

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2019

N° 2019-151

THÈSE  
pour le  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Alexandre YVER  
né le 24 Février 1991 à CHERBOURG-OCTEVILLE

---

**Étude des Motifs de Consultation Spontanée aux Urgences  
de  
La Roche-sur-Yon**

---

Présentée et soutenue publiquement le 01/10/2019

**Président du Jury :** Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe

**Directrice de Thèse :** Madame le Docteur TREBOUET Eve

**Membres du Jury :** Monsieur le Professeur VARTANIAN Cyrille

Madame le Docteur GRIMAULT Charlotte

Monsieur le Docteur MONTASSIER Emmanuel

# REMERCIEMENTS

**À Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE**, *président du jury*

Vous avez accepté de présider ce jury de thèse et j'en suis honoré. Veuillez agréer mes remerciements les plus sincères.

**À Madame le Docteur Eve TREBOUET**, *directrice de thèse*

Je te remercie pour l'encadrement, tes encouragements, pour ton aide précieuse sur la méthodologie et sur la rédaction de ce travail, surtout sur les dernières semaines. Tu m'as fait pleinement confiance et je t'en remercie.

**À Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN**, *membre du jury*

Vous avez accepté de juger mon travail de thèse en faisant partie de ce jury et je vous en remercie. Merci d'avoir suivi une partie de mon cursus en encadrant les séances de groupe d'échanges de pratiques au cours de ma deuxième année d'internat.

**À Madame le Docteur Charlotte GRIMAULT**, *membre du jury*

Vous avez accepté de siéger à ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Emmanuel MONTASSIER**, *membre du jury*

Veuillez accepter mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail de thèse.

**À Nath**, merci de m'avoir soutenu ces derniers mois. Cela n'a pas été facile tous les jours mais tu m'as permis de traverser cette période de façon bien plus agréable. Je vous souhaite plein de projets ensemble. Je t'aime !

**À mes parents**, vous m'avez toujours soutenu et encouragé dans cette voie, dans les bons comme dans les mauvais moments, je ne vous remercierai jamais assez. Si j'ai réussi à devenir ce que je suis c'est grâce à vous !

**À mon frère, Florian**, sache que je suis fier de toi, de ce que tu as accompli jusqu'à présent. Je suis content de t'avoir donné le goût pour la musique et j'espère qu'on jouera à nouveau ensemble !

**À mes amis Meulards Caennais**, merci d'être ce que vous êtes, ne changez rien ! Vous avez été là pour moi et j'espère vous rendre la pareille ! Alors, à quand ce pôle de santé à Clisson ou ailleurs ?

**À toute la famille Charles**, merci pour votre soutien sans failles au fil des années, merci d'avoir été et d'être présents pour Nath. J'espère pouvoir profiter plus de vous à présent et apprendre quelques bêtises à Nana !

**À mes grands-mères**, même si je ne suis pas trop présent à vos côtés ces derniers temps, j'ai toujours une pensée pour vous. Merci pour les valeurs que vous m'avez apportées. Je pense aussi à mes papys qui m'ont toujours encouragé dans cette voie.

**Aux équipes soignantes des Urgences du CHD de La Roche-sur-Yon**, merci pour votre bienveillance, votre accueil et votre participation à mon travail de thèse.

Merci à Karine, Nathalie, Franck et Daniel pour leur collaboration.

Merci aux médecins urgentistes du CHD pour votre encadrement durant mon stage au SAMU.

**À Monsieur le Docteur Philippe FRADIN**, je vous remercie de m'avoir autorisé à réaliser cette étude dans votre service. Merci encore pour la confiance que vous m'avez accordée.

**Merci aux différents co-internes et médecins hospitaliers croisés au cours de mon cursus**, j'ai eu plaisir de travailler et d'apprendre à vos côtés.

**Aux Dr Chrystelle PEYRON et Dr Gwénohé PERON**, ces 6 mois passés à vos côtés ont été très enrichissant tant professionnellement qu'humainement. Merci pour votre accueil, vos conseils et votre bienveillance !

**Aux urgentistes et aux équipes soignantes du centre hospitalier de Cherbourg-Octeville**, merci pour votre accueil et accompagnement pendant ces quelques semaines de FFI. Vous m'avez conforté dans ma vocation à devenir urgentiste.

**À Trent Reznor, Atticus Ross, Nine Inch Nails et Cult of Luna** qui m'ont accompagné durant ces longues heures de rédaction de cette thèse.



# SOMMAIRE

<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Situation de crise des services d’urgences.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Démographie.....</b>	<b>3</b>
2.1. Population.....	3
2.2. Démographie médicale.....	3
2.2.1. <i>Démographie médicale régionale et départementale.....</i>	<i>3</i>
2.2.2. <i>Démographie médicale à La Roche-sur-Yon.....</i>	<i>5</i>
<b>3. La Permanence des soins ambulatoires.....</b>	<b>5</b>
3.1. Définitions.....	5
3.2. La Permanence des soins ambulatoires en Vendée.....	6
3.3. Coût de la Permanence des Soins Ambulatoires.....	7
<b>4. Le Centre Hospitalier Départemental de Vendée.....</b>	<b>8</b>
4.1. Généralités.....	8
4.2. L’offre de soins du Centre Hospitalier de La Roche-sur-Yon.....	9
<b>5. La Médecine d’Urgence.....</b>	<b>10</b>
5.1. Généralités et cadre juridique de la médecine d’urgences.....	10
5.2. Organisation des structures d’urgence.....	11
5.2.1. <i>Généralités.....</i>	<i>11</i>
5.2.2. <i>Les urgences de La Roche-sur-Yon.....</i>	<i>11</i>
5.3. Surcharge des services d’urgence.....	12
5.3.1. <i>Augmentation de la fréquentation des services d’urgence en France.....</i>	<i>12</i>
5.3.2. <i>Evolution du nombre de passages aux urgences de La Roche-sur-Yon.....</i>	<i>13</i>
<b>6. Rationnel de notre étude.....</b>	<b>13</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>14</b>
<b>1. Matériel.....</b>	<b>14</b>
1.1. Intervenants.....	14
1.2. Questionnaire.....	14
1.2.1. <i>Partie Patient.....</i>	<i>14</i>
1.2.2. <i>Partie médecin.....</i>	<i>15</i>
<b>2. Méthode.....</b>	<b>15</b>
2.1. Type de l’étude.....	15

2.2. Recueil de données.....	15
2.2.1. Critères d'inclusion.....	16
2.2.2. Critères d'exclusion.....	16
2.3. Traitement des données.....	16
<b>3. Objectifs de notre étude.....</b>	<b>16</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>17</b>
<b>1. Données générales.....</b>	<b>17</b>
1.1. Fréquentation des urgences de La Roche-sur-Yon (semaine 29).....	17
1.2. Diagramme de flux.....	17
<b>2. Épidémiologie de la population étudiée.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Résultats de l'étude.....</b>	<b>19</b>
3.1. Pertinence de la consultation aux urgences.....	19
3.1.1. Point de vue de l'urgentiste.....	19
3.1.2. CCMU.....	20
3.1.3. Examens complémentaires.....	20
3.1.4. Mode de sortie des urgences.....	21
3.2. Motifs de consultation.....	21
3.3. Ressentis des patients.....	23
3.3.1. Urgence et gravité de leur situation.....	23
3.3.2. Attentes des patients.....	23
3.4. Durées de prise en charge.....	24
3.4.1. Délai avant la consultation.....	24
3.4.2. Délais de prise en charge aux urgences.....	24
3.5. Parcours de soins avant la consultation aux urgences.....	24
3.5.1. Accessibilité aux professionnels de santé.....	24
3.5.1.1. Professionnels de santé contactés.....	25
3.5.1.2. Connaissance du 116-117.....	26
3.5.2. Antériorité de passages aux urgences.....	27
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>28</b>
<b>1. Apports de notre étude.....</b>	<b>28</b>
1.1. Les consultations spontanées étaient-elles appropriées ?.....	28
1.2. Motivations de la consultation aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon.....	28
1.3. La démographie médicale est-elle la cause des consultations spontanées ?.....	29
1.4. L'indisponibilité des médecins généralistes en cause ?.....	30
1.5. Les services d'urgences, substituts de la médecine de ville.....	30
1.6. Urgence ressentie.....	31
1.7. Temps de prise en charge des consultations spontanées.....	31
1.8. La régulation médicale, un levier d'action pour diminuer les recours spontanés.....	31

<b>2. Forces et faiblesses de notre étude.....</b>	<b>32</b>
2.1. Forces de l'étude.....	32
2.2. Faiblesses de l'étude.....	32
2.2.1. <i>Biais de sélection</i> .....	32
2.2.2. <i>Biais déclaratif</i> .....	33
<b>3. Ouvertures et pistes d'amélioration.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>39</b>
<b>1. Annexe n°1 : Sectorisation de la Permanence des Soins Ambulatoires en Vendée.....</b>	<b>39</b>
<b>2. Annexe n°2 : Questionnaire patient – Recto.....</b>	<b>40</b>
<b>3. Annexe n°3 : Questionnaire patient – Verso.....</b>	<b>41</b>
<b>4. Annexe n°4 : Questionnaire "Médecin".....</b>	<b>42</b>
<b>5. Annexe n°5 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).....</b>	<b>43</b>



## LISTE DES FIGURES

<i>Figure n°1: Densité d'omnipraticiens pour 100 000 habitants en 2017 en Vendée - Atlasanté.....</i>	<i>5</i>
<i>Figure n°2 : Évaluation médico-économique de la Permanence des Soins Ambulatoires en Loire Atlantique (44) et en Vendée (85) - ARS.....</i>	<i>9</i>
<i>Figure n°3 : Les services d'urgence de la Vendée et des départements limitrophes.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure n°4 : Répartition des questionnaires analysés parmi le nombre total d'entrées.....</i>	<i>18</i>
<i>Figure n°5 : Répartition du nombre de questionnaires analysés et du nombre d'admissions total par tranche horaire.....</i>	<i>19</i>
<i>Figure n°6 : Répartition des patients de l'étude par tranche d'âges.....</i>	<i>19</i>
<i>Figure n°7: Répartition des patients selon leur Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU).....</i>	<i>21</i>
<i>Figure n°8 : Nombres et types d'exams prescrits aux patients de l'étude.....</i>	<i>21</i>
<i>Figure n°9 : Répartition des motifs de consultation dans la population d'étude.....</i>	<i>22</i>
<i>Figure n°10: Répartition des degrés d'urgence et de gravité ressentis.....</i>	<i>24</i>
<i>Figure n°11: Raisons avancées par 171 patients n'ayant pas cherché à contacter un professionnel de santé avant leur venue aux urgences.....</i>	<i>27</i>

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau n°1 : Répartition des patients selon leur centre hospitalier de proximité.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau n°2 : Répartition des patients selon les critères de pertinence de la consultation aux urgences.....</i>	<i>20</i>
<i>Tableau n°3 : Répartition des patients selon leur mode de sortie.....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau n°4 : Liste exhaustive des motifs de consultation.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau n°5 : Répartition des attentes des patients consultant spontanément aux urgences.....</i>	<i>24</i>
<i>Tableau n°6: Délais entre le début des symptômes et la consultation aux urgences.....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau n°7 : Professionnels de santé contactés en amont de la venue aux urgences.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau n°8 : Autres professionnels de santé contactés en amont de la venue aux urgences.....</i>	<i>26</i>
<i>Tableau n°9 : État des connaissances des patients concernant le n°116-117.....</i>	<i>27</i>
<i>Tableau n°10 : Antériorité de passages aux urgences parmi les patients de l'étude.....</i>	<i>28</i>

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ADOPS** : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

**APL** : Accessibilité Potentielle Localisée

**ARM** : Assistant de Régulation Médicale

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CAPS** : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

**CCMU** : Classification Clinique des Malades des Urgences

**CH** : Centre Hospitalier

**CHD** : Centre Hospitalier Départemental

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CRRA** : Centre de Réception et de Régulation médical des Appels

**DES** : Diplôme d'Études Spécialisées

**DESC** : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ECBU** : Examen CytoBactériologique des Urines

**ETP** : Équivalent Temps Plein

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**ORU** : Observatoire Régional des Urgences

**PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoires

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SAUV** : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

# INTRODUCTION

## 1. Situation de crise des services d'urgences

L'année 2019 est marquée par un mouvement de colère et de grève au sein des professions de l'urgence. Début juillet, le collectif de paramédicaux Inter-urgences revendiquait 186 services en grève dans toute la France.

Les raisons de ce mouvement sont la surcharge des services d'accueil des urgences, un manque de lits d'aval et une insuffisance de ressources humaines et logistiques pour assurer les soins aux patients de manière sécurisée.

Cette situation existe depuis de nombreuses années mais s'accroît ces derniers mois.

Le service des urgences du CHD, site de La Roche-sur-Yon fait régulièrement face à des situations de tension avec des délais de prise en charge des patients de plus en plus longs. Cette situation nous a interpellés et nous a poussés à nous intéresser à une partie de la population consultant aux urgences du CHD.

## 2. Démographie

### 2.1. Population

Le département de la Vendée comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 666 714 habitants avec une moyenne d'âge de 53,9 ans<sup>1</sup>. La Roche-sur-Yon en est la préfecture.

Le canton de La Roche-sur-Yon compte 74 communes, soit 289 713 habitants.<sup>1</sup>

La commune de La Roche-sur-Yon recense à elle seule 53 578 habitants. Entre 2010 et 2015, la population a connu une croissance de 0,3% par an.

Il s'agit d'une population jeune puisque 74,3% de la population Yonnaise est âgée de moins de 60 ans dont 15,4% a entre 0 et 14 ans. Les habitants de la commune de la Roche-sur-Yon ont un sex-ratio Femmes/Hommes est de 1,1.<sup>2</sup>

### 2.2. Démographie médicale

#### 2.2.1. Démographie médicale régionale et départementale

La région des Pays de la Loire compte au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 5 445 médecins généralistes<sup>3</sup> avec un nombre de généralistes libéraux à la hausse de 0,5% par an depuis 2013 (contre -0,3% sur le territoire national).

