0	1	0	0	1	100,0%
Luxation du coude	1	1	0	0	0	0	0,0%
Contusion du coude	3	3	0	0	0	0	0,0%
Pronation douloureuse	2	2	0	0	0	1	50,0%
Fracture de l'humérus	5	1	0	1	3	3	60,0%
Fracture de l'avant-bras	8	1	1	2	4	6	75,0%
Entorse du poignet	7	4	2	0	1	4	57,1%
Hématome de la main	2	2	0	0	0	2	100,0%
Entorse métacarpo-phalangienne	2	1	0	0	1	0	0,0%
Fracture d'un métacarpe	4	1	1	0	2	3	75,0%
Fracture d'une phalange	2	1	0	0	1	2	100,0%
Pincement de doigt	3	3	0	0	0	3	100,0%

Tête, rachis et pelvis

	Total	Ambulatoire	Consultation spécialisée	Hospitalisation	Urgences	Patients ayant l'intention de se rendre aux urgences	
Traumatisme crânien	2	1	0	0	1	1	50,0%
Hématome du visage	1	1	0	0	0	1	100,0%
Traumatisme du nez	1	1	0	0	0	1	100,0%
Entorse et contusion cervicale	2	0	0	0	2	0	0,0%
Fracture vertébrale	3	3	0	0	0	2	66,7%
Traumatisme costal	13	12	1	0	0	7	53,8%
Fracture du col fémoral	7	0	0	0	7	7	100,0%
Contusion du bassin et de la hanche	10	6	1	0	3	7	70,0%
Traumatisme du coccyx	4	4	0	0	0	0	0,0%

Membre inférieur

	Total	Ambulatoire	Consultation spécialisée	Hospitalisation	Urgences
Contusion du genou	12	12	0	0	0
Entorse du genou	11	9	2	0	0
Fracture du plateau tibial	1	0	1	0	0
Entorse de cheville	26	22	1	0	3
Fracture uni ou bi-malléolaire	3	1	0	0	2
Entorse de l'avant-pied	6	4	2	0	0
Fracture d'un métatarse	4	2	0	0	2
Fracture d'un orteil	2	2	0	0	0
Entorse d'un orteil	4	4	0	0	0
Douleur musculaire	6	5	0	0	1

Patients ayant l'intention de se rendre aux urgences	
6	50,0%
8	72,7%
1	100,0%
11	42,3%
3	100,0%
3	50,0%
3	75,0%
1	50,0%
2	50,0%
3	50,0%

Plaies et brûlures

Plaie	101	83	10	0	8
Brûlure	10	10	0	0	0

74	73,3%
7	70,0%

Total	276	208	23	3	41
--------------	------------	------------	-----------	----------	-----------

174	63,0%
------------	--------------

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la
Faculté,

(tampon et signature)

NOM : LE GOFF

PRENOM : ALAIN

Titre de Thèse :

Prise en charge de la traumatologie en soins primaires.

Parcours de soins et impact sur l'hospitalisation.

RESUME

La traumatologie représente 33 à 59% des motifs de recours aux urgences mais pourrait être prise en charge par les médecins généralistes libéraux. Notre étude rétrospective sur 1 mois ½ a pour objectifs de décrire les parcours de soins suivis par les patients consultant une association de médecins généralistes et d'évaluer l'impact de ces consultations sur le recours aux urgences. Seulement 15,1% des patients ont été dirigés vers l'hôpital alors que 63,5% des patients y auraient consulté ($p < 0.01$). Sur 271 patients inclus, 76,4% ont été pris en charge en ambulatoire, 14% aux urgences, 8,5% ont été orientés vers une consultation spécialisée à court terme et 1,1% ont été hospitalisés. Notre étude confirme que la prise en charge en soins primaires des patients consultant pour traumatismes est souvent possible mais dépendante des réseaux de soins de proximité.

MOTS-CLES

Traumatologie, premier recours, parcours de soins, soins primaires,
urgences, médecine générale, SOS Médecins Nantes.