

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2012

N° 098

THESE

pour le **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par LEROY Héloïse

Née le 1^{er} Septembre 1985 à Cholet

Présentée et soutenue publiquement le 20 Septembre 2012

**« Quels sont les déterminants d'un recours spontané des patients
vacanciers aux Urgences du Centre Hospitalier des Sables d'Olonne au
mois d'août 2011 ? »**

Président de jury : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier JACOB

Membres du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Monsieur le Professeur Gilles POTEL

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
SOMMAIRE	1
ABREVIATIONS	5
I - INTRODUCTION	6
I - 1. Historique du Centre Hospitalier Côte de lumière.....	7
I - 2. Historique des urgences	9
I - 3. La permanence des soins en Vendée.....	11
I - 3. 1) L'organisation territoriale de la permanence des soins.....	11
I - 3. 2) La régulation médicale.....	12
I - 4. Démographie médicale en Vendée et aux Sables d'Olonne	12
II - MATERIELS ET METHODES	14
II - 1. Objectif principal	14
II - 2. Type de l'étude	14
II - 3. Recueil de données	14
II - 4. Les données	15
II - 5. Critères d'inclusion et d'exclusion	16
II - 5. 1) Critères d'inclusion.....	16
II - 5. 2) Critères d'exclusion.....	16
III – RESULTATS	17
III - 1. Généralités.....	17
III - 1. 1) Données générales.....	17
III - 1. 2) Données propres à l'étude	17
III - 2. Données épidémiologiques et démographiques.	18
III - 2. 1) Age des patients	18
III - 2. 2) Sexe des patients	19

III - 2. 3) Catégorie socioprofessionnelle.....	19
III - 2. 4) Durée de séjour dans la région	21
III - 2. 5) Pays d'origine.....	22
III - 3. Répartition du nombre de questionnaires.....	22
III - 3. 1) Sur toute la durée de l'étude.....	22
III - 3. 2) En fonction du moment de la journée	24
III - 4. Réponses des patients aux questions posées	25
III - 4. 1) Bénéficiaire de la consultation	25
III - 4. 2) Motif de la présence actuelle aux Sables d'Olonne	26
III - 4. 3) Motif(s) de consultation aux Urgences	27
III - 4. 4) Motif de consultation secondaire à un traumatisme (chute, coup, accident de la route, accident de travail...).....	30
III - 4. 5) Prise de contact avec un (ou plusieurs) médecins généralistes avant de venir aux urgences	31
III - 4. 5) a - Nombre de médecin(s) généraliste(s) contacté(s)	32
III - 4. 5) b - Sources des coordonnées du médecin généraliste.....	33
III - 4. 5) c - Raisons du refus de recevoir le patient.....	34
III - 4. 5) d - Délai de rendez-vous de consultation.....	35
III - 4. 5) e - Arguments entraînant une absence d'appel d'un médecin généraliste.....	36
III - 4. 6) Contact téléphonique avec le médecin de la maison médicale de garde.....	37
III - 4. 7) Contact téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU-Centre 15	38
III - 4. 8) Lieu actuel de vacances.....	38
III - 4. 9) Type de résidence de vacances.....	40
III - 4. 10) Possibilité de prise en charge du motif de consultation par un médecin généraliste	41
III - 4. 11) Existence d'un médecin généraliste référent déclaré	42
III - 4. 12) Consultation d'un médecin généraliste différent du médecin référent dans un contexte d'urgence hors du lieu de résidence habituel	43

IV - ANALYSE.....	44
IV - 1. Analyse globale de la population étudiée	44
IV - 1. 1) Une population jeune	44
IV - 1. 2) Lieu et type de vacances	44
IV - 1. 3) Horaires de consultation.....	44
IV - 2. Comportement du patient face à l'offre de soins	45
IV - 2. 1) Quel est le parcours de soin ou la démarche d'accès au soin d'un patient vacancier aux Sables d'Olonne ?	45
IV - 2. 2) Les patients vacanciers essaient-ils de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences ? et sinon pour quelle(s) raison(s) ne le font-ils pas ?	45
IV - 2. 3) Les patients vacanciers connaissent-ils l'existence et le fonctionnement de la maison médicale de garde ? Ont-ils essayé de contacter le médecin de garde qui y travaille ?.....	46
IV - 2. 4) Les patients ont-ils contacté la régulation du SAMU-Centre 15 ?.....	46
IV - 3. Analyse du motif de recours aux urgences	47
IV - 3. 1) Pathologie traumatique.....	47
IV - 3. 2) Pathologie médicale	48
IV - 3. 3) Relation entre le type de pathologie et l'appel au médecin généraliste.	48
IV - 4. Place de l'assuré et du médecin traitant dans le parcours de soins	48
IV - 4. 1) Réforme du médecin traitant :.....	48
IV - 4. 1) a - L'assuré DANS le parcours de soins.....	49
IV - 4. 1) b - L'assuré HORS du parcours de soins	49
IV - 4. 1) c - La réforme du médecin traitant en chiffres	50
IV - 4. 2) Chiffres propres à l'étude :.....	50
IV - 4. 2) a - Déclaration ou non d'un médecin traitant	50
IV - 4. 2) b - Connaissance de la possibilité de consulter un autre médecin en urgence	50

IV - 4. 2) c - Relation entre médecin traitant déclaré et appel d'un médecin généraliste	51
IV - 4. 2) d - Relation entre médecin traitant déclaré et absence d'appel d'un médecin généraliste.....	51
IV - 4. 2) e - Relation entre prise en charge du motif de consultation possible par un médecin généraliste et appel d'un médecin généraliste	51
V – DISCUSSION	52
V - 1. Discussion de la méthode	52
V - 1. 1) Méthode d'inclusion.....	52
V - 1. 2) Biais de remplissage	52
V - 2. Discussion des résultats.....	53
V - 2. 1) Résultats de l'étude.....	53
V - 2. 2) Solutions proposées	55
V - 2. 2) a- Filière courte traumatologique.....	55
V - 2. 2) b- Plaquettes d'information sur la Maison Médicale de Garde	55
V - 2. 2) c - Signalétique intra et extra-hospitalière	56
V - 2. 3) Comparaison avec la littérature	57
V - 2. 3) a - Enquête ministérielle de 2003	57
V - 2. 3) b - Enquête d'opinion de la CPAM de 2004.....	58
V - 2. 3) c - Mémoire de Santé Publique de 2004.....	58
VI - CONCLUSION.....	60
VII – BIBLIOGRAPHIE.....	62
SERMENT D'HIPPOCRATE.	64
ANNEXES	65
ANNEXE 1 : Questionnaire	65
ANNEXE 2 : Note explicative	68
ANNEXE 3 : Affiche d'information	69

ABREVIATIONS

AMRV : Association des Médecins Régulateurs de Vendée

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

AVP : Accident de la Voie Publique

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CHCL : Centre Hospitalier Côte de Lumière

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

MG : Médecin Généraliste

ORS : Observatoire Régional de la Santé

POSU : Pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure d'Urgences

UPATOU : Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

I - INTRODUCTION

La ville des Sables d'Olonne, est l'une des stations balnéaires les plus attractives de la côte Atlantique. L'afflux touristique estival entraîne une hausse majeure de sa population. Parallèlement, la demande en soins primaires, auprès des acteurs de santé de la région et notamment du service des urgences, au cours de cette période, augmente fortement.

Ainsi aux Sables d'Olonne, en été, les recours au service des urgences sont presque deux fois plus importants que pendant le reste de l'année [1]. De plus, cette affluence est concomitante au départ en vacances estivales éventuel des médecins généralistes de la région, ce qui accentue d'autant le phénomène.

J'ai eu l'occasion de faire un stage au Centre Hospitalier des Sables d'Olonne durant le semestre d'été 2010 (mai à octobre) en cardiologie, pneumologie et gastro-entérologie. A cette occasion j'ai effectué une vingtaine de garde aux urgences. J'ai pu constater l'augmentation progressive sur cette période du nombre de patients venant consulter aux urgences. Ceci m'a permis de prendre conscience d'un réel problème d'orientation des patients vacanciers nécessitant une prise en charge ambulatoire et qui se retrouvent aux Urgences.

J'ai choisi de m'intéresser à l'offre de soins proposée à un patient vacancier se trouvant aux Sables d'Olonne, en été, et plus précisément au cours de la période du mois d'août 2011 dans le service des Urgences du Centre Hospitalier Côte de Lumière (CHCL) des Sables d'Olonne.

L'objectif principal de cette thèse était de savoir pourquoi les patients vacanciers consultant aux Urgences des Sables d'Olonne en été ne s'étaient pas orientés vers un médecin généraliste d'où l'intitulé de ce travail « Quels sont les déterminants du recours spontané des patients vacanciers aux urgences des Sables d'Olonne au mois d'août 2011 ? ».

Par cette thèse, j'ai souhaité essayer de comprendre et de répondre à plusieurs problématiques :

- Quel est le parcours de soins ou la démarche d'accès aux soins d'un patient vacancier aux Sables d'Olonne ?
- Les patients vacanciers essaient-ils de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences ? et sinon pour quelle(s) raison(s) ne le font-ils pas ?
- Les patients vacanciers connaissent-ils l'existence et le fonctionnement de la maison médicale de garde ? Ont-ils essayé de contacter le médecin de garde qui y travaille ?
- Les patients ont-ils contactés la régulation du SAMU-Centre 15 ?