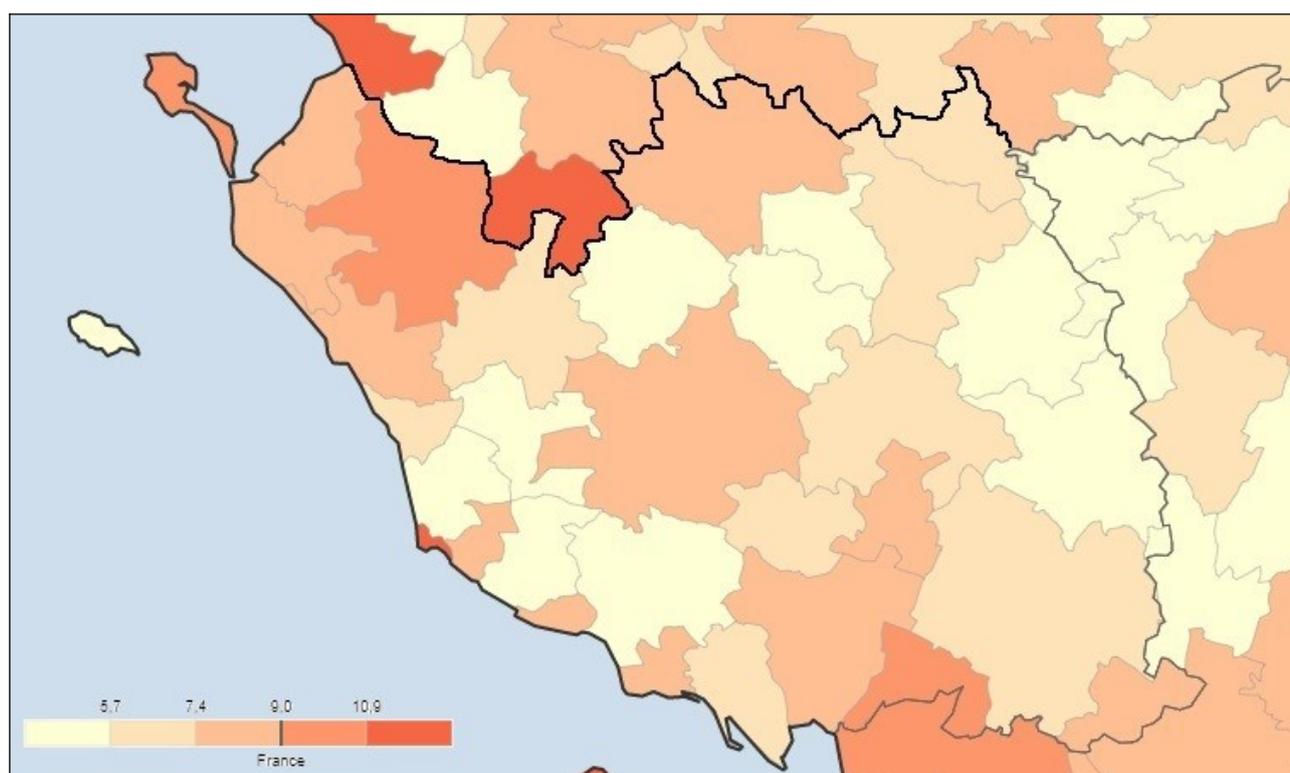
En 2017, le département de la Vendée recensait 458 médecins généralistes installés représentant un taux de 0,66 médecin généraliste pour 1 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 1,52 généralistes pour 1 000 habitants.<sup>4</sup>

En 2015, le conseil national de l'ordre des médecins publiait dans son Atlas des Pays de la Loire<sup>5</sup> que les médecins généralistes installés en Vendée avaient une moyenne d'âge de 53,4 ans avec une proportion de 27,4 % âgée de plus de 60 ans.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, parmi les 458 médecins généralistes installés en Vendée, 133 étaient âgés de plus de 60 ans<sup>4</sup> (soit 20,7 % de l'effectif de médecins généralistes)<sup>6</sup> augurant une vague de départ à la retraite dans les mois et années à venir.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, le département est désormais pourvu de 443 médecins généralistes installés avec notamment 30 départs de médecins généralistes installés pour 16 installations sur l'année 2018.<sup>7</sup>

La répartition de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire vendéen est inhomogène amenant pour certains bassins de population comme l'est du département et la côte sud-ouest à une véritable désertification médicale (Cf Figure n°1).



**Figure n°1:** Densité d'omnipraticiens pour 100 000 habitants en 2017 en Vendée - Atlasanté

Fin 2017, un arrêté du ministère de la Santé<sup>8</sup> a fixé une nouvelle cartographie des zones prioritaires pour améliorer l'accessibilité aux soins .

Ce nouveau découpage territorial en « territoires de vie-santé » est basé entre autres par le calcul de l'indice Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Cet indice prend en compte à la fois l'activité de chaque praticien (le nombre de consultations ou de visites effectuées), le temps d'accès au praticien et la consommation de soins par classe d'âge.

L'indice APL est calculé pour chaque « territoire de vie-santé » et s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant.

Les zones dont l'indice APL est inférieur à 2,5 sont considérées comme des « zones d'intervention prioritaire ».<sup>8</sup>

En 2016, l'APL de la région Pays-de-la-Loire était de 3,7 et celui de la Vendée était de 3,4. L'APL moyen national est de 3,7.<sup>3</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, deux zones d'intervention prioritaire sont dessinées. Une centrée par la commune des Herbiers et l'autre par la commune de Luçon. Une partie de ces deux territoires est frontalière avec l'agglomération de La Roche-sur-Yon.<sup>9</sup>

Concernant la démographie médicale des médecins spécialistes en Vendée, celle-ci décroît aussi. En 2015 on comptait 231 spécialistes installés contre 151 à la fin de l'année 2018. Le département vendéen est celui où le pourcentage de spécialistes diminue le plus par rapport à la moyenne régionale<sup>4</sup> avec notamment 16 départs de médecins spécialistes en 2016.

### **2.2.2. Démographie médicale à La Roche-sur-Yon**

Le conseil départemental de l'ordre des médecins<sup>7</sup> a recensé 54 médecins généralistes installés dans la communauté d'agglomération de la Roche-sur-Yon au 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec une moyenne d'âge de 52,3 ans. Parmi ces 54 omnipraticiens, 15 sont âgés de plus de 60 ans.

L'agglomération possède un taux de généralistes pour 1 000 habitants identique au taux départemental (soit 0,66 médecin généraliste pour 1 000 habitants).

La Roche-sur-Yon (commune) compte elle-même 36 médecins généralistes.

On déplore une dégradation de la situation médicale entre 2007 et 2018 avec 59 départs (changement d'orientation professionnelle, départ à la retraite ou déménagement hors du département) pour seulement 24 installations.<sup>7</sup>

Les communes périphériques à La Roche-sur-Yon voient leur population croître et vieillir sans augmentation du nombre de médecins. Nesmy en est l'exemple le plus flagrant avec un médecin généraliste pour 2 878 habitants dont plus de 15% sont âgés de plus de 60 ans.

## **3. La Permanence des soins ambulatoires**

### **3.1. Définitions**

En France, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux le code de santé publique via l'article L6314-1<sup>10</sup> prévoit la prise en charge des soins non programmés. Cette mission de service publique est assurée par les services d'accueil des urgences (SAU) mais aussi en ambulatoire par les médecins libéraux exerçant dans des cabinets médicaux, des maisons de santé, des centres de santé.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est organisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui en rédigent le cahier des charges<sup>11</sup>, recensent les médecins libéraux volontaires et leur attribuent leurs gardes.

Les patients sont donc assurés de pouvoir être pris en charge par un médecin ou un pharmacien de garde les week-ends à partir du samedi à 12h, les jours fériés et en semaine à partir de 20h jusqu'au lendemain matin à 8h.

Les médecins libéraux de garde participent donc à la permanence des soins en recevant les patients dans des points fixes (cabinets médicaux ou Centre d'Accueil et de Permanence des Soins - CAPS) sur la base du volontariat. Ils peuvent aussi être dépêchés en visite au domicile des patients mais aussi peuvent être réquisitionnés pour certaines missions.

La régulation de cette permanence des soins est pour partie assurée par des médecins généralistes au sein des Centres de Réception et de Régulation médicale des Appels (CRRA-15), qui, en Vendée, fait partie intégrante du SAMU – Centre 15.

Pendant les horaires de la permanence des soins, les patients peuvent joindre un médecin en composant le « 116 117 ». Ce numéro unique national est effectif depuis le mois d'avril 2017.<sup>11</sup>

Au niveau national, certains territoires (notamment urbains et péri-urbains) sont dotés de systèmes privés de gardes médicales assurant la prise en charge des soins non programmés 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. C'est le cas de « SOS médecin ».

Contrairement aux agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire, ces systèmes de gardes médicales qui participent activement à la PDSA ne sont pas implantés en Vendée.

Après la fermeture des cabinets médicaux, les seuls recours aux soins primaires en Vendée sont les urgences, le 15 et la plateforme téléphonique du 116-117.

### **3.2. La Permanence des soins ambulatoires en Vendée**

Le CRRA-15, régulant la permanence des soins ambulatoires en Vendée, est géré par l'Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins des Médecins Généralistes de Vendée (ADOPS 85).

Durant la PDSA, les Assistants de Régulation Médicale (ARM) assurent l'accueil téléphonique et l'orientation du patient vers les médecins généralistes régulateurs ou selon l'urgence du motif d'appel vers un médecin urgentiste régulateur.

Selon les motifs d'appel, les médecins généralistes régulateurs peuvent orienter les patients vers les médecins de garde (en cabinet ou via des visites à domicile) ou vers les urgences. Ils ont aussi la possibilité de donner des conseils médicaux, de faxer des ordonnances ou de dépêcher une ambulance auprès du patient si besoin.

Le cahier des charges de la PDSA<sup>11</sup> publié par l'ARS découpe le territoire vendéen en 19 secteurs de garde et en seulement 3 secteurs de médecins mobiles (assurant les missions de visites à domicile et assurent à eux seuls la PDSA entre minuit et 8h) correspondant à la région de Fontenay-le-Comte, La Roche-sur-Yon et Les Sables d'Olonne (*Cf Annexe n°1*).

Ce découpage a comme objectif de garantir l'équité en termes d'accessibilité et de qualité de soins. La sectorisation a été établie selon les critères suivants<sup>11</sup> :

- Reprise des territoires des maisons médicales de garde existantes,
- Obtention d'un nombre de médecins généralistes suffisant pour rendre les gardes les moins contraignantes possibles,
- Utilisation du maillage des hôpitaux de proximité pour conforter leur place,
- Prise en compte des flux majoritaires des patients,
- Temps d'accès maximum de 30 minutes entre minuit et 8h.

En 2018, la PDSA en Vendée a été assurée par 48 médecins régulateurs et 49 effecteurs mobiles<sup>12</sup>. En 2015, ce sont 469 médecins libéraux qui ont participé aux gardes de la PDSA.<sup>13</sup>

Sur l'année 2018, la PDSA en Vendée a représenté 78 100 heures d'activité. Plus de 64 000 heures d'activité ont été effectuées dans les différents secteurs de garde (cabinets médicaux, maisons de santé) et près de 14 000 heures ont été réalisées par un médecin mobile<sup>12</sup>. Ces derniers ont réalisé en 2014, 88 % de leurs actes en nuit profonde (après minuit).<sup>13</sup>

Les appels au 116 117 en Vendée ont abouti à 29 313 conseils médicaux. 18 345 appels ont été orientés vers une consultation en cabinet médical, 3 585 ont abouti au déclenchement d'une visite à domicile et 4 400 appels à une orientation vers un service d'urgence.

Au total sur l'année 2018, ce sont 18 975 actes dont plus de 14 000 qui ont eu lieu un samedi ou un dimanche (hors soirée de 20h à 0h00).<sup>12</sup>

En suivant, au fil des années, le nombre d'actes effectués par an pendant les horaires de la PDSA (en 2015 :16 205 actes ; en 2017 : 17 778 actes et en 2018 : 18 975 actes), on note une montée en puissance de l'activité de la PDSA.<sup>12</sup>

Cette évolution peut être mise sur le compte de la croissance démographique que connaît la Vendée en parallèle à une baisse du nombre de médecins généralistes mais on peut supposer aussi une meilleure sensibilisation de la population autour du numéro unique de la médecine de garde (campagne d'affichage dans les structures d'urgence, dans les salles d'attente des professionnels de santé...).

### **3.3. Coût de la Permanence des Soins Ambulatoires**

Le système de rémunération des gardes est régi par l'article L.1435-5 du code de la santé publique. Ainsi, la rémunération d'une garde de régulation médicale libérale ne peut être inférieure à 70€ par heure de régulation. L'astreinte d'un médecin inscrit au tableau de garde ne peut être inférieure à 150€ pour 12h effectives.<sup>11</sup>

Concernant la rémunération des actes, elle suit les tarifs conventionnels des médecins généralistes avec majoration spécifiques de nuit, dimanches et jours fériés.<sup>14</sup>

En 2016, le fonctionnement et l'organisation de la PDSA dans la région des Pays de la Loire ont été évalués sur la période 2014 – 2015.<sup>13</sup>

Cette évaluation a porté notamment sur le modèle socio-économique et a comparé les coûts de la PDSA avec ceux engendrés par un passage dans une structure d'urgence.

En Loire Atlantique, le coût moyen d'un acte réalisé par un médecin mobile pendant la PDSA est moins important que le coût moyen d'une prise en charge aux urgences non suivie d'une hospitalisation.

En Vendée, le coût moyen d'un acte de médecin mobile restait en 2014 nettement supérieur par rapport à un passage aux urgences (*Cf figure n°2*).

Ceci s'explique d'une part par les majorations d'honoraires spécifiques allant de 51,50€ pour une consultation en cabinet entre 0h et 6h jusqu'à 59,50€ pour une consultation à domicile<sup>14</sup> et d'autre part par une sous utilisation de ce moyen.

Indicateurs	Données	44	85
Coût moyen d'une prise en charge aux urgences non suivi d'une hospitalisation	Forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences (ATU)	25€	25€
	Forfait Annuel Urgence (FAU) <i>(données SAE 2012)</i>	75€	75€
	Coût national moyen actes pour un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation <i>(source finances hospitalières juillet / aout 2010)</i>	85€	85€
	Coût moyen d'un Transport Sanitaire en garde (A/R) <i>(données assurance maladie 2012)</i>	414€	394€
	<b>Total</b>	<b>599€</b>	<b>579€</b>
Coût moyen d'un acte de Médecin mobile (2014)	<b>Total</b> <i>(cout forfait/nombre d'actes annuel)</i>	<b>546€</b>	<b>971€</b>

*Figure n°2 : Évaluation médico-économique de la Permanence des Soins Ambulatoires en Loire Atlantique (44) et en Vendée (85) - ARS*

## 4. Le Centre Hospitalier Départemental de Vendée

### 4.1. Généralités

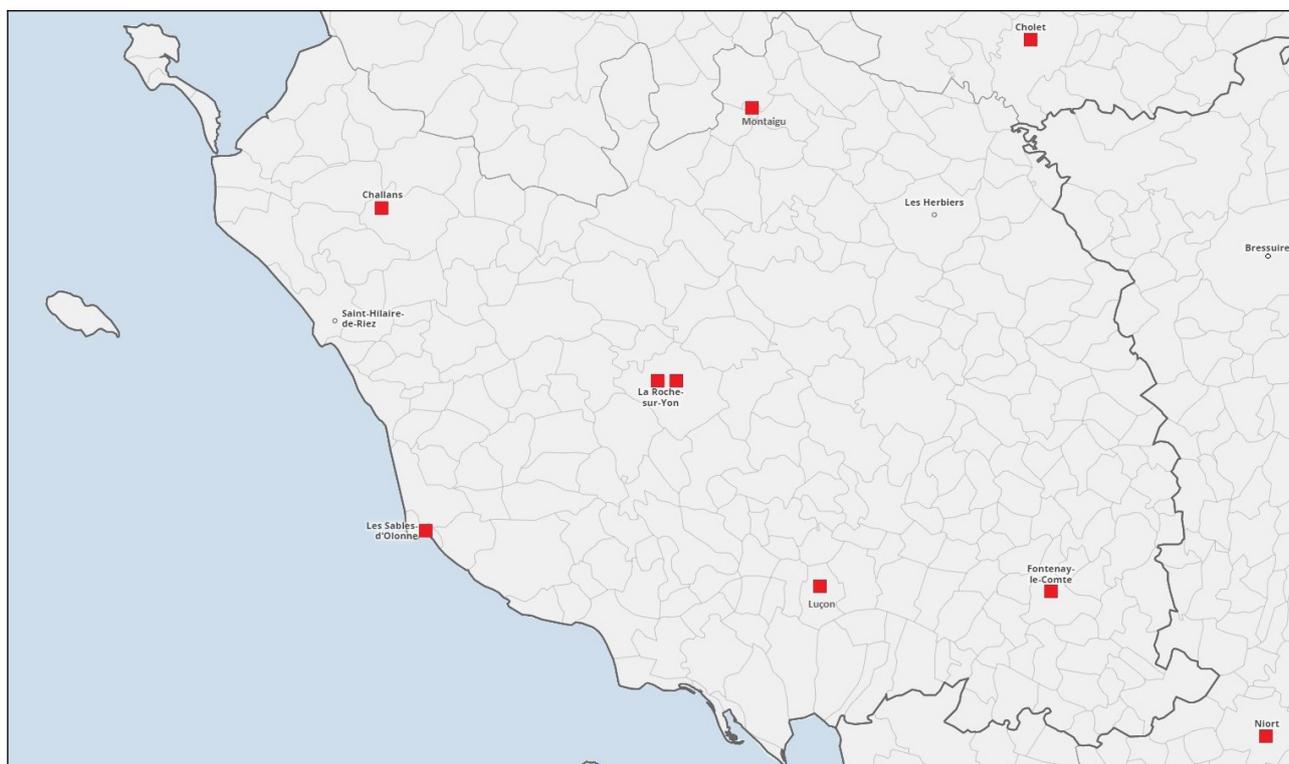
Le Centre Hospitalier (CH) de La Roche-sur-Yon est situé sur le site des Oudairies à La Roche-sur-Yon.

En 2003, la fusion des centres hospitaliers de Luçon, Montaigu et de La-Roche-Sur-Yon forme le Centre Hospitalier Départemental de Vendée (CHD)<sup>15</sup>. Ce dernier est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire de Vendée (GHT 85) depuis le 1er Juillet 2016<sup>16</sup>.

Le département vendéen est pourvu, en plus du CH de La Roche-sur-Yon, de 6 centres hospitaliers situés à Luçon, Montaigu, Challans, Les Sables d'Olonne, Fontenay-le-Comte, La Chataigneraie (Groupe Public Hospitalier et Médico-social des Collines Vendéennes).

Le département possède 7 services d'urgences dont 2 situés à La Roche-sur-Yon (CHD et Clinique Saint Charles) (*Cf figure n°3*).

Les CH de Cholet, Niort et La Rochelle, du fait de leur proximité avec la frontière de la Vendée participent également à la prise en charge en urgence des patients vendéens.



*Figure n°3 : Les services d'urgence de la Vendée et des départements limitrophes*

#### **4.2. L'offre de soins du Centre Hospitalier de La Roche-sur-Yon**

Le site du CHD de La Roche-sur-Yon est l'hôpital référent du département. Il est le seul hôpital du département pourvu d'un service de réanimation polyvalente, d'une salle de coronarographie avec une Unité de Soins Intensifs de Cardiologie ainsi que d'une service d'urgences pédiatriques et d'une maternité de niveau 2b<sup>17</sup>.

Le CH de La Roche-sur-Yon possède 457 lits de Médecine, 171 lits de Chirurgie, 18 lits de réanimation, 9 lits d'Unité de Soins Continus, 74 lits d'Obstétrique et 17 blocs opératoires<sup>17</sup>.

Le Service d'Aide Médicale Urgente de Vendée (SAMU 85) est implanté au CHD, site de La Roche-sur-Yon.

## 5. La Médecine d'Urgence

### 5.1. Généralités et cadre juridique de la médecine d'urgences

L'urgence est définie par le dictionnaire Larousse<sup>181</sup> comme « *le caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre d'aucun retard* » ou comme une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement ».

En France, l'aide médicale d'urgence est définie par l'Article 2 de la Loi n°86.11 du 6 janvier 1986 et apparaît à l'Article L6311-1<sup>19</sup> du code de la santé publique. Elle a « pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

Cette aide médicale d'urgence est assurée par le concours des Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et par les services d'Urgences.

En Mai 2006, l'organisation des soins d'urgence est réformée via les décrets n° 2006-576<sup>20</sup> et n°2006-577<sup>21</sup> donnant lieu à la création des structures d'urgence.

Ainsi, les établissements de santé sont autorisés à exercer la médecine d'urgence selon 3 modalités :

- La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU),
- La prise en charge des patients par les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)
- La prise en charge des patients dans une structure des urgences ou dans une structure des urgences pédiatriques.

L'exercice de la médecine d'urgence est ainsi décloisonné avec la mutualisation des différents professionnels de santé. Depuis la loi dite HPST (Hôpital – Patient – Santé - Territoire) du 21 juillet 2009, la mutualisation des moyens au-delà de chaque établissement permet une coopération sanitaire entre les différentes structures d'un même territoire.

Le deuxième décret, paru en mai 2006<sup>21</sup>, permet la création d'une filière de spécialité en Médecine d'Urgence validée par un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC).

Les médecins titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence ou les médecins justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans une structure de médecine d'urgence peuvent également exercer leur fonction dans un service d'urgence.

Depuis novembre 2015 la médecine d'urgence est devenue une spécialité à part entière par la création d'une filière dédiée, le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine d'Urgence.<sup>22</sup>

En 2016, la Cour des Comptes a recensé 641 structures d'urgence sur tout le territoire français (départements d'outre-mer compris).<sup>23</sup>

## 5.2. Organisation des structures d'urgence

### 5.2.1. Généralités

L'organisation de chaque structure d'urgence dépend de son activité.

Lorsque le patient se présente dans un service d'urgences, il est accueilli par un infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO). La gravité de son état de santé est évaluée par l'IAO selon un algorithme défini, qui hiérarchise la prise en charge du patient.

L'IAO répartit ensuite le patient dans les unités de soins selon leur motif d'admission. En 2013, en France, ce poste d'IAO existait dans 3 SAU sur 4.<sup>24</sup>

Un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) peut être présent aux côtés de l'IAO et ainsi prescrire les premiers traitements ou examens et même réorienter le patient vers une structure de soins appropriée. En France, 12 % des points d'accueil seulement bénéficient d'un MAO.<sup>24</sup>

En termes de ressources humaines, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) médical ou paramédical varie en fonction du nombre de passages.

Les structures d'urgences doivent pouvoir prendre en charge les patients en urgence vitale dans des salles dédiées (déchocage ou Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)). De plus, le parcours de soins du patient peut être filiarisé selon son motif de recours (traumatologie, motif médical)

Certaines structures d'urgence peuvent faire intervenir une assistance sociale, des équipes mobiles (gériatrie, psychiatrie par exemple) afin de faciliter l'orientation du patient en aval des urgences.

### 5.2.2. Les urgences de La Roche-sur-Yon

Depuis sa rénovation en 2016, les 2 100m<sup>2</sup> du SAU du CH de La Roche-sur-Yon sont divisés en 3 secteurs de soins<sup>25</sup> :

- **La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)** permettant la prise en charge simultanée de 3 patients nécessitant des soins critiques et immédiats.
- **Le Circuit Médico-Chirurgical** qui possède 13 salles d'examen vers lesquels les patients souffrant de pathologies médicales ou chirurgicales sont orientés afin de bénéficier de prélèvements biologiques ou d'examens radiologiques. Une surveillance scopée est possible dans chaque salle d'examen avec un monitoring électrocardiographique et hémodynamique au niveau du bureau médical.

Au sein de cette unité de soins, une zone dite « d'attente post-soins » de 6 lits, permet la temporisation avant l'hospitalisation ou la sortie du patient. Une salle de soin sécurisée est également disponible afin de prendre en charge les patients agités.

- **Le Circuit Court** accueille dans ses 9 salles d'examen les patients dont les soins prennent un temps plus réduit comme la traumatologie non critique ou la suture de plaie. Cette unité prend en charge également la traumatologie pédiatrique (les urgences pédiatriques médicales sont une autre entité, à part des urgences de La Roche-sur-Yon).

Le SAU de La Roche-sur-Yon travaille en étroite collaboration avec le SAMU de Vendée (85). Les médecins urgentistes et une partie des infirmiers travaillent en temps partagé au SAU et au SAMU.

En 2017, le personnel médical en activité au CHD de Vendée<sup>26</sup> était composé de 51,6 ETP répartis sur les 3 sites du CHD : La Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu. Les médecins sont amenés à exercer au sein de ces 3 structures.

### 5.3. Surcharge des services d'urgence

#### 5.3.1. Augmentation de la fréquentation des services d'urgence en France

Depuis le début des années 1990, le nombre de passages dans les services d'urgence ne cesse d'augmenter en France.

En 1990, on a recensé 7 millions de passages aux urgences avec un taux d'hospitalisation élevé, supérieur à 30 %.

En 2001, ce sont plus de 14 millions de passages dans les SAU qui ont été enregistrés puis 18,4 millions de passages en 2012.<sup>27</sup>

Le dernier chiffre connu de passages annuels, publié par la Cour des Comptes est de 21,2 millions en 2016 soit une augmentation de 3,6 % par an depuis 2012.<sup>23</sup>

Plusieurs études ont analysé ce phénomène, notamment l'étude parue en mars 2014 dans les Annales Françaises de médecine d'urgence<sup>28</sup>. Plusieurs origines à cette surcharge des structures d'urgences ont été suggérées :

- **Nombre d'entrées trop important** : Avec de plus en plus de consultations qualifiées de non urgentes avec des patients demandeurs de réponse rapide à leur motif de recours et ayant des difficultés à obtenir une réponse ailleurs.
- **Pics d'activité et variations saisonnières** : secondaires aux épidémies virales et aux fréquentations touristiques. Ce sont des variations d'activités pouvant être importantes mais sur des périodes courtes dans l'année.
- **Une insuffisance de ressources** : La durée moyenne de séjour dans les SAU est souvent importante du fait de l'appel à des ressources extérieures (bilan sanguin, examens de radiologie, avis spécialisé...).
- **Nombre de sorties d'hospitalisation trop faible** : C'est la cause majeure de la surcharge des SAU. Le nombre de lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) disponibles diminue régulièrement, passant en l'an 2000 de 480 000 à moins de 430 000 en France en 2009. Ce défaut de lits d'aval entraîne un allongement du temps passé par les patients dans les SAU.<sup>28</sup>
- **Organisation de l'hospitalisation programmée** : Il existe une occupation de lits par une activité programmée importante par rapport aux capacités de l'établissement.
- **Patients âgés et polypathologiques** : Ces patients souvent dépendants ont une durée moyenne de séjour dans les services prolongée

Cette surcharge des services d'urgence, par l'allongement de la durée moyenne de séjour, l'allongement du délai de 1<sup>ier</sup> contact médical et l'augmentation des erreurs de prescription lors des périodes de suractivité, entraîne une augmentation de la morbi-mortalité des patients hospitalisés via les SAU.<sup>28 ; 29</sup>

### **5.3.2. Evolution du nombre de passages aux urgences de La Roche-sur-Yon**

Les publications de l'Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire (ORU)<sup>30</sup> montrent qu'entre 2015 et 2016, le nombre de patients majeurs admis aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon est passé de 34 231 à 37 579, soit une augmentation de la fréquentation de 8,9 %.

Toujours d'après l'ORU<sup>30</sup>, 39 022 patients majeurs ont été admis aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon en 2017. Toutes tranches d'âges comprises, le nombre moyen de passages journaliers était de 129. En comparaison, la moyenne régionale était de 67 passages par jour.

D'après le logiciel utilisé aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon (RésUrgences), le nombre d'admissions de patients majeurs en 2018 a été de 36 280 avec une moyenne journalière de 99,4.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> Août 2019, les chiffres de fréquentation enregistrés via RésUrgences montrent une nouvelle hausse de fréquentation de 4,39 % par rapport à 2018.

## **6. Rationnel de notre étude**

Le service des urgences du CHD de La Roche-sur-Yon voit donc une constante augmentation du nombre de passages annuel.

Le nombre de médecins généralistes est en nette diminution en Vendée. De plus, le territoire vendéen n'est pas pourvu d'association assurant des gardes médicales type SOS médecin pour assurer les soins non programmés (notamment en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux).

Pour ces raisons, beaucoup de patients se retrouvent sans médecin traitant, avec une réticence voire un refus de plus en plus fréquent des médecins généralistes en activité d'accepter de recevoir des patients qui ne relèvent pas de leur patientèle. Les délais de consultation pour les patients suivis sont souvent incompatibles avec les soins non programmés, comme dans le cadre des pathologies saisonnières.

Dans ce contexte, nous constatons une augmentation du recours à notre service d'urgences en première intention, pour des pathologies ne relevant pas de l'urgence à proprement parler, majorant logiquement les délais d'attente.

Nous avons donc cherché à objectiver cet afflux nouveau de patients consultant spontanément pour des motifs variables afin d'élaborer des pistes d'amélioration.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Matériel

Notre étude s'est déroulée aux urgences du CHD de La Roche sur Yon, du lundi 15 juillet à 8h00 au lundi 22 juillet 2019 à 8h00.

### 1.1. Intervenants

Le protocole de l'étude a été présenté à l'ensemble des médecins urgentistes intervenant au CHD de La Roche-sur-Yon lors d'une réunion de service et de 2 mails informatifs.

Les infirmiers intervenant au poste d'Accueil et d'Orientation ont été sensibilisés en amont de l'étude à la distribution du questionnaire par mail et via la rencontre des cadres de santé du service des urgences. Les infirmiers ont été régulièrement briefés pendant la durée de l'étude notamment aux moments des roulements d'équipes.

Des feuillets expliquant notre étude aux patients étaient affichés dans les zones d'attente.

### 1.2. Questionnaire

L'étude est basée sur un questionnaire standardisé distribué aux patients de notre population cible.

Le questionnaire se présente en 2 volets, un volet à l'attention du patient (*Cf annexes n°2 et n°3*) et un second volet à l'attention du médecin (senior ou interne) en charge du patient (*Cf annexe n°4*).

Le questionnaire est rempli de manière anonyme. Un numéro unique est inscrit dans l'entête du document. Il est identique sur les 2 volets du questionnaire afin de faciliter l'appariement.

#### 1.2.1. Partie Patient

Ce premier volet de l'enquête destiné au patient contient 18 items (*Cf annexe n°2*).

Le motif de consultation est demandé sous forme d'expression libre afin de ne pas restreindre l'enquête à 3 choix (motif médical, traumatologique ou psychiatrique).

Nous avons demandé combien de fois au cours des 12 derniers mois le patient avait consulté dans un service d'urgence. Six réponses sont possibles, allant de 0 à plus de 5 fois.

Nous avons demandé au patient de coter le degré d'urgence et de gravité qu'il ressentait concernant son motif de consultation, par le biais d'une Échelle Visuelle Analogique (EVA) allant de 0 (peu urgent / peu grave) à 10 (grande urgence / gravité importante).