Pour répondre à ces différents objectifs secondaires, j'ai choisi de faire mon étude basée sur la rédaction d'un questionnaire distribué aux patients recourant au Centre Hospitalier des Sables d'Olonne, sur la période d'un mois, en août 2011.

I - 1. Historique du Centre Hospitalier Côte de lumière

L'hôpital Saint-Joseph, situé au centre-ville des Sables d'Olonne, est fondé le 1er Avril 1647 par Madame Gandemer. Par la suite, quelques aménagements de l'hôpital ont lieu, mais son étendue et son confort sont jugés insuffisants par la municipalité et le bureau de bienfaisance. [2]

Au XXe siècle, un nouvel hôpital est entièrement construit dans un espace défini par l'avenue d'Aquitaine, les Boulevards Ampère, Pasteur et Laplace. Il porte le nom du Docteur Godet, chirurgien aux Sables, décédé en 1908, et est inauguré le 30 Avril 1911. Plusieurs pavillons et bâtiments seront construits ou réaménagés au fil des années, et notamment une Maternité en 1976. Deux Maisons de retraite médicalisées « Les Roses » en 1987 et « Les

Tamaris » en 1990, sont ouvertes afin de faire face aux besoins de la population, puis « Les Maisonnées de Lumière » en 2000. [2]

Le CHCL a été mis en service en décembre 1990.

Plus récemment, à l'automne 2006, la Clinique du Val d'Olonne et le Centre Hospitalier Côte de Lumière ont adopté un programme médical et technique détaillé commun visant à unifier ces deux structures dans un pôle unique de santé public-privé ouvert depuis Novembre 2011.

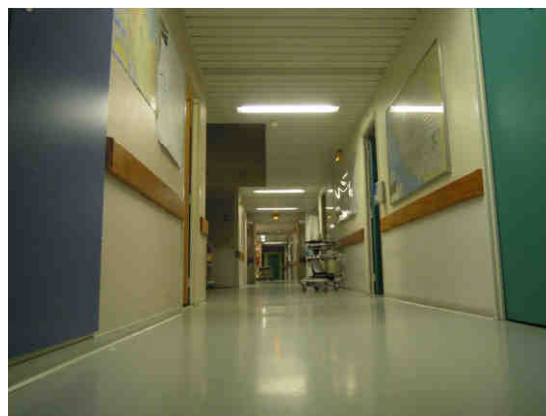
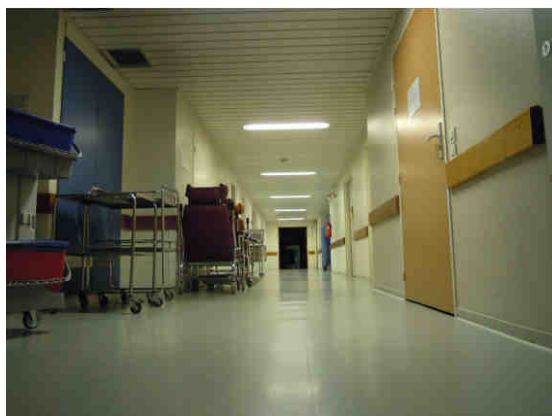
L'ancien service des urgences du CHCL comprenait 4 salles d'examen pour les pathologies médicales dont 1 salle de déchocage et 3 salles d'examen pour les pathologies traumatiques. Ce service a été fonctionnel jusqu'au 24 novembre 2011, date du déménagement. Le personnel des urgences se composait de 3 infirmier(e)s, 1 aide-soignant(e), 1 ambulancier(e), 2 médecins et 1 interne.

Le nouveau service des urgences comprend 12 salles d'examen dont 2 salles de déchocage.

Il existe au CHCL une maison médicale de garde qui s'inscrit dans un partenariat avec l'hôpital dans un réseau ville/hôpital. La maison de garde fonctionne comme un sas de décompression du service d'urgences. [3]



Ancien Centre Hospitalier



Le service des urgences



Nouveau Centre Hospitalier depuis Novembre 2011

I - 2. Historique des urgences

La mission des établissements du service public est définie par la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 [4], la loi 91-748 du 31 juillet 1991 [5], et le décret n°95-647 du 9 mai 1995 [6] (Art-R 6123- 1 à 8). Cette mission est d'accueillir 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et de la prendre en charge.

Une forte demande de soins non programmés s'est développée depuis la fin des années 1980, s'adressant notamment aux services d'urgences hospitaliers, demande qui a suscité une

série de mesures pour tenter d'y répondre. [7] En particulier, la prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n°97-615 et 97-619 du 30 mai 1997. [8] Trois types de structures avaient alors été définis : les Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU), les Pôles Spécialisés d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) et des Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOOU).

En référence aux décrets n°95-647 [6] et 95-648 du 9 mai 1995 [9] (Art-R 6123- 1 à 8), le décret 2006-576 du 22 mai 2006 [10] modifie le code de santé publique et le cadre réglementaire de prise en charge des urgences : on ne parle plus de SAU ou d'UPATOOU mais de Structures d'Urgences (SU).

Depuis 2006, les nouveaux décrets déclinent l'autorisation de soins de médecine d'urgence selon 3 modalités [7]:

- La régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ;
- La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- La prise en charge des patients accueillis dans la Structure d'Urgences (SU).

La notion de « structure des urgences » se substitue en effet, à celle de « service d'urgences » et on ne distingue plus que deux types d'autorisations : structure des urgences et structure des urgences pédiatriques. Le décret précise les moyens dont doit disposer toute structure des urgences, en termes de locaux et de catégories de personnel. Tous les médecins exerçant dans ces structures auront dorénavant l'obligation d'avoir la spécialité de médecine d'urgence ou la reconnaissance d'une expérience de trois ans au moins dans ce type de service.

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. [11]

Le CHCL est doté d'une SU afin de remplir la mission définie ci-dessus.

Les urgences du CHCL accueillent chaque année près de 25000 patients [1]. Sur la période de juillet-août 2011, 5973 patients se sont présentés aux urgences du CHCL soit 25 % de la fréquentation annuelle. De plus, on note, sur cette période, une augmentation de 4.5% du nombre de patients par rapport à l'année 2010. [1]

I - 3. La permanence des soins en Vendée

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir comme " une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi ". [11]

Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

I - 3. 1) L'organisation territoriale de la permanence des soins

La permanence des soins assurée par les médecins généralistes libéraux est basée sur un découpage du département de la Vendée en 27 secteurs de garde et sur une régulation médicale libérale coordonnée par le SAMU et installée dans les locaux du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) rattaché au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche sur Yon. [8]

Au 30 avril 2009, 489 médecins participaient au dispositif de permanence des soins, sur un total de 526 médecins généralistes recensés par l'Ordre dans le département. [8]

Le département dispose de 5 maisons médicales de garde ou CAPS (Centres d'Accueil et de Permanence des Soins) situées aux Sables d'Olonne, à Luçon, à Fontenay le Comte, à Montaigu et à Noirmoutier en l'Ile (maison de garde saisonnière).

I - 3. 2) La régulation médicale

La régulation des appels relevant de la médecine ambulatoire est mise en place, chaque fois que possible, dans les locaux du Centre 15. La centralisation des appels de permanence des soins doit permettre de mieux orienter les usagers et de faire évoluer, lorsque c'est nécessaire, leur demande initiale envers les services des urgences vers la médecine ambulatoire. Les régulateurs libéraux qui réceptionnent les appels destinés aux généralistes travaillent aux côtés des médecins régulateurs hospitaliers, à qui ils transmettent les appels relevant de l'aide médicale urgente et réciproquement. L'organisation de la régulation des appels est mise en place dans le cadre du comité départemental de l'aide médicale urgente. [8]

L'Association des Médecins Régulateurs de Vendée (A.M.R.V.) regroupait, au 30 avril 2009, 62 médecins, qui participent à la régulation centralisée des appels de permanence des soins au sein du centre 15. Une équipe commune de 12 Assistants de Régulation Médicale (ARM) est chargée du premier décrochage et d'orienter vers le médecin régulateur de la permanence des soins. L'équipe d'ARM est renforcée pendant la période estivale. [8]

Le médecin régulateur peut ensuite répondre à une demande de conseils, orienter le patient vers une structure dispensant des soins non programmés ou déclencher l'intervention du médecin de permanence sur le secteur de garde concerné.

I - 4. Démographie médicale en Vendée et aux Sables d'Olonne

Au sein de la France, la Vendée fait partie des départements qui connaissent la plus forte attractivité touristique, la population présente dans le département étant au mois d'août deux fois plus importante que le reste de l'année. [12] L'organisation sanitaire doit donc faire face à une demande de soins croissante. Le centre de régulation et les services d'urgences sont les plus fortement sollicités par l'afflux touristique.

En effet, l'activité de réception et de régulation des appels, associant le centre 15 et la régulation libérale dans les locaux du SAMU, doit faire face l'été à une forte croissance du nombre d'appels. Le nombre d'affaires prises en charge quotidiennement augmentent de 43% en juillet et en août par rapport aux autres périodes ; 380 affaires sont ainsi traitées en moyenne chaque jour en juillet-août, contre 260 pour les autres mois de l'année. [12]

La demande de soins auprès des services d'urgences hospitalières est très importante l'été. Près de 130 000 passages aux urgences ont été dénombrés dans les unités d'accueil d'urgences du département en 2006. En juillet-août, le flux d'activité est supérieur de 37 % par rapport à la moyenne des autres mois de l'année, avec 450 passages quotidiens l'été contre 330 en moyenne les autres mois de l'année. [12]

Cette croissance d'activité estivale est particulièrement marquée dans le territoire de santé des Sables d'Olonne, les recours au service d'urgence étant presque deux fois plus importants en juillet-août (+ 87 %) que pendant les autres mois de l'année.

L'impact sur les recours aux généralistes libéraux existe mais est moins sensible. L'activité des médecins généralistes se modifie dans la mesure où la proportion de patients qui n'habitent pas le département en juillet et août est de 20 % contre 8 % hors période d'été. Dans le territoire de santé des Sables d'Olonne, le nombre d'actes des médecins généralistes est supérieur de 7 % en juillet et en août par rapport aux autres mois de l'année. L'été, le tiers de ces actes concernent des personnes n'habitant pas le territoire contre 18 % hors été. [12]

II - MATERIELS ET METHODES

II - 1. Objectif principal

Ma thèse est basée sur une étude réalisée du 1^{er} au 31 août 2011 dans le service des Urgences (médicales, chirurgicales et pédiatriques) du Centre Hospitalier Côte de Lumière situé aux Sables d'Olonne.

L'objectif principal de cette étude était de savoir :

« Pourquoi les patients vacanciers qui consultent aux Urgences des Sables d'Olonne en été ne se sont-ils pas orientés vers un médecin généraliste ? ».

II - 2. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, mono-centrique, qualitative et quantitative sur une population cible.

II - 3. Recueil de données

Un questionnaire unique, standardisé, a été utilisé pour recueillir les données et les caractéristiques de chaque patient (annexe 1).

Le questionnaire est anonyme.

Ce questionnaire était distribué à chaque patient vacancier, se présentant aux urgences entre le 1^{er} et le 31 Août 2011. Tout patient remplissant les critères d'inclusion, s'est vu remettre, par la secrétaire d'accueil du service des urgences, le questionnaire, afin de le remplir en salle d'attente. Le questionnaire était ensuite récupéré par l'infirmière installant le patient dans le box.

Le patient vacancier était défini par toute personne qui effectue un séjour dans un lieu autre que son domicile habituel (résidence principale) quelque soit la durée du séjour [13].

Une note explicative était affichée à l'accueil des urgences ainsi que dans la salle d'attente pour expliquer au patient le but de l'étude et les conditions de sa réalisation (cf annexe 2).

Une « journée test » a été réalisée pour vérifier la bonne compréhension du questionnaire et la pertinence des questions sur la journée du 14/07/11 (sur une durée de 24h) permettant d'obtenir 18 questionnaires remplis intégralement.

II - 4. Les données

Le questionnaire comprend les informations administratives relatives au patient :

- la date et l'heure de consultation aux urgences ;
- l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle ;
- le pays d'origine ainsi que la commune de résidence habituelle ;
- la durée de séjour dans la région.

ainsi que la réponse aux 12 questions ciblées :

- lien de la personne remplissant le questionnaire avec la personne consultant (patient lui-même, proche, enfant...) ;
- motif de présence aux Sables d'Olonne (vacances, travail...) ;
- motif d'admission ;
- étiologie médicale ou traumatologique ;
- nombre de médecins généralistes contactés avant l'arrivée aux urgences ;
- existence ou non d'un contact téléphonique avec le médecin de la maison médicale de garde ;
- existence ou non d'un contact téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU - Centre 15 ;
- la ville de résidence actuelle ;
- le type de résidence ;

- l'estimation par le patient d'une réelle nécessité de recourir aux urgences plutôt qu'à un médecin généraliste ;
- l'existence ou non pour le patient d'un médecin généraliste référent déclaré ;
- la connaissance ou non de la possibilité de consulter un autre médecin généraliste que celui déclaré sur son lieu de vacances.

Une 13^{ème} question permettait au patient d'effectuer des remarques sur le questionnaire.

II - 5. Critères d'inclusion et d'exclusion

II - 5. 1) Critères d'inclusion

Etaient **inclus**, tous les patients, hommes et femmes, sans limite d'âge, se présentant d'eux-mêmes aux urgences et étant définis comme vacanciers (cf II - 3).

II - 5. 2) Critères d'exclusion

Etaient **exclus** :

- les patients adressés par un médecin généraliste (en possession d'un courrier) ou par la maison médicale de garde ;
- les patients arrivant via un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) ou une ambulance après régulation par le Centre 15 du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche sur Yon ;
- les patients ne répondant pas au questionnaire dans son intégralité ;
- les patients dans l'incapacité de répondre au questionnaire du fait de la barrière de la langue.

III – RESULTATS

III - 1. Généralités

III - 1. 1) Données générales

Sur la période allant du 1^{er} au 31 août 2011, **3018** patients ont été admis aux urgences du CHCL.

III - 1. 2) Données propres à l'étude

385 questionnaires ont été remplis du 1^{er} au 31 août 2011.

Parmi les 385 questionnaires récupérés, **367** ont été **inclus**.

18 questionnaires ont été refusés (18 patients exclus) pour les motifs suivants :

- 4 pour lieu de résidence habituel (patients non vacanciers) ;
- 14 pour questionnaire incomplet.

III - 2. Données épidémiologiques et démographiques.

III - 2. 1) Age des patients

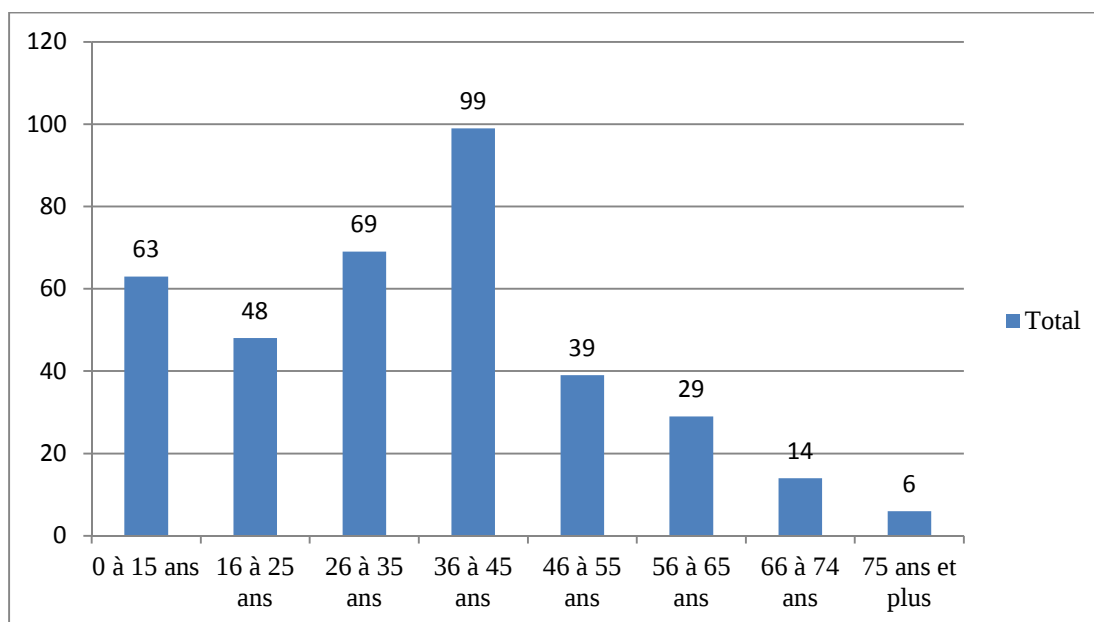


Figure 1 : Répartition des patients selon leur âge

La tranche d'âge la plus représentée dans l'étude est celle des 36-45 ans.

La moyenne d'âge des patients est de 35 ans avec un âge moyen de 36 ans pour les femmes et de 34 ans pour les hommes.

La médiane est de 36 ans et l'écart-type de 17,8.

Le plus jeune patient a 8 mois et le plus âgé 90 ans.