Les questions suivantes concernent le parcours du patient et sa démarche de soins avant sa venue aux urgences (moyen de transport utilisé, délai entre le début des symptômes et sa décision de se rendre aux urgences).

Nous avons cherché à savoir si le patient avait un médecin traitant référent, s'il avait contacté un professionnel de santé et, si non, pourquoi ?

Il est demandé au patient s'il connaissait le 116-117 et s'il y avait déjà eu recours (*Cf annexe n°3*).

La fin du questionnaire porte sur les attentes du patient par rapport à sa consultation aux urgences (quels types de soins, quel délai de prise en charge estimé).

### **1.2.2. Partie médecin**

Le volet médical du questionnaire est rempli par le médecin (Senior ou Interne) en charge du patient, à la fin du parcours de soins de ce dernier au SAU (*Cf annexe n°4*)

Nous cherchons à connaître la durée totale du passage dans notre service des urgences et le délai entre l'enregistrement du patient et le 1<sup>er</sup> contact médical.

Le médecin renseigne les examens complémentaires dont le patient a pu bénéficier ou non.

Il lui est demandé si, de son point de vue, la consultation aurait pu être réalisée en ambulatoire (consultation de médecine générale).

Le mode de sortie du patient (retour à domicile, hospitalisation, réorientation, etc...) est précisé.

Enfin, la classification « Classification Clinique des Malades des Urgences » (CCMU) du patient est indiquée. Cette classification permet de coter la gravité du patient après le premier examen clinique selon certains critères (*Cf annexe n°5*).

## **2. Méthode**

### **2.1. Type de l'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, réalisée en monocentrique au SAU du CHD de La Roche-sur-Yon.

Par souci de cohérence avec l'organisation du service, une journée s'entend de 8h du matin à 8h le lendemain matin (*exemple : le lundi 15 juillet commence à 8h et se termine le mardi 16 juillet à 8h*).

### **2.2. Recueil de données**

Les patients sont recrutés jour et nuit, week-end compris.

Le questionnaire est complété de manière anonyme par le patient qui n'a pas connaissance du volet médical.

Le patient arrive aux urgences et procède à son enregistrement administratif auprès des agents d'accueil. L'IAO, après l'interrogatoire et la prise des constantes vitales du patient, lui présente le questionnaire le cas échéant.

### **2.2.1. Critères d'inclusion**

Le questionnaire est distribué selon les critères d'inclusion suivants :

- Patient majeur,
- Patient se présentant spontanément aux urgences, non adressé par un médecin.

### **2.2.2. Critères d'exclusion**

- Patient refusant de participer à l'étude,
- Patient mineur ou sous tutelle,
- Patient admis directement en SAUV avec une détresse vitale,
- Problème de compréhension de la langue française.

Le patient remplit le questionnaire après avoir été orienté dans sa zone de soins adéquat (Circuit médico-chirurgical, Circuit court).

Lorsque le patient quitte le service des urgences, son dossier est clôturé sur le logiciel RESURGENCE. Le médecin en charge du patient, senior ou interne, complète alors le volet médical.

Les questionnaires remplis sont ensuite déposés dans un casier dédié, présent dans les deux salles de soins.

## **2.3. Traitement des données**

Les données sont incrémentées dans un tableur LibreOffice Calc.

La distance et le temps de trajet entre le domicile (ou lieu de départ) du patient et le CHD de La Roche-sur-Yon ont été calculés à l'aide de Google Maps (le trajet choisi pour l'analyse des données est celui le plus court en temps proposé par l'application).

Les données concernant la durée totale du passage dans le service ainsi que le délai de 1<sup>ier</sup> contact médical sont issues des registres du logiciel RésUrgences.

Les calculs statistiques et les graphiques sont effectués à l'aide du logiciel LibreOffice Calc.

Le projet d'étude a été enregistré dans le registre CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) du CHD de Vendée.

## **3. Objectifs de notre étude**

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la pertinence des consultations spontanées dans notre service d'urgence.

Afin d'affiner notre questionnement, nous nous sommes intéressés au nombre et aux types d'examen complémentaires prescrits pour ces patients, le cas échéant.

Nous avons également cherché à savoir quelle part de ces patients s'adresse aux urgences faute de pouvoir consulter un médecin généraliste.

# RÉSULTATS

## 1. Données générales

### 1.1. Fréquentation des urgences de La Roche-sur-Yon (semaine 29)

Durant la semaine de l'enquête, soit entre le lundi 15 juillet à 8h00 et le lundi 22 juillet à 8h00, le nombre de patients majeurs admis aux urgences adultes de La Roche-sur-Yon était de 873.

La moyenne quotidienne de passages aux urgences était de  $124,7 \pm 13,1$  passages par jour.

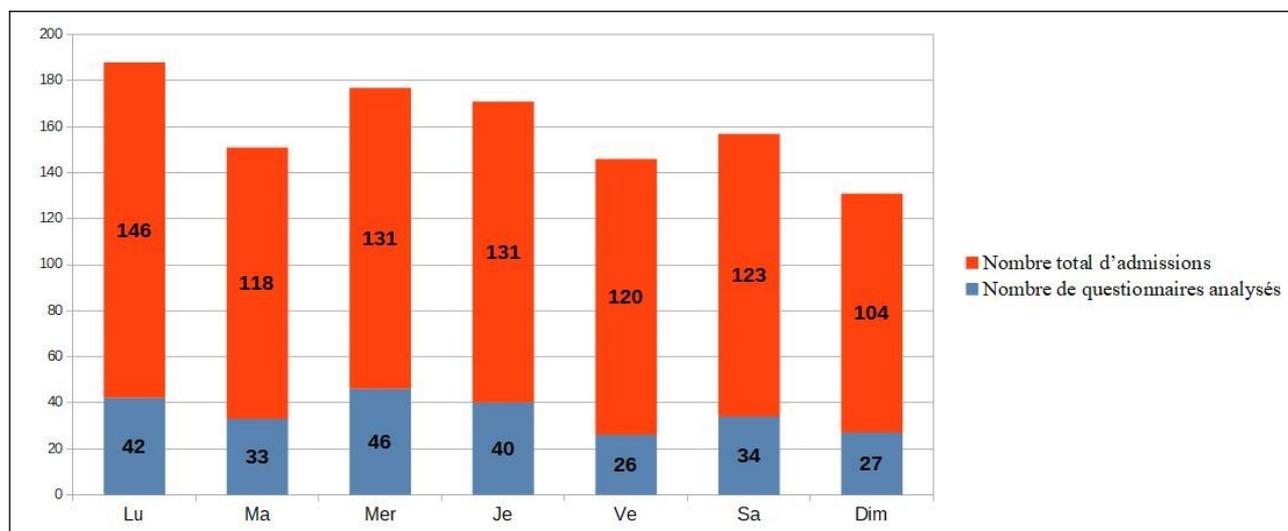
Le pic d'admissions a été atteint le lundi 15 juillet avec 146 passages. Le minimum a été atteint le dimanche 21 juillet avec 104 passages.

### 1.2. Diagramme de flux

Au cours de cette semaine, le questionnaire a été proposé à 274 patients (31,4% des patients majeurs) se présentant spontanément aux urgences du CH de La Roche-sur-Yon, parmi ceux-ci, 26 ont dû être exclus pour les raisons suivantes :

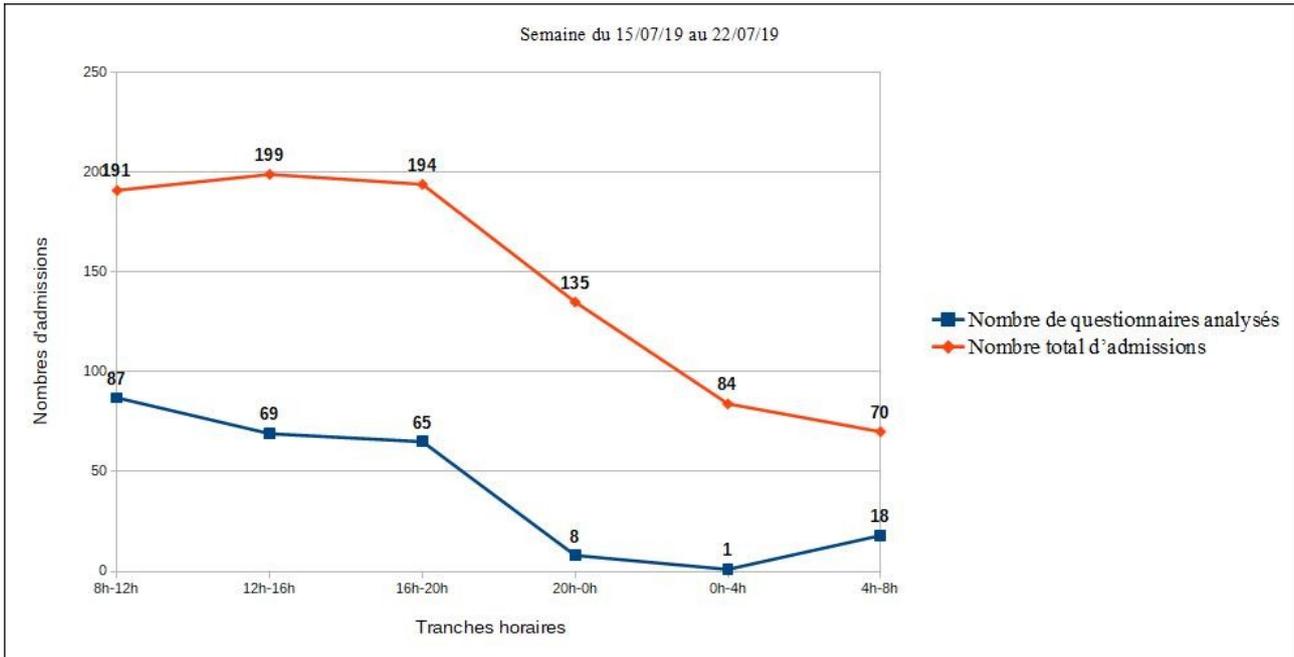
- 8 patients ont refusé de participer à l'enquête,
- 5 patients ont été admis en SAUV dès leur arrivée,
- 8 patients ne parlaient pas français,
- 5 patients n'ont pas rendu leur questionnaire.

Au terme de la semaine d'enquête nous avons analysé 248 questionnaires, soit 28,4 % des patients âgés de plus de 18 ans ayant consulté aux urgences.



**Figure n°4 : Répartition des questionnaires analysés parmi le nombre total d'entrées**

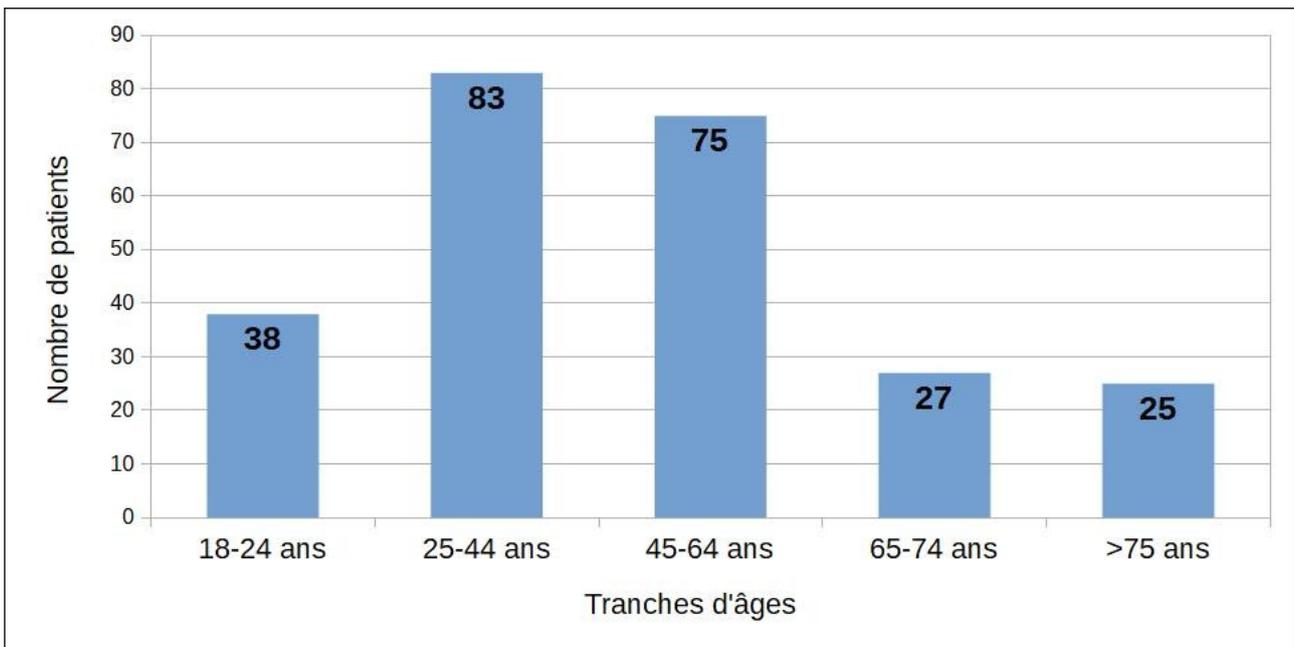
On constate que la grande majorité des patients se présentant spontanément dans notre service d'urgence sont admis aux heures ouvrables, soit entre 8h et 20h.



**Figure n°5 :** Répartition du nombre de questionnaires analysés et du nombre d'admissions total par tranche horaire

## 2. Épidémiologie de la population étudiée

La population de notre étude est majoritairement masculine avec un sexe-ratio à 1,3. L'âge moyen des patients était de  $46,7 \pm 19,0$  ans.



**Figure n°6 :** Répartition des patients de l'étude par tranche d'âges

Les patients de l'enquête ont parcouru une distance moyenne de  $21,8 \pm 18,6$  km (max 78 km).

La durée du trajet entre leur lieu de résidence et l'hôpital est en moyenne de  $20,2 \pm 15,0$  min (max 74 min).

La population de notre étude est domiciliée en Vendée dans 83,9 % des cas.

Parmi notre population d'étude, 163 patients (65,7 %) ont pour hôpital de secteur le CH de La Roche-sur-Yon parmi lesquels 69 (27,8%) résident à La Roche-sur-Yon.

Les hôpitaux de proximité des autres patients se répartissent de la manière suivante :

CH* de proximité	n (%)
La Roche-sur-Yon	163 (65,7)
Challans	25 (10,1)
Les Sables d'Olonne	18 (7,3)
Montaigu	9 (3,6)
Cholet	4 (1,6)
Luçon	3 (1,2)
Fontenay-le-Comte	3 (1,2)
NC**	23 (9,3)

*Tableau n°1 : Répartition des patients selon leur centre hospitalier de proximité*

\*Centres hospitaliers

\*\* Non communiquées : Patients de passages dans le département, ayant indiqué leur lieu de domicile annuel et non celui en Vendée au moment de leur problème de santé.