III - 2. 2) Sexe des patients

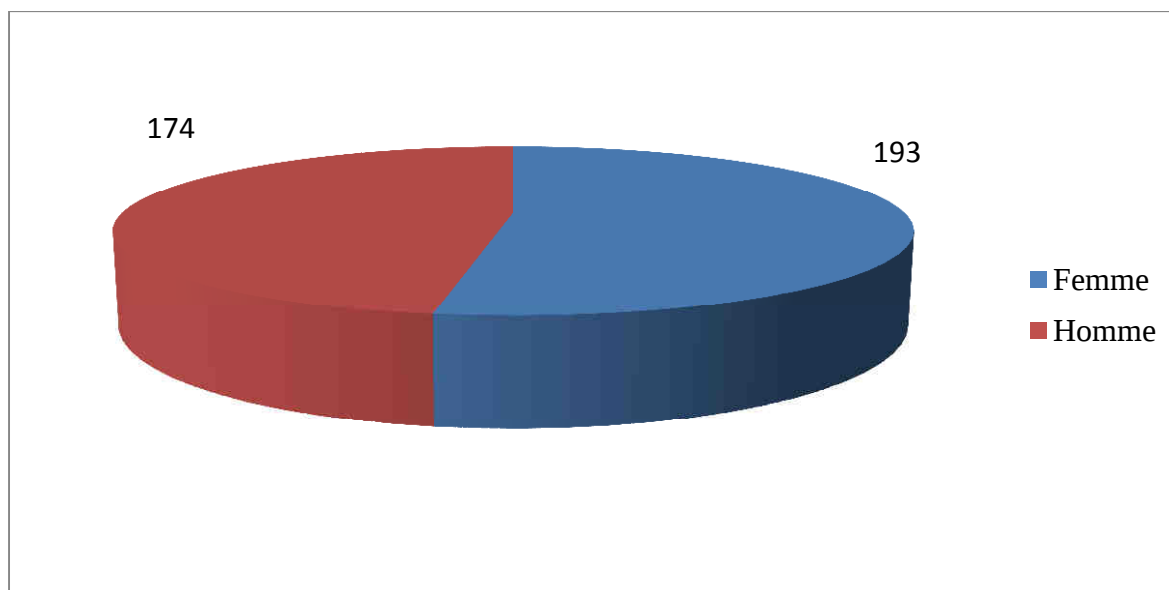


Figure 2 : Répartition des patients selon leur sexe

174 hommes (47 %) et 193 femmes (53 %) ont répondu au questionnaire.

III - 2. 3) Catégorie socioprofessionnelle

Les patients ont été classés selon leur catégorie socioprofessionnelle d'après la Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles créée en 1982 par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.) et corrigée en 2003 [14].

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	NOMBRE DE PATIENTS
Agriculteurs exploitants	1
Artisans	9
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	15
Cadres de la fonction publique	30
Chefs d'entreprise	4

Commerçants et assimilés	6
Contremaîtres, agents de maîtrise	5
Employés administratifs d'entreprise	21
Employés civils et agents de service de la fonction publique	18
Employés de commerce	10
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	3
Instituteurs et assimilés	3
Ouvriers qualifiés	13
Personnels des services directs aux particuliers	4
Personnes sans activité professionnelle	10
Professeurs, professions scientifiques	4
Professions de l'information, des arts et des spectacles	2
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	12
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	7
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	15
Professions libérales	3
Retraités	27
Techniciens	2
Non renseignée	61
Enfant pas encore scolarisé	8
Scolaire/Collégien/Lycéen/Etudiant	74

Figure 3 : Répartition des patients selon leur catégorie socioprofessionnelle

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est la catégorie des scolaires, collégiens, lycéens ou étudiants puisqu'ils représentent 20% des patients interrogés.

Les 3 catégories socioprofessionnelles prédominant ensuite sont les cadres de la fonction publique (8 %), les retraités (7 %) et les employés administratifs d'entreprise (6 %).

III - 2. 4) Durée de séjour dans la région

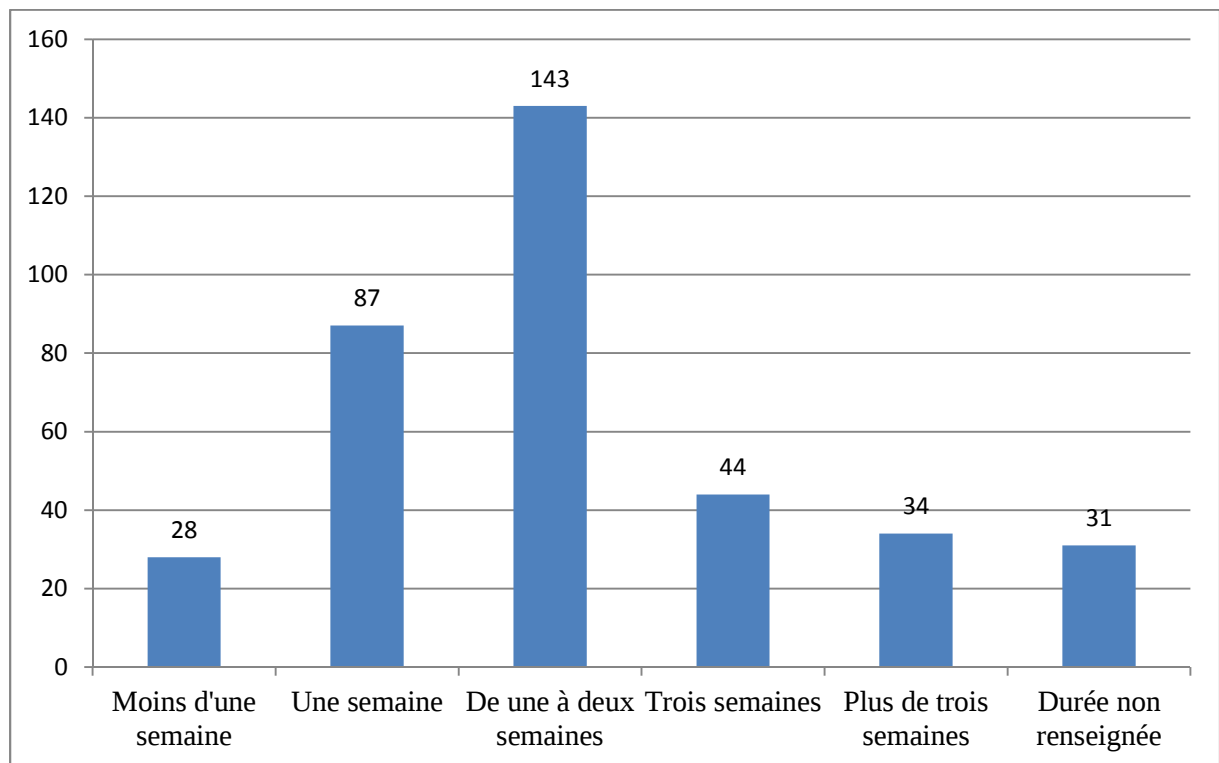


Figure 4 : Répartition des patients selon leur durée de séjour dans la région

39 % des patients restent entre une et deux semaines dans la région.

La durée moyenne de séjour dans la région est de 16 jours.

III - 2. 5) Pays d'origine

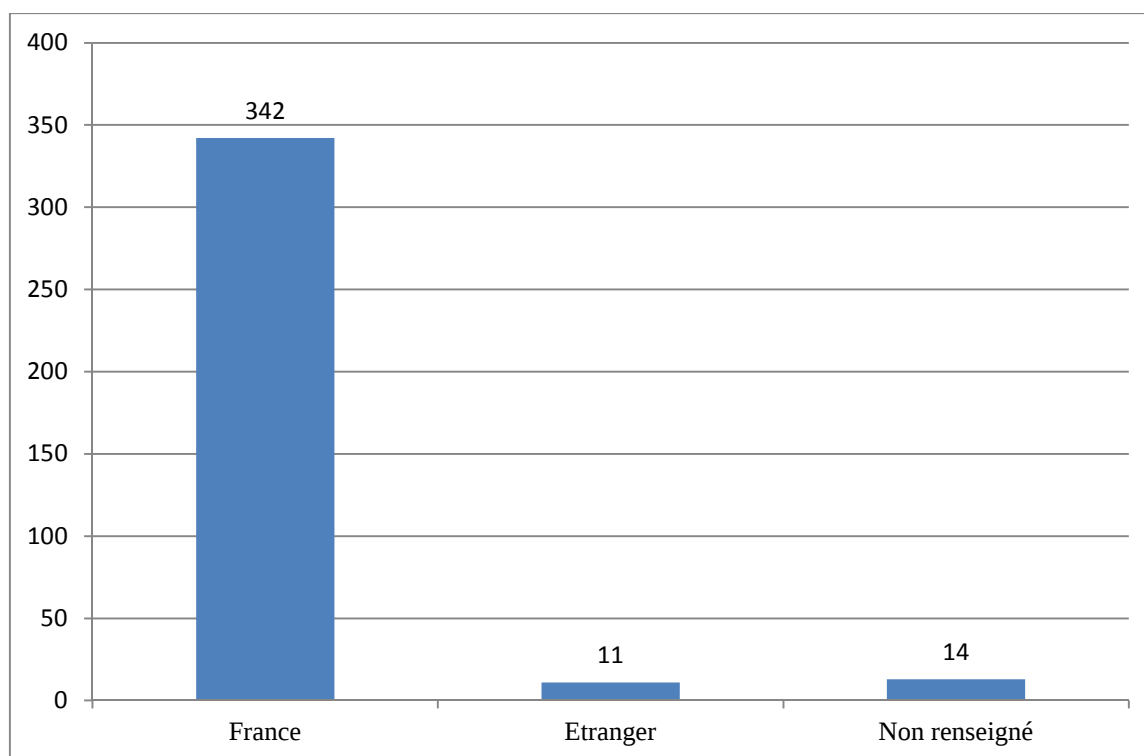


Figure 5 : Répartition des patients selon leur pays d'origine.

La majorité des patients est originaire de France (93 %).

Parmi les pays étrangers on retrouve des pays francophones comme la Belgique et le Bénin et d'autres pays variés tels que l'Espagne, l'Allemagne, le Luxembourg, l'Australie, l'Argentine, l'Angola, Haïti et la Côte d'Ivoire.

III - 3. Répartition du nombre de questionnaires

III - 3. 1) Sur toute la durée de l'étude

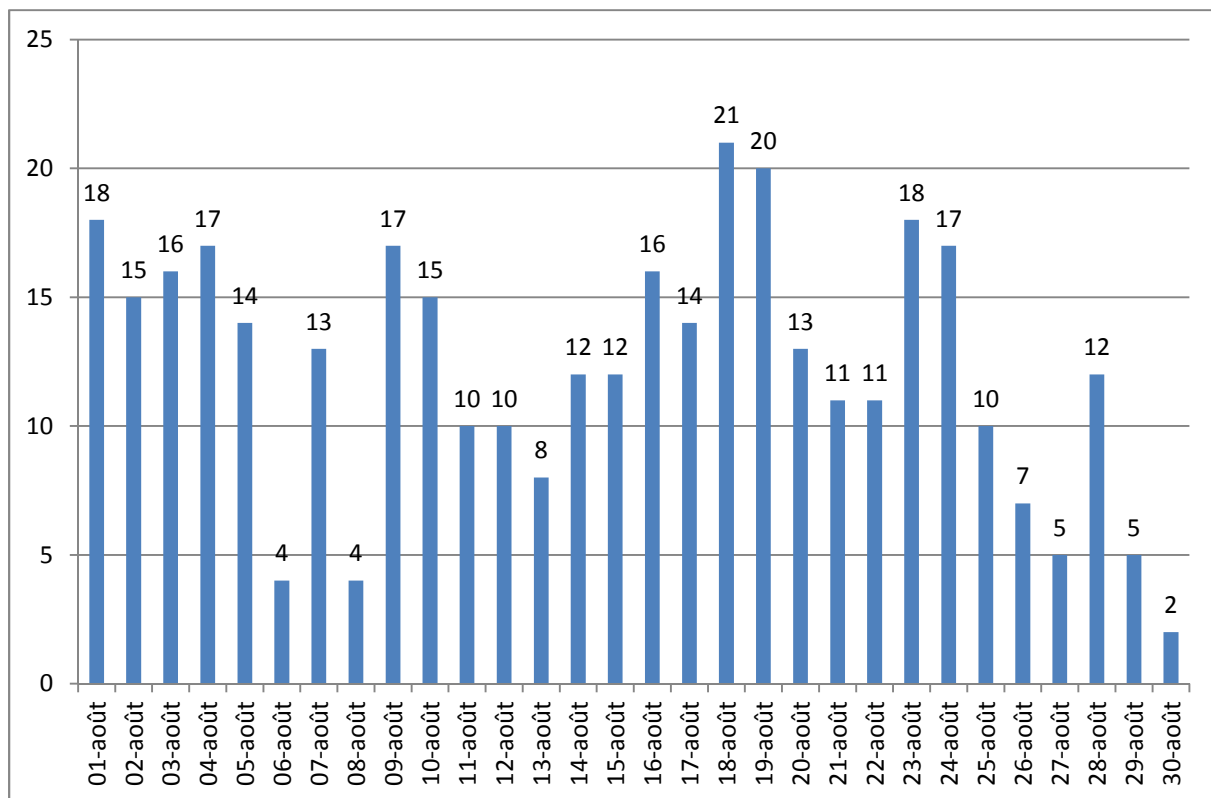


Figure 6 : Répartition du nombre de questionnaires sur le mois d'août 2011.

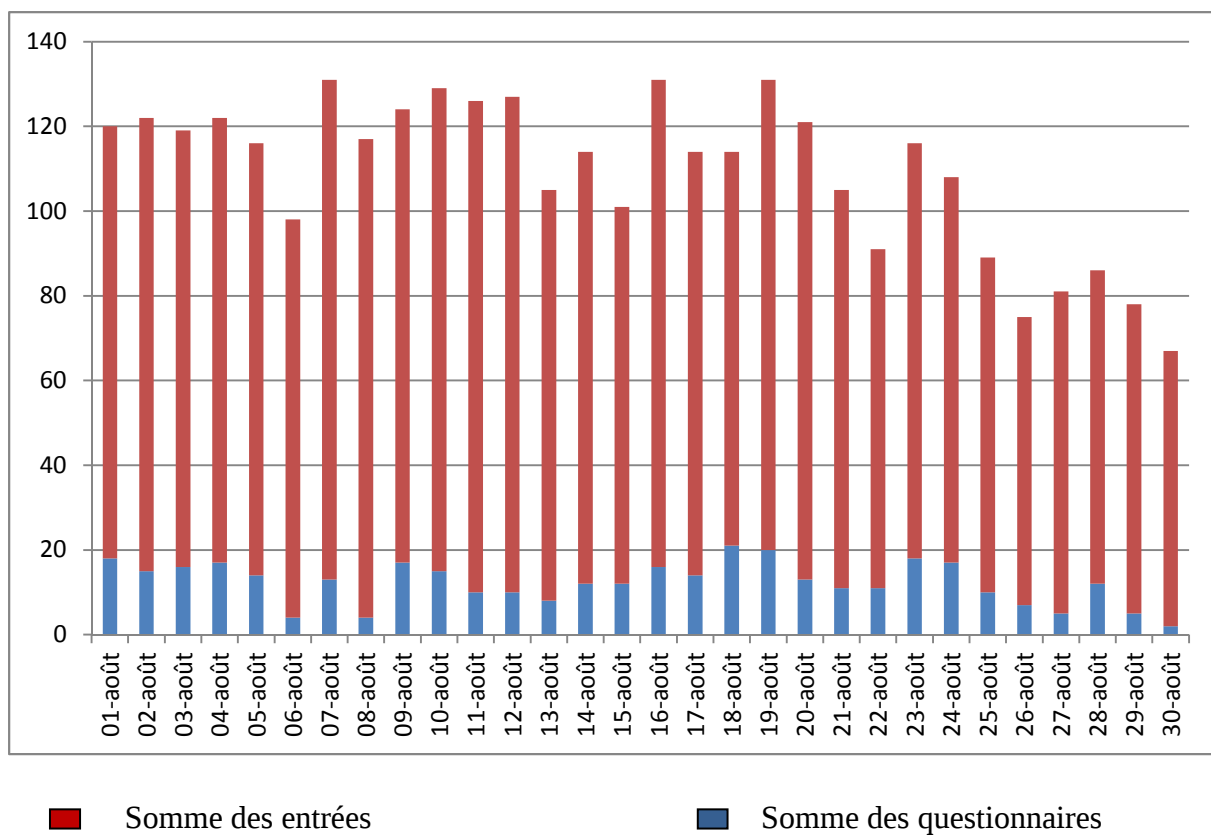


Figure 7 : Répartition du nombre de questionnaires par rapport au nombre d'entrées sur le mois d'août 2011.

III - 3. 2) En fonction du moment de la journée

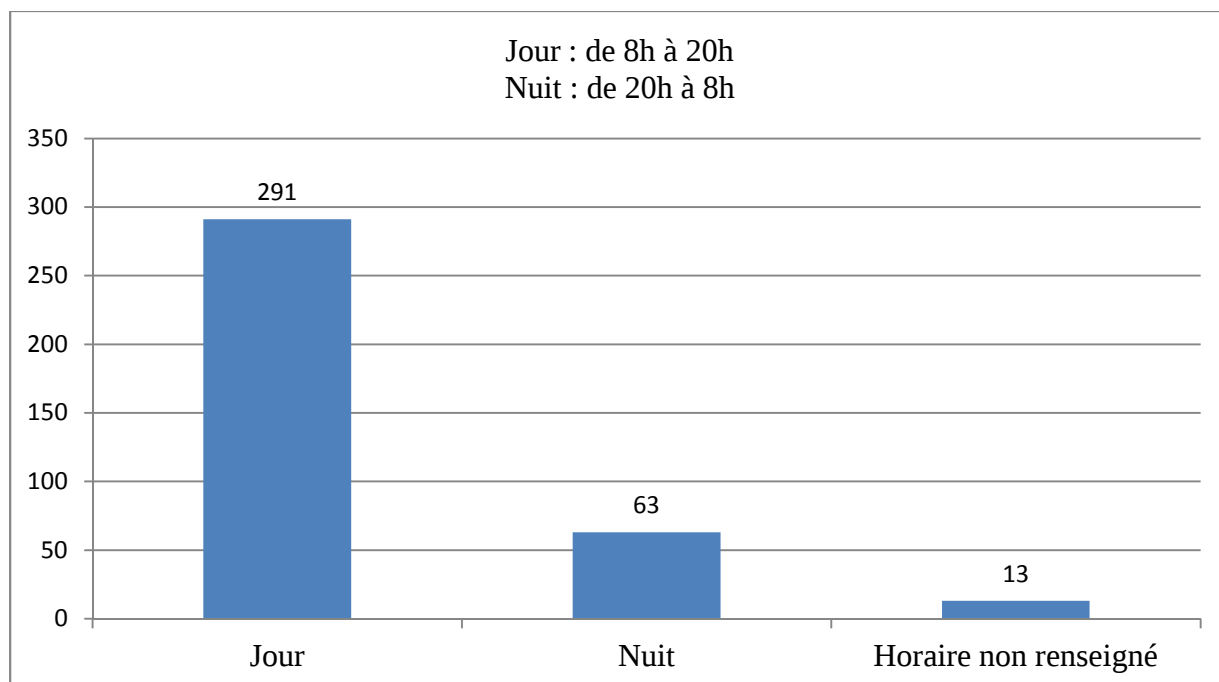


Figure 8 : Répartition des questionnaires sur la journée selon l'heure d'arrivée aux urgences.