### 3. Résultats de l'étude

#### 3.1. Pertinence de la consultation aux urgences

##### 3.1.1. Point de vue de l'urgentiste

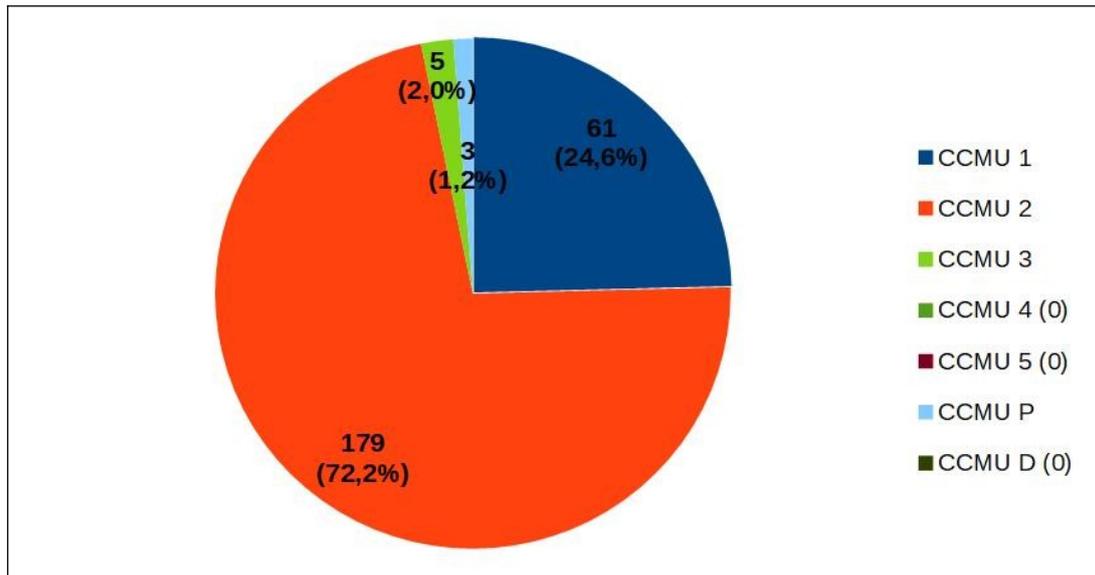
Selon le médecin ayant pris en charge le patient, la consultation dans un service d'urgence était appropriée dans 112 cas sur 248.

Critères	n (%)
Nombre de consultations aux urgences appropriées	112 (45,2)
Nombre d'hospitalisations	34 (13,7)
Patients ayant bénéficié d'au moins un examen complémentaire	162 (65,3)

*Tableau n°2 : Répartition des patients selon les critères de pertinence de la consultation aux urgences*

Nous allons détailler les autres critères de pertinence de la consultation.

### 3.1.2. CCMU



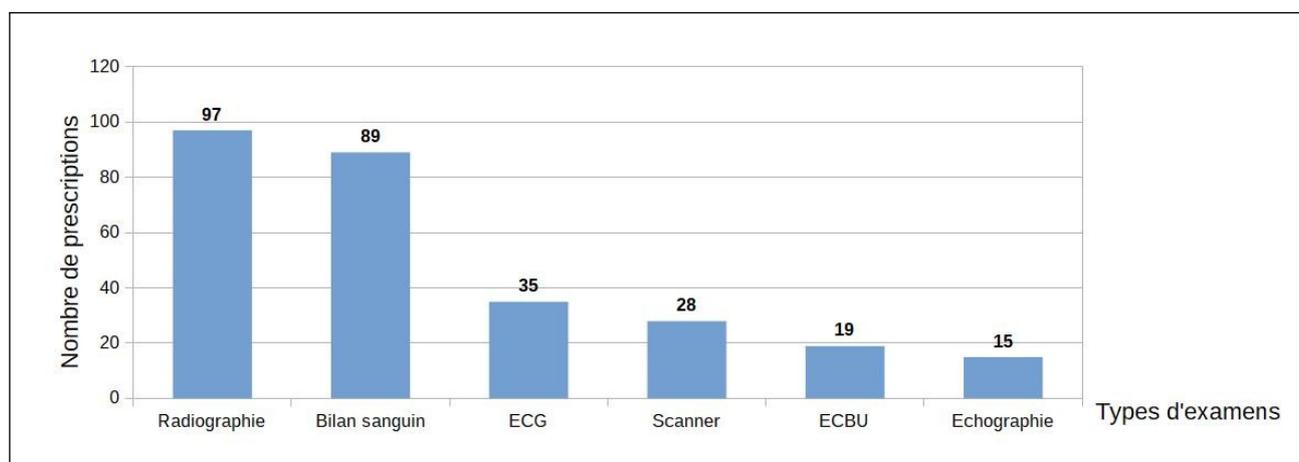
**Figure n°7:** Répartition des patients selon leur Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

A noter que 24,6% des patients n'ont justifié d'aucun traitement ni d'aucun examen complémentaire.

### 3.1.3. Examens complémentaires

Parmi les 248 patients de l'étude, 162 (69,3%) ont eu un examen complémentaire parmi lesquels 39 (15,7%) en ont eu au moins 2.

La répartition des examens complémentaires est la suivante :



**Figure n°8 :** Nombres et types d'examens prescrits aux patients de l'étude

### 3.1.4. Mode de sortie des urgences

Le mode de sortie des urgences a surtout été un retour à domicile (179 patients (72,2 %)). Les 69 autres patients sont sortis des urgences selon les modalités suivantes :

Mode de sortie	n (%)
Retour à domicile	179 (72,2)
Hospitalisé	34 (13,7)
PDSA* (116-117)	10 (4,0)
Consultation spécialisée	9 (3,6)
Parti sans attendre	8 (3,2)
Autre centre de soin	6 (2,4)
Contre avis médical	2 (0,8)

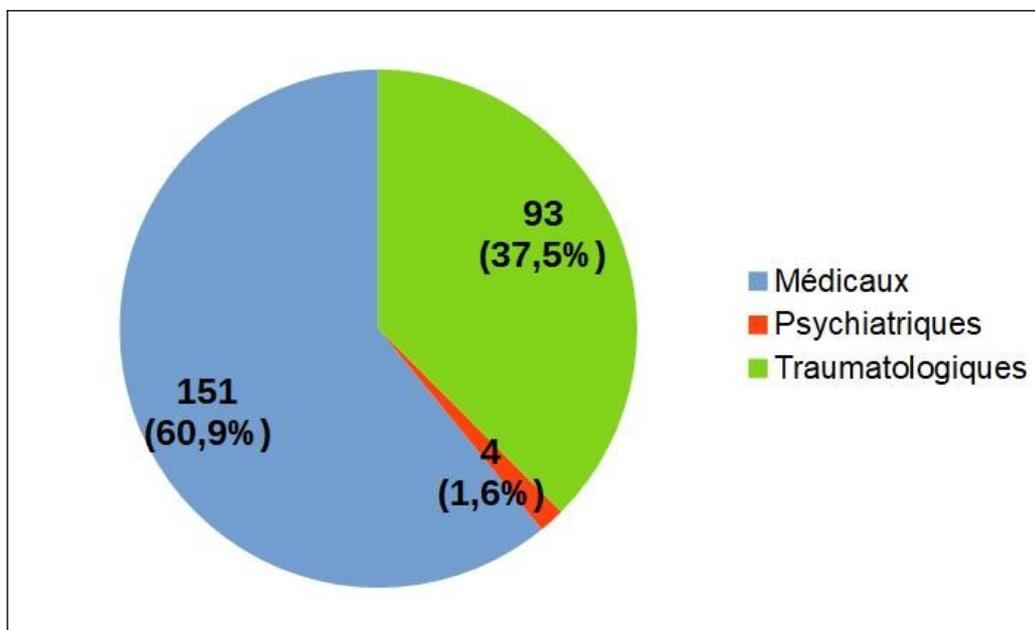
*Tableau n°3 : Répartition des patients selon leur mode de sortie*

\*Permanence Des Soins Ambulatoires

Il est intéressant de noter que 9 patients ont été ré-orientés dès l'accueil vers une consultation spécialisée (ophtalmologue, chirurgien viscéral).

### 3.2. Motifs de consultation

Les motifs de recours de notre population d'étude peuvent se distinguer en 3 catégories :



*Figure n°9 : Répartition des motifs de consultation dans la population d'étude*

<b>Liste exhaustive des motifs de consultation</b>	<b>n</b>
Traumatisme et/ou douleur de membre	64
Douleur abdominale	33
Plaie	19
Problème urologique (cystite, pyélonéphrite, colique néphrétique, rétention d'urine)	18
Dorsalgie	17
Problème ORL (tuméfaction cervicale, otalgie)	11
Douleur thoracique	10
Problème ophtalmologique	9
Traumatisme crânio-facial	8
Éruption cutanée	7
Céphalée	6
Trouble neurologique (dysphasie, paresthésie)	6
Douleur dentaire	5
Brûlure	4
Fièvre isolée	4
Syndrome anxio-dépressif, trouble du comportement, addictologie	4
Toux, dyspnée	4
Rectorragie	3
Vertige	3
Asthénie et/ou Malaise	2
Demande de certificat de coups et blessures	2
Douleur diffuse	2
Problème proctologique	2
Suspicion de phlébite	2
Renouvellement d'ordonnance	1
Syndrome de sevrage (éthylque et psychotrope)	1
Vomissement gravidique	1

*Tableau n°4 : Liste exhaustive des motifs de consultation*

### 3.3. Ressentis des patients

#### 3.3.1. Urgence et gravité de leur situation

Sur une échelle de 0 à 10, l'EVA moyenne du **degré d'urgence** ressenti par les patients était de  $5,8 \pm 2,1$ . Le **degré de gravité** ressenti était de  $5,4 \pm 2,1$ .

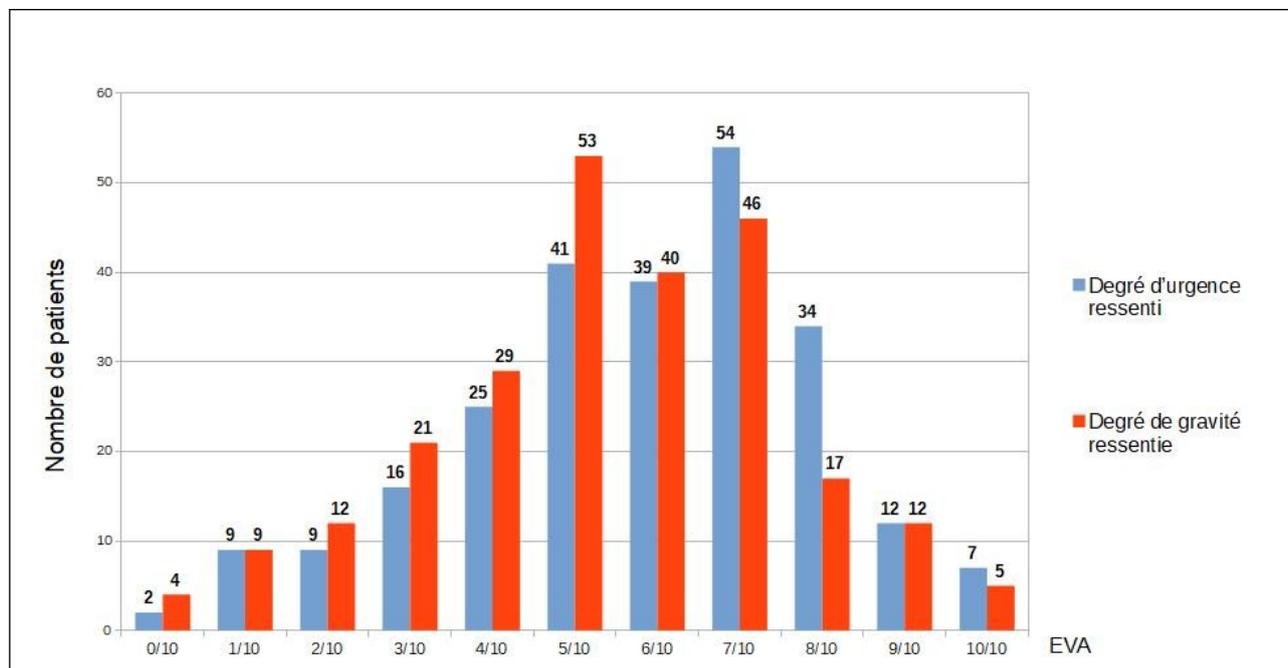


Figure n°10: Répartition des degrés d'urgence et de gravité ressentis

#### 3.3.2. Attentes des patients

Les patients consultant spontanément aux urgences de La Roche-sur-Yon attendent de leur consultation :

Attentes des patients	N (%)
Être soulagé	163 (65,7)
Prise en charge rapide	127 (51,2)
Bénéficiaire d'examens complémentaires	97 (39,1)
Bénéficiaire d'une consultation avec un spécialiste	54 (21,8)
Pouvoir consulter à n'importe quel moment	34 (13,7)
Bilan ou réponses pour un problème ancien	32 (12,9)
Bénéficiaire d'un geste technique	30 (12,1)
Obtenir un second avis	23 (9,3)
Prise en charge plus rapide que chez le médecin traitant	23 (9,3)
Pas d'avance de frais médicaux	14 (5,7)
Être hospitalisé	7 (2,8)

Tableau n°5 : Répartition des attentes des patients consultant spontanément aux urgences

### 3.4. Durées de prise en charge

#### 3.4.1. Délai avant la consultation

Pour 96 de nos patients (38,7 %), les symptômes ont débuté 12h avant la consultation aux urgences.

Délais depuis le début des symptômes	n (%)
< 12h	96 (38,7)
Dans les 12h à 24h	60 (24,2)
2-6 jours	52 (21)
> 6 jours	40 (16,1)

*Tableau n°6: Délais entre le début des symptômes et la consultation aux urgences*

#### 3.4.2. Délais de prise en charge aux urgences

Durant la semaine de l'étude, la durée de présence aux urgences de nos patients était en moyenne de 5h13min  $\pm$  3h47min avec une médiane à 4h19min.

Le temps de passage le plus court était de 9 minutes (pour un patient ré-adressé vers la PDSA) et le plus long était de 26h19min (pour un patient hospitalisé).

Le délai moyen avant le 1<sup>er</sup> contact médical était de 2h14min  $\pm$  1h37min avec une médiane à 1h57.

Le délai minimum était de 5 minutes pour un patient réorienté vers la PDSA et le maximum a été de 10h49min pour un patient admis pour des céphalées chroniques.

### 3.5. Parcours de soins avant la consultation aux urgences

#### 3.5.1. Accessibilité aux professionnels de santé

Parmi les patients de notre étude, 205 (82,7 %) ont déclaré avoir un médecin traitant. Parmi eux, 171 (69%) étaient domiciliés en Vendée.

Près de 69 % de l'échantillon (171 patients) n'ont pas cherché à contacter un professionnel de santé avant de se rendre aux urgences.

### 3.5.1.1. Professionnels de santé contactés

Les professionnels de santé contactés par 31 % de notre population étaient :

Professionnels de santé contactés	n (%)
Un médecin généraliste	43 (17,3)
Un pharmacien	11 (4,4)
Le 116-117	3 (1,2)
Le 15	3 (1,2)
Autre	17 (6,9)

*Tableau n°7 : Professionnels de santé contactés en amont de la venue aux urgences*

Il est intéressant de noter que 43 patients (17,3 %) ont cherché en vain à contacter un médecin généraliste.