79% des questionnaires ont été récupérés au cours de la journée et 17% pendant les horaires de nuit.

L'horaire « Nuit » de 20h à 8h correspond aux horaires où la permanence des soins est assurée par la maison médicale de garde.

III - 4. Réponses des patients aux questions posées

III - 4. 1) Bénéficiaire de la consultation

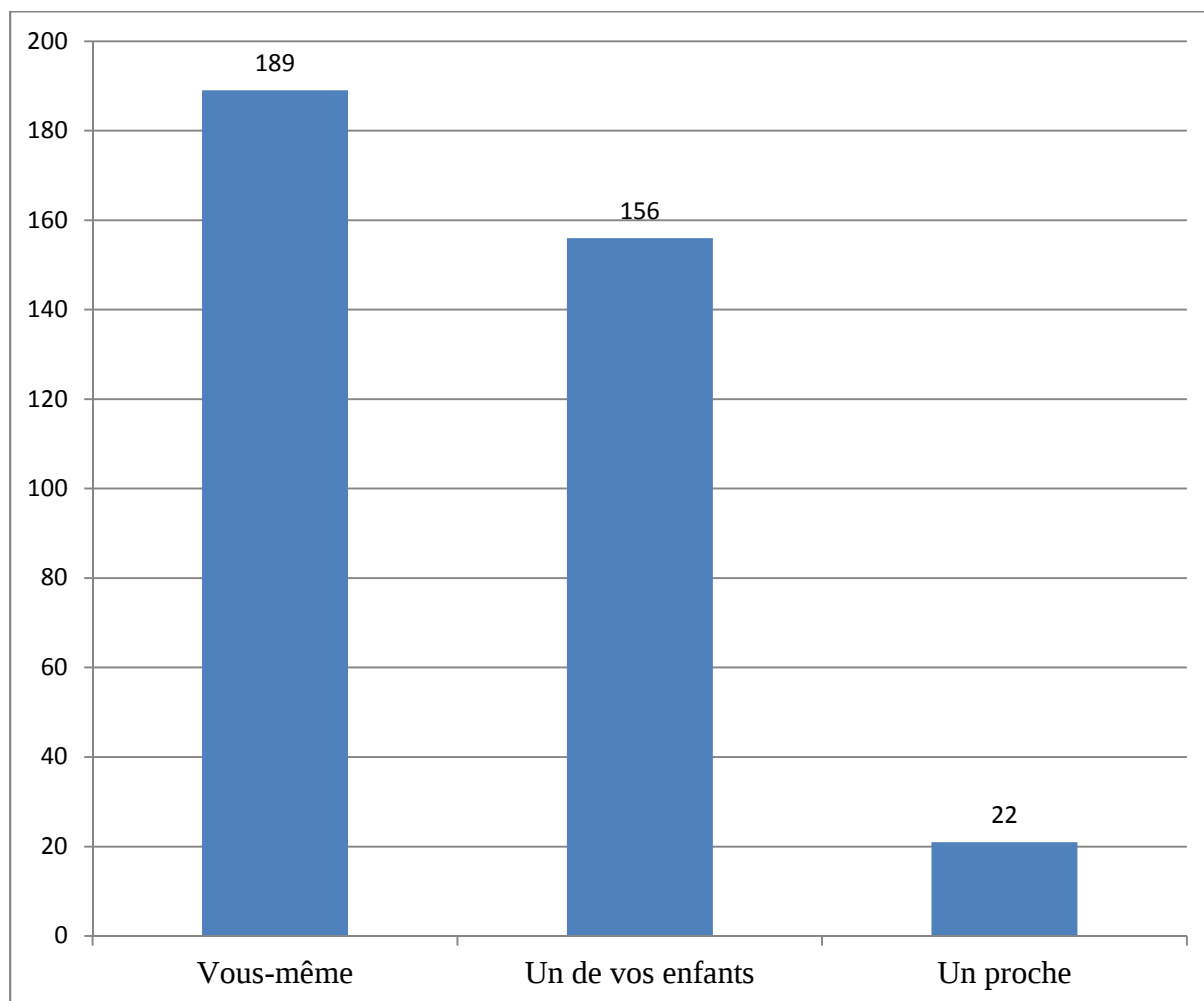


Figure 9 : Réponse à la Question 1 : Consultez-vous pour ... ?

189 patients (52 %) consultent pour eux-mêmes, 156 (42 %) pour leur(s) enfant(s) et 22 (6%) pour un proche (neveu, nièce, petits-enfants, conjoint....).

III - 4. 2) Motif de la présence actuelle aux Sables d'Olonne

- Vacances, week-end, tourisme ;
- Travail, déplacement professionnel ;
- Il s'agit de mon lieu d'habitation habituel.

La 3^{ème} proposition permettait d'exclure le patient de l'étude car il ne s'agissait alors pas d'un patient vacancier.

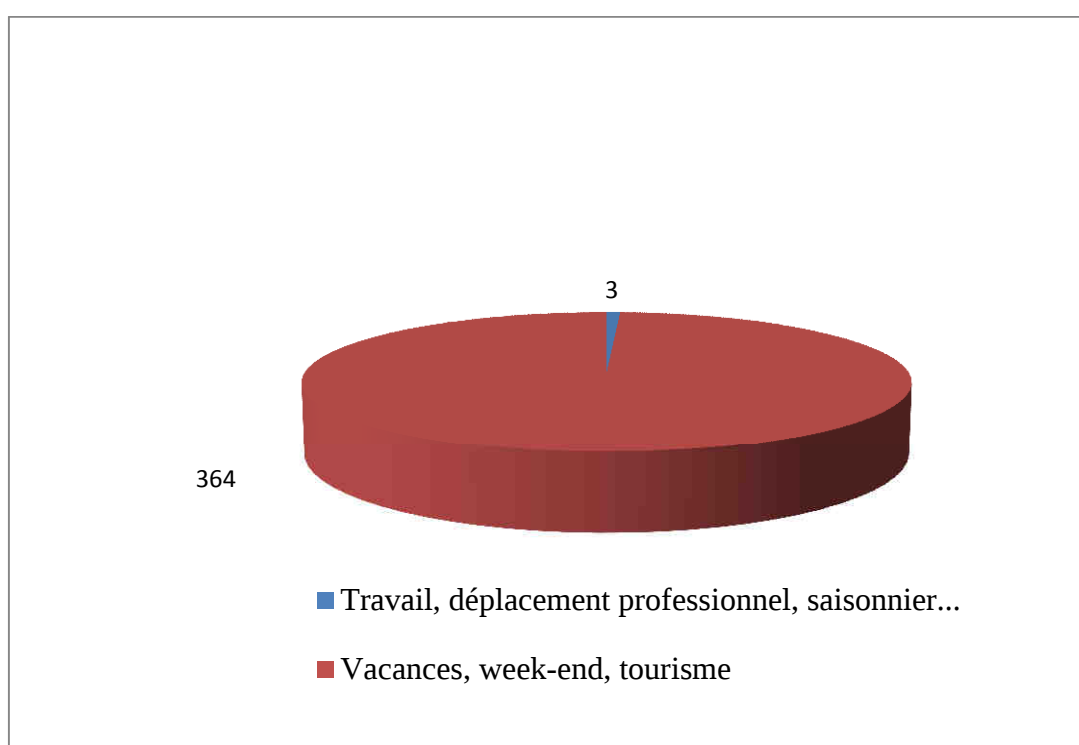


Figure 10 : Réponse à la Question 2 : Que faites-vous en ce moment aux Sables d'Olonne ?

364 patients (99 %) étaient dans la région pour des vacances, un week-end ou pour faire du tourisme.

III - 4. 3) Motif(s) de consultation aux Urgences

Le tableau ci-dessous liste l'ensemble des motifs de consultations énoncés par les patients dans les questionnaires.

MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE DE PATIENTS
Abcès vulvaire	1
Accident domestique sans précision	1
Asthénie	1
AVP sans précision	3
Brûlure	4
Céphalée et déficit moteur et/ou sensitif	1
Céphalées isolées	1
Cervicalgies	3
Chute de trottinette	1
Chute de vélo	8
Chute sans précision	24
Colique néphrétique	2
Corps étranger dans l'oreille	2
Coup sans précision	1
Douleur de mâchoire	1
Douleur thoracique	8
Douleurs abdominales	8
Douleurs anales	1
Douleurs avec suspicion de fracture du nez	1
Douleurs du coccyx secondaires à une chute	1
Douleurs du membre inférieur avec suspicion de fracture	71
Douleurs du membre inférieur avec suspicion d'entorse	20
Douleurs du membre inférieur sans notion de traumatisme	4
Douleurs du membre supérieur avec suspicion de fracture	47

Douleurs du membre supérieur avec suspicion d'entorse	2
Douleurs du membre supérieur et inférieur avec suspicion de fracture	1
Douleurs sous plâtre	1
Dyspnée ou symptômes respiratoires (toux, wheezing...)	7
Enfant malade sans précision	3
Eruption cutanée	6
Erythème cutané solaire	1
Fièvre accompagnée	7
Fièvre isolée	2
Hématurie	1
Infection cutanée	2
Infection cutanée secondaire à une piqûre d'insecte	10
Infection urinaire	1
Ingestion d'un corps étranger	4
Intoxication alimentaire	1
Lombalgie aiguë non traumatique	2
Lombalgie et douleurs du membre supérieur avec suspicion de fracture	1
Luxation de rotule	1
Malaise sans précision	1
Morsure de vipère	1
Motif de consultation non renseigné	5
Oedème de la face	1
Oedème du gland	1
Otalgie	2
Otalgie et odynophagie	1
Otorragie	1
Pathologie herniaire	1
Plaie de la face	23
Plaie de la main, du pouce ou des doigts	12
Plaie de localisation non précisée	7
Plaie du membre inférieur	5
Plaie du membre supérieur	1
Plaie du pied ou des orteils	7

Plaie par morsure	1
Plâtre à refaire	3
Problème ophtalmologique	5
Suspicion d'appendicite	1
Suspicion de déchirure musculaire	1
Suspicion de luxation de l'épaule	3
Suspicion de sténose du pylore	1
Traumatisme costal	2
Traumatisme crânien	4
Traumatisme crânien et douleurs du membre inférieur avec suspicion de fracture	1
Traumatisme crânien et plaie de la face	1
Traumatisme du rachis	1
Troubles gastro-intestinaux (diarrhées, vomissements...)	6

Figure 11 : Réponse à la Question 3 : Pour quel(s) motif(s) venez-vous consulter aujourd'hui aux Urgences ?

Les 5 motifs de consultations les plus fréquents sont surlignés en jaune.

71 patients (19 %) consultent pour douleurs du membre inférieur avec suspicion de fracture et 47 (13 %) pour suspicion de fracture du membre supérieur.

24 patients (7%) viennent suite à une chute.

23 patients (6%) présentent une plaie de la face.

20 patients (5.4%) ont des douleurs du membre inférieur avec suspicion d'entorse.

Les 5 motifs de consultation les plus fréquents sont liés à des traumatismes.

III - 4. 4) Motif de consultation secondaire à un traumatisme (chute, coup, accident de la route, accident de travail...)

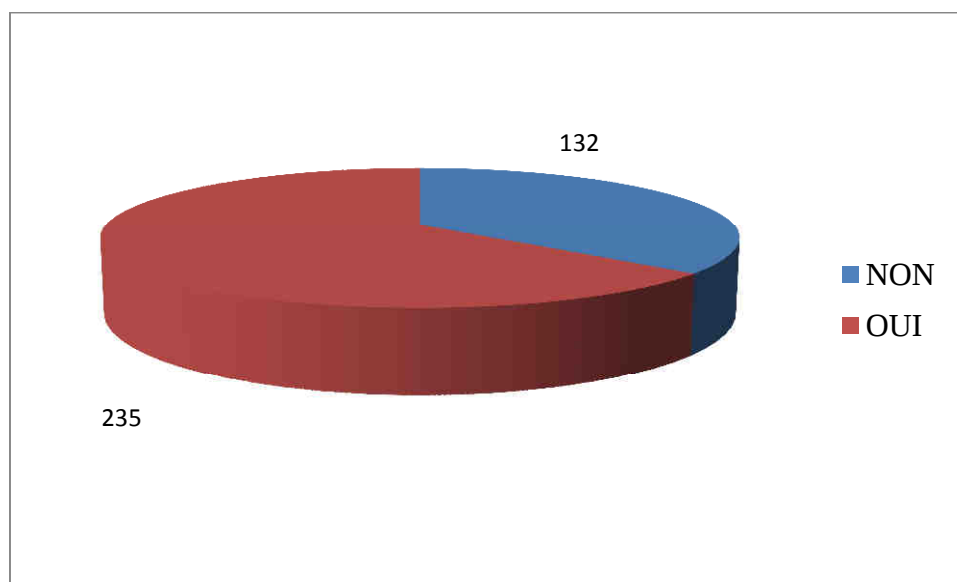


Figure 12 : Réponse à la Question 4 : Votre motif de consultation est-il lié à un traumatisme (chute, coup, accident de la route, accident de travail...) ?

235 patients (64%) consultent pour une pathologie traumatique et 132 patients (36 %) pour un motif non lié à un traumatisme.

III - 4. 5) Prise de contact avec un (ou plusieurs) médecins généralistes avant de venir aux urgences

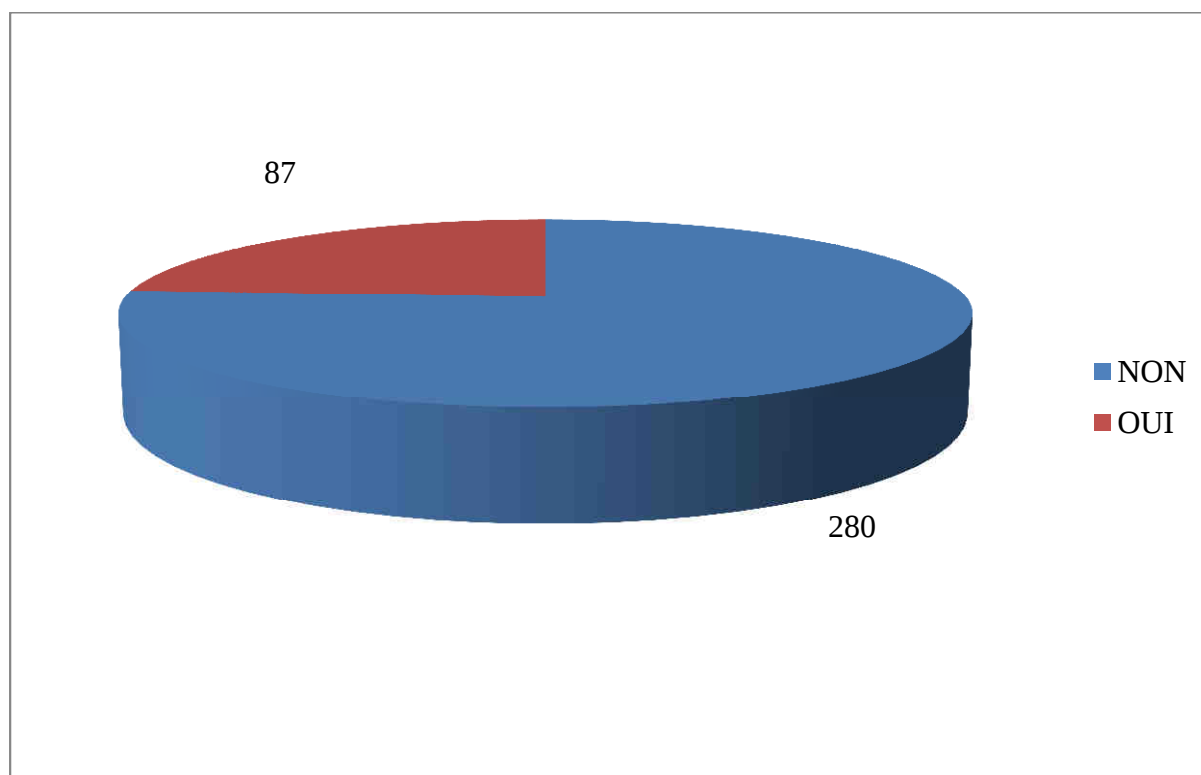


Figure 13 : Réponse à la Question 5 : Avez-vous contacté un (ou plusieurs) médecins généralistes avant de venir aux urgences ?

280 patients (76 %) n'ont pas contacté de médecins généralistes (MG) avant de venir aux urgences.

87 patients (24 %) ont essayé de contacté un ou plusieurs médecins généralistes avant de venir consulter.

III - 4. 5) a - Nombre de médecin(s) généraliste(s) contacté(s)