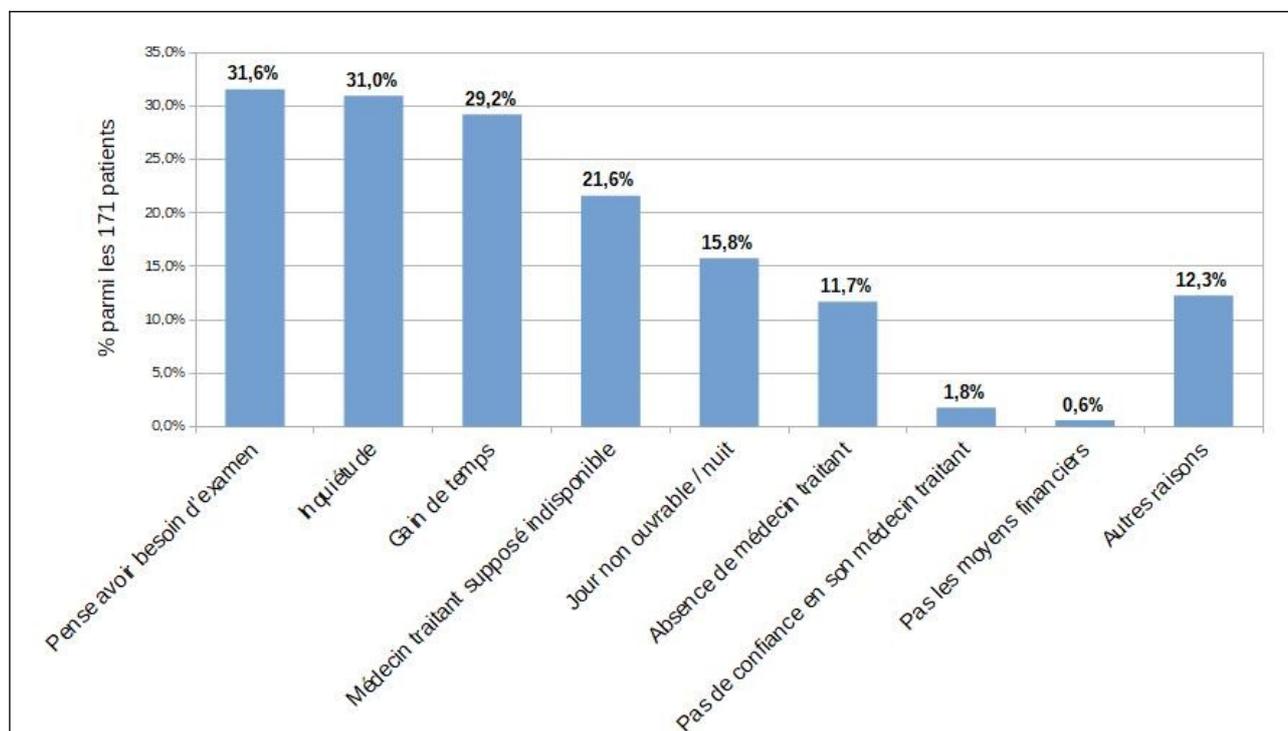
Un des patients ayant appelé le 116-117 a précisé ne pas avoir été satisfait du conseil médical donné par le médecin.

Les autres professionnels de santé contactés par les patients étaient :

Autres professionnels de santé	n
Cabinet de soins infirmiers	5
Secrétariat de service hospitalier	5
Médecin dans la famille	2
Dentiste	1
Médecin du travail	1
Ostéopathe	1
Secouriste du travail	1
Service d'urgence	1

*Tableau n°8 : Autres professionnels de santé contactés en amont de la venue aux urgences*

Les raisons avancées par les 171 patients n'ayant pas contacté de professionnel de santé avant leur passage au SAU sont réparties dans le diagramme ci-dessous :



**Figure n°11:** Raisons avancées par 171 patients n'ayant pas cherché à contacter un professionnel de santé avant leur venue aux urgences

Parmi les raisons « Autres » on retrouve :

- De passage dans la région,
- Début brutal du symptôme
- Conseil de revenir aux urgences donné lors d'un précédent passage.

### 3.5.1.2. Connaissance du 116-117

Deux tiers des patients interrogés ne connaissaient pas le 116-117.

Connaissez-vous le 116-117 ?	n (%)
Non	166 (66,9)
Oui, a déjà appelé	30 (12,1)
Oui mais n'a jamais appelé	52 (21)

**Tableau n°9 :** État des connaissances des patients concernant le n°116-117

### 3.5.2. Antériorité de passages aux urgences

Près de la moitié des patients avaient déjà consulté dans un service d'urgence au cours des 12 derniers mois.

Nombre de consultations dans un SAU* au cours des 12 derniers mois	N (%)
Aucune	130 (52,4)
1 consultation	53 (21,4)
2 consultations	32 (12,9)
3 consultations	21 (8,5)
4 consultations	6 (2,4)
Plus de 5 consultations	6 (2,4)

*Tableau n°10 : Antériorité de passages aux urgences parmi les patients de l'étude*

\*Service d'Accueil des Urgences

# DISCUSSION

## 1. Apports de notre étude

### 1.1. Les consultations spontanées étaient-elles appropriées ?

Seules 45,2 % des consultations spontanées aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon étaient jugées appropriées par les médecins prenant en charge ces patients.

La proportion de dossiers cotés CCMU 1 (24,6% des cas) renforce l'idée qu'une part non négligeable des consultations aurait pu être pris en charge en ambulatoire.

Cette proportion est légèrement supérieure par rapport aux chiffres de 2013 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)<sup>31</sup>. Cette étude mentionnait qu'un passage sur cinq dans un SAU était classé CCMU 1, ce qui représenterait 3,6 millions de patients par an pouvant être réorientés vers une prise en charge en ville.

D'après la Cour des Comptes<sup>27</sup>, les économies brutes réalisées par ces réorientations pourraient être de l'ordre de 500 millions d'euros par an (en dehors des investissements dans l'aménagement des soins ambulatoires pour anticiper cet afflux de patients). Dans son dernier rapport<sup>23</sup>, la Cour des Comptes rappelait que le coût d'une consultation CCMU 1 en journée était de 115€ pour l'assurance maladie alors qu'une consultation de ville en journée coûtait 25€.

La non pertinence des consultations spontanées aux urgences est renforcée par la faible proportion de patients hospitalisés (13,7%) dans notre étude.

La majorité des consultations (72,2%) était cotée CCMU 2. Ceci s'explique par la prescription d'examen complémentaires qui ne rend pas forcément la consultation aux urgences appropriée. En effet, un grand nombre de ces examens paracliniques (radiographies, biologies sanguines, ECBU) peut être réalisé en ambulatoire. La problématique repose ici sur les délais d'obtention de ces examens (notamment pour l'imagerie) qui sont importants voire déraisonnables en Vendée, du fait d'une offre limitée sur le territoire.

### 1.2. Motivations de la consultation aux urgences du CHD de La Roche-sur-Yon

La liste des motifs de consultation (*Cf tableau n°4*) montre que les patients se rendent majoritairement aux urgences pour prendre en charge une douleur ou un traumatisme.

Beaucoup de traumatismes ont eu lieu soit sur le lieu de travail soit sur la voie publique. Le recours à un service d'urgence s'explique dans ces cas par la nécessité supposée d'une imagerie.

La démarche de venir aux urgences sans contact préalable avec un professionnel de santé était justifiée en partie par ce besoin d'examen.

Ce sentiment d'avoir besoin d'examen était retrouvé chez 36,9 % de la population de patients ayant eu recours aux urgences durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux en Flandres.<sup>32</sup>

L'attente de nos patients concernant leur venue au SAU étaient d'être soulagés pour 65,7 % d'entre eux et d'être pris en charge rapidement pour 51,2 %.

Une étude des déterminants du recours sans avis médical préalable aux urgences du CHU d'Angers et du CH de Saumur<sup>33</sup> avait montré que la motivation de la venue aux urgences était d'être immédiatement soulagé dans 57 % des cas et que 61 % des patients pensaient que leur problème de santé ne pouvait pas être géré par un généraliste.

Notre service a pris en charge majoritairement des patients résidant dans le bassin de population à proximité du CHD de La Roche-sur-Yon (72,4%). On constate aussi que 11,1 % des patients ont consulté notre service alors qu'ils étaient plus proches du SAU de Challans par exemple.

On peut considérer que la richesse du plateau technique du site (réanimation polyvalente, coronarographie, pluridisciplinarité chirurgicale) peut attirer les patients désireux d'une certaine expertise. L'étude de la DREES<sup>31</sup> a montré que 2/3 des patients consultaient aux urgences du fait de la facilité d'accès et de la disponibilité de son plateau technique.

De plus, les délais d'attente supposés ou constatés par les patients dans les autres CH ou une mauvaise expérience vécue ou rapportée peut motiver leur venue dans notre service. Il serait intéressant de réitérer cette enquête dans les autres SAU de Vendée.

De même, il aurait été intéressant de demander aux patients les raisons pour lesquelles ils ont préféré consulter à La Roche-sur-Yon plutôt que dans leur hôpital de proximité. La finalité serait de mieux répartir sur le territoire l'afflux de patients consultant spontanément les services d'urgence.

### **1.3. La démographie médicale est-elle la cause des consultations spontanées ?**

Les consultations sans avis médical préalable ont représenté 28,4 % du nombre total de patients majeurs admis au SAU de La Roche-sur-Yon durant la semaine d'étude.

Ce chiffre est moins important que dans les études réalisées récemment aux urgences du CHU de Nantes (37 %) <sup>34</sup> et du CH de Saint-Nazaire (41,6 %) <sup>35</sup> alors que ces territoires sont mieux dotés en médecins généralistes <sup>36</sup> et en structures permettant la prise en charge des soins non programmés (SOS médecins...).

Au niveau de la région Pays de la Loire <sup>37</sup>, le taux de recours aux urgences sans avis médical représente 41 % des admissions. Ce taux est supérieur à celui de notre étude mais peut s'expliquer par une plus faible densité d'omnipraticiens dans les départements de la Mayenne et de la Sarthe (6,6 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 7 en Vendée). <sup>36</sup>

Dans l'absolu, le manque de médecins généralistes en Vendée et à La Roche-sur-Yon n'explique pas le recours spontané des patients dans notre SAU. En effet, la majorité des patients domiciliés en Vendée (69%) ont déclaré être suivi par un médecin traitant. Néanmoins, une enquête internationale portant sur les systèmes de soins primaires dans 34 pays (France exclue) <sup>38</sup> a montré que les patients suivis régulièrement par un médecin généraliste avaient un risque plus faible, mais non significatif, d'être admis dans un SAU (OR 0,91 - IC95 % [0,83 ; 1,0]).

#### **1.4. L'indisponibilité des médecins généralistes en cause ?**

Le médecin traitant était supposé indisponible (en congé, en formation etc...) par 21,6 % des patients n'ayant pas cherché à joindre un professionnel de santé. Parmi les patients ayant fait la démarche de contacter un médecin, 17,3 % n'avait pas réussi à joindre leur généraliste.

Dans une étude réalisée à Marseille<sup>39</sup>, en l'absence de leur médecin, les patients qui avaient un problème ne relevant pas de l'urgence en journée privilégiaient quand même la médecine de ville dans 87,6 % des cas.

Ils cherchaient à consulter un remplaçant, SOS médecin ou attendaient le retour de leur généraliste.<sup>34</sup>

En dehors des horaires d'ouvertures des cabinets médicaux, 24,8 % de leur effectif<sup>39</sup> avait recours à un dispositif d'urgence avec en priorité un SAU. La moitié de ces derniers avait reconnu préférer la médecine ambulatoire.

D'après l'étude de la DREES<sup>31</sup>, la non disponibilité du médecin traitant ne représentait que 10 à 16 % des motifs de consultation spontanée aux urgences.

On peut supposer que le mode d'exercice des médecins généraliste s'est transformé depuis 2003 avec notamment de plus en plus de temps partiels et de plus en plus de collaborations chez les jeunes généralistes avec moins d'installations et donc un suivi médical des patients moins efficient.

#### **1.5. Les services d'urgences, substituts de la médecine de ville**

Les consultations spontanées mesurées dans notre étude ont eu lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux. La population de notre étude était composée majoritairement de patients âgés entre 25 et 64 ans faisant donc partie de la population professionnellement active. On peut donc imaginer qu'il leur est difficile de trouver un rendez-vous de médecine générale en dehors des heures « ouvrables » surtout pour des consultations de soins non programmés.

Pour aller dans ce sens, la DREES<sup>31</sup> rappelait que le taux de recours aux services d'urgence est plus bas dans les communes où la part de consultations en permanence des soins est plus élevée.

L'étude de Van den Berg<sup>38</sup> sur l'accessibilité aux soins primaires dans les pays occidentaux valide cette hypothèse. Des horaires de consultation trop restrictifs rendaient significativement plus fréquentes les consultations aux urgences (OR 1,17). Les patients trouvant difficile de se rendre chez leur médecin traitant avaient un risque significativement plus important de consulter aux urgences (OR 1,09). De même, lorsque les médecins ont pu organiser des consultations en dehors des heures « ouvrables », il n'y avait pas d'association significative avec le risque de consulter aux urgences (OR 1,02 – IC95 % [0,96 ; 1,08]).

En Espagne, dans la zone rurale de Huelva le nombre de patients admis aux urgences de l'hôpital local<sup>40</sup> a augmenté de 20 % en 3 ans depuis la fermeture de plusieurs centres de soins primaires de la région en 2009. Ces recours aux urgences étaient spontanés dans 80 % des cas. Pour un même degré d'urgence, le risque d'une admission spontanée au SAU de l'hôpital local était de 61,4 % pour les patients éloignés d'un centre de soins primaires contre 46,6 % pour les patients habitant proches. Ce risque est identique pour des motifs moins urgents.

## **1.6. Urgence ressentie**

L'urgence et la gravité supposées des motifs de recours aux urgences de notre population ont été cotés respectivement à 5,8/10 et 5,4/10. Cette urgence ressentie peut expliquer en partie le recours à service d'urgence mais contraste avec le faible nombre de patients hospitalisés et le nombre de dossiers CCMU 1.

L'étude marseillaise réalisée en 2002<sup>39</sup>, avait mis en évidence que le ressenti de l'urgence de la situation influe sur la rapidité le recours à un système d'urgence. Ainsi, 70,5 % des patients ressentant leur situation médicale comme urgente ont eu recours à un système d'urgences dont la moitié s'était rendue directement dans un SAU.

Dans notre étude, malgré l'urgence et la gravité ressenties, la décision de consulter aux urgences intervenait après 12h d'évolution des symptômes dans plus de 60 % des cas.

Une étude multicentrique allemande<sup>41</sup> portant sur l'augmentation du recours aux urgences des patients ne relevant pas de soins urgents, a trouvé que les patients ressentant une urgence minime consultaient plus souvent les SAU quand leur médecin traitant était indisponible (28,9 % des cas). Ces patients consultaient aussi aux urgences car leurs symptômes progressaient ou leur intensité se majorait. Mais plus de la moitié des 1 175 patients de l'étude, notamment les plus jeunes, avait reconnu que leur état de santé ne relevait pas de l'urgence.

L'éducation à la santé et à l'utilisation des moyens d'urgences pourrait être un levier d'action pour réduire les recours spontanés aux services d'urgence.

## **1.7. Temps de prise en charge des consultations spontanées**

Une prise en charge rapide aux urgences était espérée par 51,2 % des patients. Force est de constater que les délais de prise en charge ne correspondaient pas à cette attente au vu du temps moyen passé dans notre service (5h13min) et du délai moyen du 1<sup>ier</sup> contact médical (2h14min).

Il est évidemment plus rapide de se rendre dans un SAU que d'attendre un rendez-vous chez un médecin généraliste qui prescrira éventuellement des examens complémentaires qui seront interprétés dans un second temps. La sanction thérapeutique intervient donc plus tardivement.

Un quart de nos patients n'ont pas eu d'examen paraclinique (CCMU 1) et auraient probablement eu un bénéfice à être pris en charge en ambulatoire.

L'idée d'une prise en charge rapide aux urgences semble ancrée dans l'imaginaire collectif puisque d'après l'étude d'envergure de Van den Berg<sup>38</sup>, le 3<sup>ème</sup> motif de consultation au SAU est de penser que l'attente sera moins longue aux urgences que chez le médecin généraliste.

## **1.8. La régulation médicale, un levier d'action pour diminuer les recours spontanés**

Peu de patients (31%) ont cherché à contacter un professionnel de santé, notamment le 15 ou le 116-117 (respectivement 1,2% et 1,2 %). Cela montre qu'une partie de la population n'est pas sensibilisée à l'utilisation des numéros d'urgences et à la régulation médicale.

La méconnaissance du numéro de la PDSA pour 66,9 % de notre population nous semble importante à souligner alors que 15,8 % des patients ont déclaré ne pas avoir cherché à contacter un professionnel de santé en raison de l'horaire non ouvert de la survenue de leurs symptômes.

Une meilleure connaissance du 116-117 aurait peut être pu éviter certains passages dans notre SAU.

## **2. Forces et faiblesses de notre étude**

### **2.1. Forces de l'étude**

Nous avons inclus 248 patients soit 90,5 % des patients respectant les critères d'inclusion. Le fait que l'investigateur de l'étude ait été présent chaque jour de 8h à 21h, a permis une distribution efficace des questionnaires. Ces derniers ont été correctement remplis par les patients (le doute des patients concernant certaines questions pouvait être levé par l'investigateur) ce qui a pu augmenter le nombre de questionnaires analysés.

La population étudiée était représentative de la population vendéenne puisque le biais supposé des vacanciers n'ayant pas de médecin traitant en Vendée était limité avec 16,1 % de patients ne résidant pas dans le département.

L'appréciation de la pertinence de la consultation aux urgences par nos médecins nous semble intéressante et pertinente puisque la majorité des urgentistes exerçant au CHD de la Rochesur-Yon ont, pour la majorité, une formation initiale de médecine générale avec au moins 6 mois passés chez un médecin généraliste. Les médecins de notre service d'urgence ont donc une certaine expertise quant à ce qui peut être pris en charge en ambulatoire et ce qui peut être traité aux urgences.

Les critères principaux et secondaires étaient objectifs grâce à l'utilisation de la classification CCMU et le recensement des patients hospitalisés. Ces données n'ont pas été soumises à l'interprétation des médecins.

### **2.2. Faiblesses de l'étude**

#### **2.2.1. Biais de sélection**

La durée de l'étude était restreinte à une semaine durant le mois de juillet 2019, ce qui ne permet pas d'extrapoler le nombre de passage et le type d'activité sur toute l'année. De plus, la période d'inclusion était en dehors de tout épisode épidémique (grippe hivernale, gastro-entérite virale...) pouvant alors sous-estimer le nombre de passages journaliers et surestimer la non pertinence des consultations spontanées dans notre service d'urgence.

Il aurait été intéressant d'élargir la période de recueil de données notamment sur la période hivernale pour gagner en représentativité de cette population.

Le nombre de questionnaires analysés dans notre étude suit globalement la même répartition que le nombre d'admissions total selon les différentes tranches horaires. Mais on constate qu'il devient quasi-nul après 20h. Ceci s'explique peut être par l'absence de l'investigateur de l'étude après 21h, en dépit des explications fournies par ses soins à l'IAO de nuit tous les soirs de l'étude, notamment les nuits de grande affluence.

### **2.2.2. Biais déclaratif**

Les données extraites du questionnaire « patient » sont soumises à un biais déclaratif. Certaines informations sont difficilement vérifiables notamment concernant leur démarche de soins avant leur passage aux urgences ou leurs consultations antérieures dans un service d'urgence. Néanmoins, on comprendrait mal pourquoi le patient mentirait sur ses déclarations.

## **3. Ouvertures et pistes d'amélioration**

Nous avons vu que la majorité des patients de notre étude était suivie par un médecin traitant, leur venue au SAU était dans ces cas liée à l'indisponibilité de ce dernier pour les prendre en charge rapidement. Il serait intéressant de comparer les délais de rendez-vous d'autres régions ayant une densité d'omnipraticiens plus importante que notre département et d'en analyser l'impact sur l'activité de leurs SAU.

Un point important souligné par notre étude est le nombre élevé de patients qui ne connaissaient pas le numéro d'appel de la PDSA (le 116-117). Bien que la majorité des patients de notre étude ait consulté au SAU durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, une part des patients dont les symptômes ont débuté dans les 12h avant leur venue aux urgences aurait pu bénéficier d'une consultation ou d'un avis médical.

Deux ans depuis la mise en place du 116-117, celui-ci n'est toujours pas ancré dans les habitudes de consommation de soins des patients. Une meilleure promotion dans les médias (au niveau local notamment) et une nouvelle campagne d'information dans les cabinets médicaux, pharmacies, EHPAD, médecine du travail pourraient être bénéfiques.

La moitié des motifs de consultation spontanée dans notre service d'urgence aurait pu être prise en charge en ambulatoire et relevait de soins non programmés. Il serait intéressant de mettre en place des structures prenant en charge en journée ces motifs, notamment dans les zones à faible densité de médecins généralistes (dans l'est du département par exemple). Ces dispositifs existent dans certaines régions peu pourvues en médecins généralistes (exemples de Thouars ou Parthenay dans les Deux-Sèvres). Les soins non programmés sont pris en charge par des médecins généralistes ou urgentistes qui ont souvent la possibilité de réaliser des radiographies standards et des bilans sanguins. Les temps de prise en charge sont largement moindres que dans un SAU avec dans certains centres une durée moyenne de prise en charge de 51 minutes.<sup>42</sup>

Dans notre service, le MAO peut être occupé sur d'autres prises en charge, notamment des urgences vitales en SAUV. Il pourrait être intéressant de créer un poste de MAO dédié uniquement à l'orientation des patients et aux consultations de soins non programmés.

La création des circuits courts (présents dans notre service d'urgence) avait déjà permis une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) des services d'urgence<sup>28</sup> mais celle-ci dépend du recours aux ressources extérieures (avis spécialisés, examens complémentaires).

Cette DMS pourrait être encore raccourcie par la présence en journée, au sein d'un circuit ultra-court, d'un médecin généraliste pouvant gérer les patients CCMU 1 et les soins non programmés.

# CONCLUSION

L'augmentation du nombre de passages dans le service des urgences du CHD de La Roche-sur-Yon dans un contexte de diminution de la démographie médicale dans le département nous a conduit à étudier les motifs de recours spontané et leur pertinence.

Ces consultations représentent une part non négligeable de l'activité du service. Celles-ci ne sont pas appropriées dans la plupart des cas.

En effet, la grande majorité de ces consultations n'ont pas abouti à une hospitalisation et un quart des patients n'ont pas eu d'examen complémentaire.

La venue aux urgences de ces patients était motivée par la prise en charge rapide d'un symptôme douloureux évoluant depuis plus de 24 heures ainsi que le besoin supposé d'exams complémentaires.

Les services d'urgence semblent se substituer à la médecine générale au prix d'un temps de prise en charge plus long pour le patient par rapport à une consultation avec un omnipraticien.

Dans un avenir proche, la vague de départs à la retraite de nombreux praticiens du département risque d'accroître le phénomène.

Il nous paraît important que l'information de la population sur les moyens de joindre la permanence des soins ambulatoires soit mieux diffusée. Une meilleure éducation à la santé et à la régulation médicale nous paraît être un levier d'action important pour éviter les recours inappropriés aux services d'urgences.

Le développement dans le département de centres de soins non programmés, ouverts en journée, nous semble être une solution pertinente pour alléger les services d'urgences.

Au sein de notre service, la création d'une filière ultra-courte pour la prise en charge des patients CCMU 1 permettrait de décharger du temps et des ressources humaines pour la prise en charge de patients relevant des soins d'urgence.

La problématique décrite n'est pas spécifique à notre hôpital. Suite au vaste mouvement de grève ayant touché les services d'urgences cet été, une mission gouvernementale est en cours (mission Carli-Mesnier). Nous en attendons avec impatience les propositions et ne doutons pas qu'elles résoudront efficacement nos difficultés.

# BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. **Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018**. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3292622/dep85.pdf>
2. La Roche-sur-Yon Agglomération. **L'agglomération**. [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.larochesuryon.fr/la-ville-et-lagglomeration/lagglomeration/>
3. ORS Pays de la Loire. **Démographie des Médecins en Pays de La Loire – Généralistes**. [Internet]. Mars 2019. Disponible sur: [https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/LSO\\_Demographie\\_Prof/2019\\_8\\_med\\_spe\\_generalistes.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/LSO_Demographie_Prof/2019_8_med_spe_generalistes.pdf)
4. Branthomme E. **Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes en Vendée au 1er janvier 2018**. [Internet] Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Vendée. 2018. Disponible sur: <http://www.ordremedecin85.fr/>
5. Rault J-F. **La démographie médicale En Région Pays-de-la-Loire : Situation en 2015**. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/g4b3jr/atlas\\_pays\\_de\\_la\\_loire\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/g4b3jr/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf)
6. Bouet P. **Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales**. Ordre National des Médecins. [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/12u58hp/approche\\_territoriale\\_des\\_specialites\\_medicales\\_et\\_chirurgicales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf)
7. Branthomme E. **Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes en Vendée au 1er janvier 2019**. [Internet]. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Vendée. 2019. Disponible sur: <http://www.ordremedecin85.fr/>
8. République française. **Arrêté du 13 novembre 2017** relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/11/13/SSAH1731778A/jo/texte>
9. ARS Pays de la Loire. **Cartes départementales - Zonage Médecin pour les Pays de La Loire**. [Internet]. Décembre 2017. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-01/carte-zonage-pays-de-la-loire-2018-medecin-departement.pdf>
10. République française. Article L6314-1. **Chapitre IV : Permanence des soins**. Code de la santé publique. [Internet] Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DDF64E252EA1F5D76C0D12CB4F1F4131.tplgfr24s\\_3?idArticle=LEGIARTI000020890655&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100101](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DDF64E252EA1F5D76C0D12CB4F1F4131.tplgfr24s_3?idArticle=LEGIARTI000020890655&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100101)
11. ARS Pays de la Loire. **Cahier des charges régional de la PDSA - Pays de la Loire 2017-2019**. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-9>

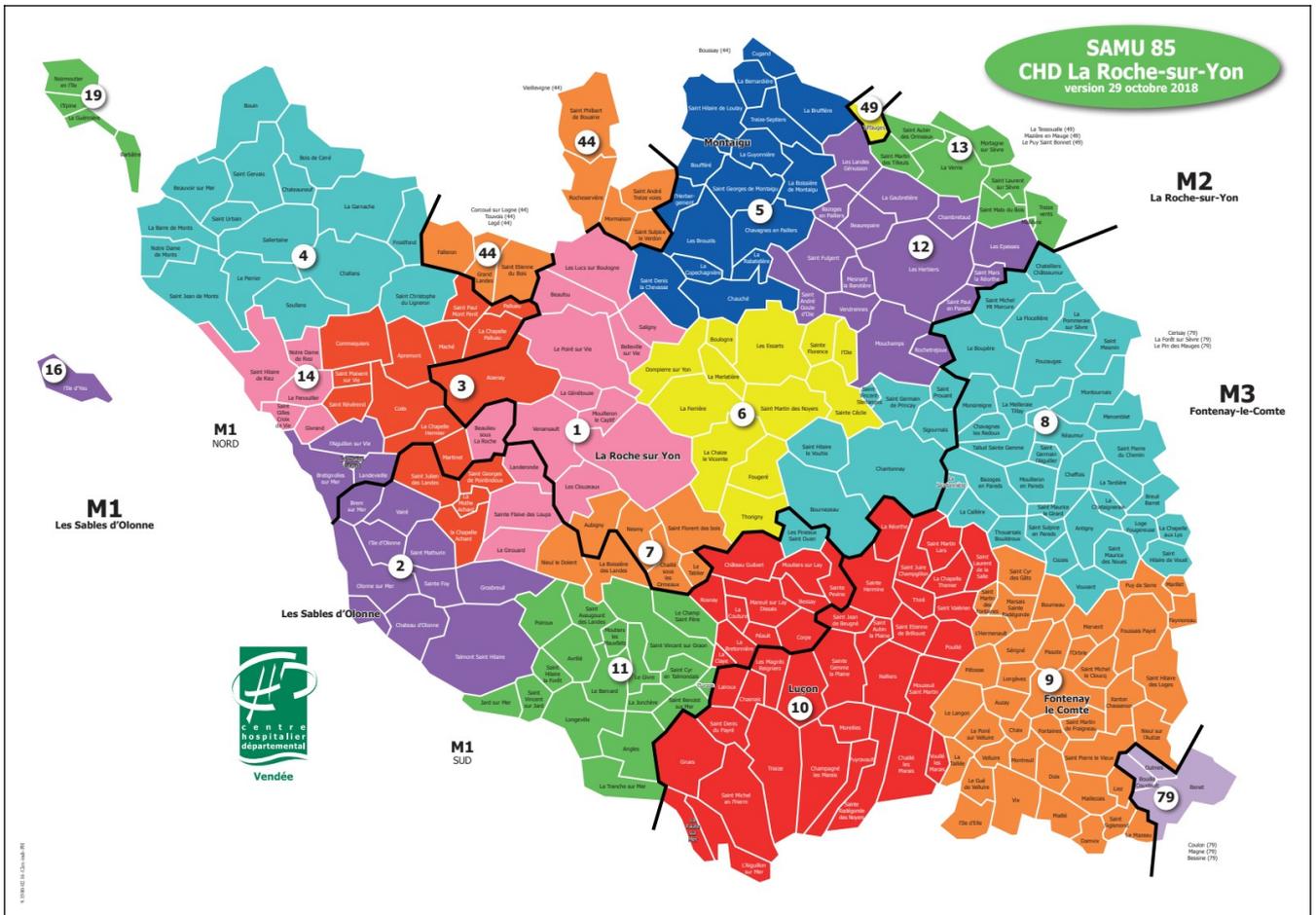
12. ADOPS 85. **Indicateurs de suivi de la Permanence des Soins Ambulatoires en 2017 et 2018** ; Via le secrétariat du SAMU 85.
13. ARS Pays de la Loire. **Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2016 - L'évaluation de son organisation et de son fonctionnement** – Les chiffres clés. [Internet]. Janvier 2017. Disponible sur: [https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/CHIFFRES\\_CLES\\_EVAL\\_EXPE\\_PDSA.pdf](https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/CHIFFRES_CLES_EVAL_EXPE_PDSA.pdf)
14. Assurance Maladie. **La Permanence des soins - Les majorations spécifiques**. [Internet]. Février 2017. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/permanence-soins/permanence-soins>
15. CHD Vendée - **Historique**. [Internet]. Disponible sur: <https://www.chd-vendee.fr/portal/le-chd/centre-hospitalier/l-historique-122-130.html>
16. GHT 85. Présentation du **GHT 85**. [Internet]. Disponible sur: <https://www.chtvendee.fr/lrportal/presentation1>.
17. CHD Vendée - **Offre de Soins**. [Internet]. Disponible sur: <https://www.chd-vendee.fr/portal/offre-de-soins-116-77.html>
18. Larousse É. **Définitions : Urgence**. Dictionnaire de français Larousse. [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
19. République française. **Article L6311-1** du Code de la santé publique relatif à l'aide médicale urgente. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691294&dateTexte=&categorieLien=cid>
20. République française. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 **relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)**. [Internet]. 2006-576 mai 22, 2006. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte>
21. République française. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 **relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence** et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). [Internet]. 2006-577 mai 22, 2006. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620665D/jo/texte>
22. Riou, B. **2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence**. Ann. Fr. Med. Urgence. Fév 2017 ; 7(1):1-4. <https://doi.org/10.1007/s13341-017-0710-z>
23. Cour des Comptes. **Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités**. 2019 févr p.211-33. [Internet]. Disponible sur: [http://www.sfm.u.org/upload/textes-reglementaires/Rapport\\_Cours\\_compte\\_Urgences2019.pdf](http://www.sfm.u.org/upload/textes-reglementaires/Rapport_Cours_compte_Urgences2019.pdf)
24. Ricroch L. **Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité**. Etudes Et Résultats - DREES. [Internet]. Mars 2015 ; (906). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er906.pdf>

25. CHD Vendée - **Services d'Accueil des Urgences**. [Internet]. Disponible sur: [https://www.chd-vendee.fr/portal/offre-de-soins-116-77.html?uid=c75bdab1-66d1-421a-ac13-e13c8663efbe&objectTypeUid=e5ee395f-cc3d-4137-a91f-f4265ea9c33b&ods\\_name=&ods\\_ville=&ods\\_location=&ods\\_search\\_type=&ods\\_search=1&current\\_search=0&mpfirst102=0](https://www.chd-vendee.fr/portal/offre-de-soins-116-77.html?uid=c75bdab1-66d1-421a-ac13-e13c8663efbe&objectTypeUid=e5ee395f-cc3d-4137-a91f-f4265ea9c33b&ods_name=&ods_ville=&ods_location=&ods_search_type=&ods_search=1&current_search=0&mpfirst102=0)
26. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) – **Urgences de La Roche-sur-Yon – Enquête 2017**. [Internet] 2017. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
27. Cour des Comptes - **Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser**. Cour des Comptes; [Internet]. 2014 ; p.350-377. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)
28. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. **Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions**. Ann. Fr. Med Urgence. 1 mars 2014 ; 4(2):96-105. <https://doi.org/10.1007/s13341-014-0415-5>
29. E. Thibon, X. Bobbia, B. Blanchard, T. Masia, L. Palmier, L. Tendron, et al. **Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étologies médicales**. Ann. Fr. Med Urgence. 14 mars 2019 9(4) :229-234. <https://doi.org/10.3166/afmu-2019-0151>
30. ORU Pays de la Loire. **Profil d'activité des services d'urgences des Pays de la Loire en 2017 - Site de La Roche sur Yon**. . Panorama Urgences 2017. (2018) Activité des services d'urgences des Pays de la Loire. 98 p.
31. Mauro L, Vertueux G. **Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Dossiers Solidarité et Santé**. Paris, DREES ; Juin 2015. p130.
32. Detollenaere J, Boucherie J, Willems S. **Reasons why self-referring patients attend the emergency department during daytime differ among socioeconomic groups: A survey from Flanders**. Eur J Gen Pract. 2018 Dec;24(1):246-251. <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1521388>
33. Rouzier S, Vardon D, Joly M, De Mas Latrie T, Boyeau-Desmarres C, Six P, et al. **Analyse des déterminants du recours et des caractéristiques sociodémographiques des patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable**. Ann Fr Med Urgence. 1 mai 2014 ;4(3):143-52. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s13341-013-0394-y>
34. Kasprowski A. **Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable** [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes. 2013. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=e370d0ce-a6bf-4b85-9c32-af0a27b425e7>

35. Moreau C. **Analyse des déterminants du recours spontané aux urgences du CH de Saint Nazaire enquête prospective sur une semaine et rétrospective sur un an** [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. 2016. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=85337c83-12a8-4160-ae94-15b42125d6b6>
36. Dauthel S. Atlasanté pour le compte de toutes les Agences Régionales de Santé. ARS. **Indicateurs : cartes, données et graphiques**. [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/#bbox=325629.6666979,118840.69334&c=indicator&f=F&i=gene\\_popage.eft&s=2017&view=map23](http://cartosante.atlasante.fr/#bbox=325629.6666979,118840.69334&c=indicator&f=F&i=gene_popage.eft&s=2017&view=map23)
37. ARS Pays de la Loire. **Étude sur les attentes des usages des services d'urgences des établissements de santé en région Pays de la Loire**. [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://www.crsa-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2017/03/EY\\_ARC-CRSA-PdL\\_Enque%CC%82te-usagers-des-urgences\\_rapport\\_v21-marsdocx.pdf](http://www.crsa-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2017/03/EY_ARC-CRSA-PdL_Enque%CC%82te-usagers-des-urgences_rapport_v21-marsdocx.pdf)
38. Van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. **Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries**. Fam Pract. Févr 2016;33(1):42-50.
39. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J. *et al.*, « **Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie** », Santé Publique. 2004; Vol. 16, p. 63-74. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0063>
40. Pino-Moya E, Ortega-Moreno M, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. **Determining factors for the increase in self-referrals to the Emergency Department of a rural hospital in Huelva (Spain)**. PLoS ONE [Internet]. 2018;13(11):e0207199. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207199>
41. Scherer M, Lüthmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. **Patients attending emergency departments—a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending**. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 645–52. DOI: [10.3238/arztebl.2017.0645](https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645)
42. Mesnier T. **Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires**. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 mai p. 84. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)

# ANNEXES

## 1. Annexe n°1 : Sectorisation de la Permanence des Soins Ambulatoires en Vendée



## 2. Annexe n°2 : Questionnaire patient – Recto

Questionnaire n°

### QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES DE LA-ROCHE-SUR-YON

*Dans le cadre de la thèse d'un interne de médecine générale, nous vous proposons de répondre à cette enquête. Vos réponses permettront de mieux connaître les attentes de la population de l'agglomération de La-Roche-Sur-Yon en matière de santé et vis à vis des urgences.  
Merci de participer à cette étude. (A. YVER – Interne en Médecine Générale)*



*J'accepte que mes données soient traitées de manière anonyme à but statistique*

**Date :**

**Heure d'arrivée aux urgences :**

**Vous êtes :** un Homme  une Femme

**Votre âge :**

**Commune de résidence actuelle :** \_\_\_\_\_

C'est votre lieu de résidence habituel  Vous êtes de passage dans la région

**Votre situation professionnelle :** \_\_\_\_\_

**Quel est votre problème de santé actuel (vous amenant à consulter aux urgences) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Combien de fois avez-vous consulté un service d'urgences au cours des 12 derniers mois ?**

0  1  2  3  4  5 fois ou plus

**Sur cette échelle de 0 à 10, indiquez par une croix, le degré d'urgence ressenti par rapport à votre problème de santé actuel :**



**Sur cette échelle de 0 à 10, indiquez par une croix, le degré de gravité ressenti par rapport à votre problème de santé actuel :**



**Vous êtes venus aux urgences :**

- Par vos propres moyens, seul  Accompagné par un proche  
 Un transport privé (Taxi, VSL)  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**Dans quel délai depuis le début des symptômes avez-vous décidé de venir aux urgences :**

- Immédiatement  Dans les 3h  Dans les 6h  Dans les 12h   
Dans les 24h  2 à 6 jours  1 semaine et plus

**Avez-vous un médecin traitant (déclaré auprès de la sécurité sociale) ?**

OUI  NON

Tournez la page s'il vous plaît ↗

### 3. Annexe n°3 : Questionnaire patient – Verso

**Avez-vous contacté un professionnel de santé avant de venir aux urgences ?**

OUI  NON

**Si vous avez contacté un professionnel de santé avant de venir aux urgences, lequel ? :**

Mon médecin traitant  Le 15   
Le 116117  Un pharmacien   
Autre ( \_\_\_\_\_ )  **Quand date ce contact : \_\_\_\_\_**

**Si vous n'avez pas contacté de médecin, pourquoi ? (choix multiple possible)**

Je n'ai pas de médecin traitant   
Je sais que mon médecin est indisponible (en vacances, jour de congé ...)   
C'est un jour non ouvrable et/ou la nuit   
J'ai voulu gagner du temps en me rendant directement aux urgences   
Je pense avoir besoin d'exams (radio, prise de sang...)   
Je suis trop inquiet de mon état de santé   
Je n'ai pas confiance en mon médecin traitant   
Je n'ai pas les moyens financiers de régler une consultation   
Autre ( \_\_\_\_\_ )

**Si vous avez contacté un 1<sup>er</sup> médecin, avez-vous cherché à joindre un autre médecin ?**

Oui  Non

**Si OUI, précisez (choix multiple possible) :**

Il ne pouvait pas me recevoir   
Il ne prend pas de nouveau patient   
Son cabinet est trop éloigné de mon domicile   
Il n'y avait pas de créneau disponible sur Doctolib (ou autre plate-forme web)   
Le délai de consultation était trop long   
Il ne fait pas de visite à domicile   
Je n'ai pas pu le consulter mais sa secrétaire m'a dit d'aller aux urgences

**Connaissez-vous le numéro de téléphone de la permanence des soins, 116-117 (médecine de garde) ?**

Oui, j'y ai déjà eu recours  Oui mais je n'en ai jamais eu besoin  Non

**Qu'attendez-vous de votre consultation aux urgences ? (choix multiple possible) :**

Être pris en charge rapidement  Être soulagé   
Être hospitalisé  Un second avis médical   
Ne pas avancer de frais  Des exams (prise de sang, radios, scanner...)   
Un geste technique (suture, plâtre)  Une consultation avec un spécialiste   
Pouvoir venir à n'importe quel moment (Nuit, week-end)   
Un bilan ou des réponses pour mon problème qui dure depuis trop longtemps   
Une prise en charge plus rapide que chez mon médecin traitant

**A combien de temps estimez-vous la durée totale de votre passage aux urgences ?**

Moins de 30mn  Entre 30mn et 1h  Entre 1h et 2h  Entre 2h et 4h  Plus de 4h

**Merci pour votre participation !**

#### 4. Annexe n°4 : Questionnaire "Médecin"

Questionnaire n°

##### Questionnaire à l'attention des médecins / internes des urgences :

Temps total de passage aux urgences (*Cf timer dans résurgence*) :

Temps d'attente avant 1<sup>er</sup> contact médical (entre son enregistrement et le début de la consultation) :

Le patient a-t-il eu des examens complémentaires au cours de son passage aux urgences ?

OUI  NON

**Si oui, quel type d'examen complémentaire a-t-il pu bénéficier ?**

Bilan sanguin  ECBU  Radiologie standard  Scanner  Électrocardiogramme

De votre point de vue, le patient aurait-il pu être pris en charge en ambulatoire (consultation de médecine générale) ?

OUI  NON

**Devenir du patient :**

- Patient hospitalisé
- Retour à Domicile
- Réorienté vers la permanence des soins ambulatoires via le 116-117
- Reconvoqué en consultation spécialisée
- Ré-adressé vers un autre centre de soins
- (lequel ? : \_\_\_\_\_)
- Sortie contre avis médical
- Parti sans attendre

CCMU :

GEMSA :

Commentaire libre :

## 5. Annexe n°5 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

- **CCMU 1** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Absence d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou un service d'urgences,
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences,
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital,
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate,
- **CCMU 5** : Situation pathologie engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation,
- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Vu, le Président du Jury,  
Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe

Vu, la Directrice de Thèse,  
Madame le Docteur TREBOUET Eve

Vu, le Doyen de la Faculté,  
Mme le Professeur JOLLIET Pascale

## Étude des motifs de consultation spontanée aux Urgences de La Roche-sur-Yon

---

### RÉSUMÉ

**Introduction** – Depuis plusieurs années, le nombre de recours aux urgences augmente continuellement amenant ces services à une surcharge d'activité. Le service des urgences du CHD de La Roche-sur-Yon n'est pas épargné par ce constat, dans un département dont la démographie médicale est en recul. Malgré la présence d'une permanence des soins ambulatoires sur le territoire vendéen, nous constatons une hausse du nombre de patients consultant sans avis médical préalable. Nous avons voulu identifier leurs motivations et analyser la pertinence de ces consultations.

**Matériel et Méthode** - Étude prospective monocentrique durant une semaine basée sur un questionnaire standardisé distribué aux patients majeurs consultant, sans avis médical préalable, le service d'accueil des urgences du CHD de La Roche-sur-Yon. Un questionnaire à l'attention des médecins prenant en charge le patient est également distribué.

**Résultats** – L'étude repose sur l'analyse de 248 questionnaires. Les consultations étaient appropriées dans 45,2 % des cas avec seulement 13,7 % de patients hospitalisés. Près d'un quart des patients n'ont pas eu d'examen complémentaire. Les motifs de consultation relevaient majoritairement de la prise en charge de symptômes douloureux et du besoin supposé d'examens. Les patients ont déclaré être suivi par un médecin généraliste dans 82,7 % des cas mais 17,3 % d'entre eux n'ont pas réussi à le joindre.

**Discussion** – La faible proportion d'hospitalisations, le nombre de patients n'ayant pas eu d'examen complémentaire et la part d'examens prescrits pouvant être réalisés en ville rendent les consultations spontanées aux urgences inappropriées. La motivation des patients à consulter aux urgences peut s'expliquer par la nécessité supposée d'examens et la présence d'un plateau technique facile d'accès. De plus, du fait de sa démographie actuelle, la médecine générale est indisponible pour la prise en charge des soins non programmés qui sont alors traités aux urgences, souvent après plus de 12h d'évolution. Les délais de prise en charge des patients, ne nécessitant pas d'examen complémentaire, sont plus importants aux urgences comparés à examen en médecine de ville.

**Conclusion** – La promotion de la permanence des soins ambulatoires auprès de la population et le développement de structures pouvant prendre en charge les soins non programmés en journée nous semble pertinent pour délester les services d'urgences.

---

### MOTS-CLÉS

Urgences, recours spontané, soins non programmés