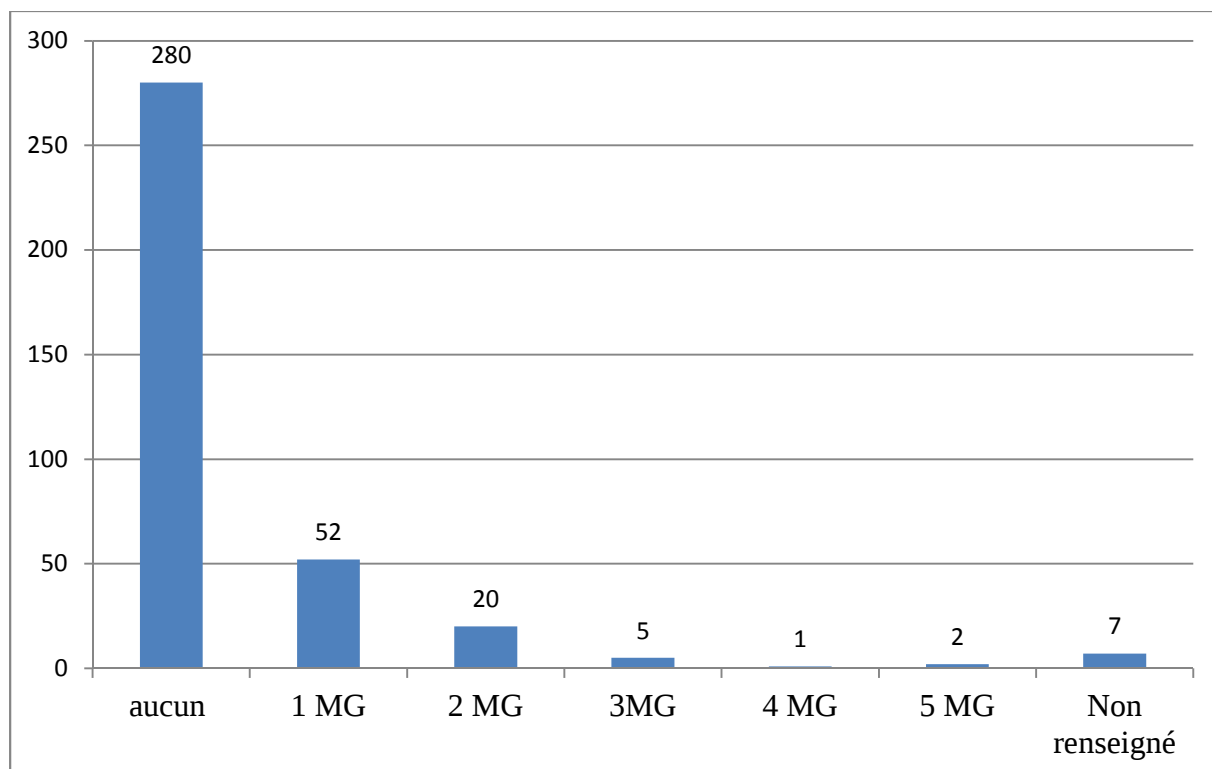


Figure 14 : Réponse à la Question 5-1 : Combien de médecins généralistes avez-vous contacté ?

52 patients (14 %) ont essayé de contacté un seul médecin généraliste.

20 patients (5 %) ont contacté 2 médecins généralistes.

8 patients (2 %) ont contacté 3 ou plus médecins généralistes.

III - 4. 5) b - Sources des coordonnées du médecin généraliste

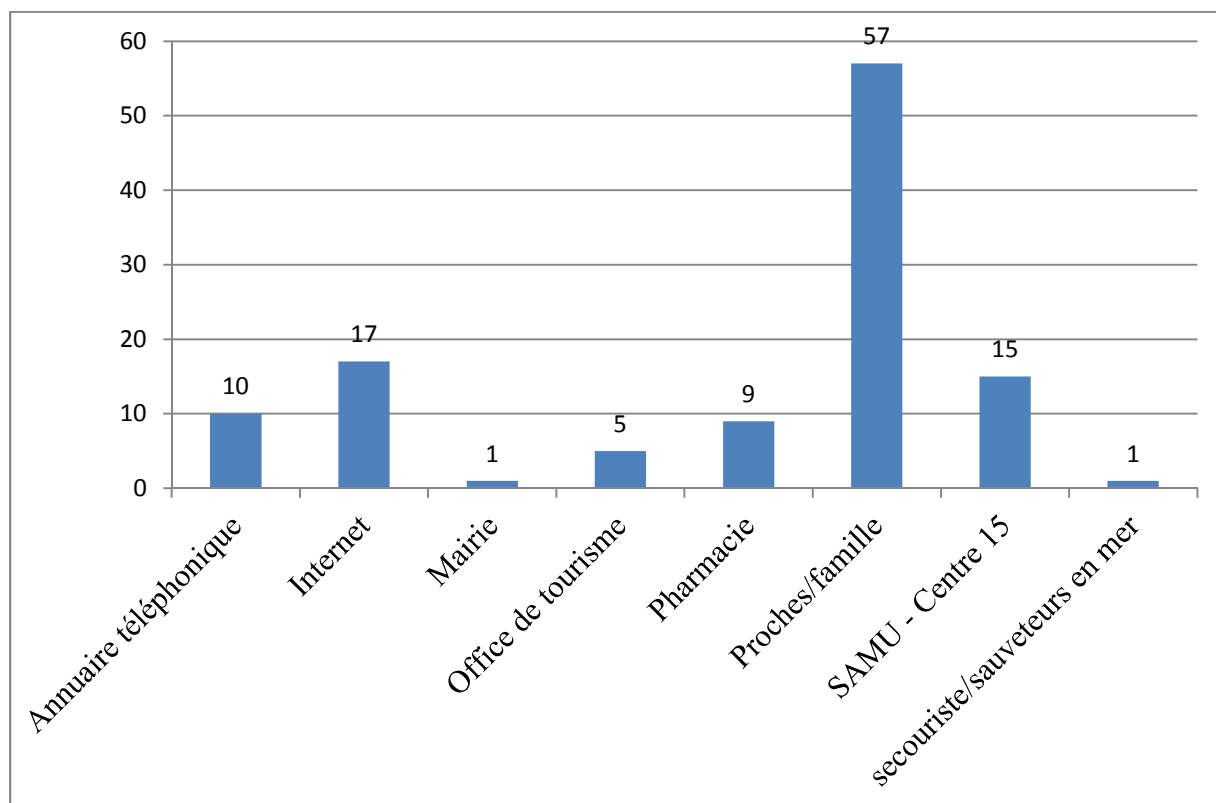


Figure 15 : Réponse à la Question 5-2 : Comment avez-vous trouvé ces coordonnées ?

16 % des patients (57) ont obtenu les coordonnées d'un médecin généraliste auprès de leurs proches ou famille.

III - 4. 5) c - Raisons du refus de recevoir le patient.

MOTIF DU REFUS	NOMBRE DE PATIENTS
Pas de place dans la journée/délai d'attente trop long	39
Nécessité d'une radiographie	10
Nécessité d'analyses biologiques	1
Nécessité de sutures	9
Non joignable/Répondeur téléphonique/Cabinet fermé	8

Figure 16 : Réponse à la Question 5-3 : Pourquoi ne vous-a-t-il pas reçu ?

On retrouve dans ce tableau trois cas de figure :

- Le médecin généraliste est joignable mais le motif de consultation évoqué nécessite un geste technique ou un examen complémentaire (20 patients).
- Le médecin généraliste est joignable mais il n'est pas disponible (39 patients).
- Le médecin généraliste n'est pas joignable (8 patients).

Pour 45 % des patients qui ont essayé de contacter un médecin généraliste, celui-ci ne pouvait pas les recevoir dans la journée.

III - 4. 5) d - Délai de rendez-vous de consultation

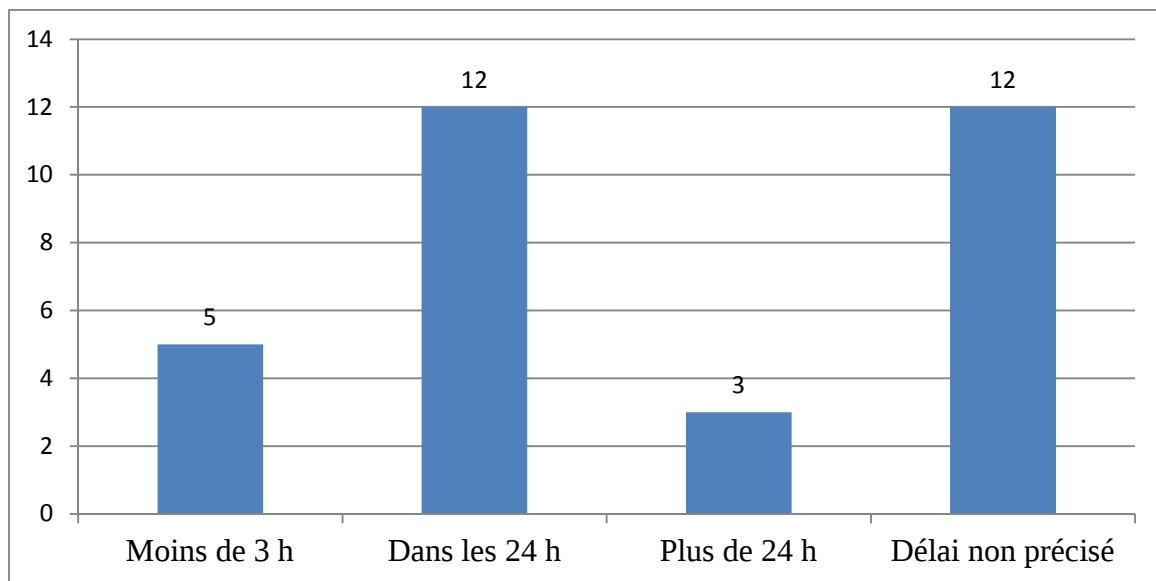


Figure 17 : Réponse à la Question 5-4 : Quel délai de rendez-vous vous a-t-il donné ?

10 patients se sont vus attribuer un rendez-vous le jour-même dont 5 dans les 3 heures qui suivaient leur appel.

8 patients ont pu avoir un rendez-vous le lendemain et 2 le surlendemain.

12 patients n'ont pas précisé le délai de rendez-vous donné par le médecin généraliste mais l'ont jugé trop long.

III - 4. 5) e - Arguments entraînant une absence d'appel d'un médecin généraliste

RAISONS DE L'ABSENCE D'APPEL AU MEDECIN GENERALISTE	NOMBRE DE PATIENTS
Ne connaît pas la région / facilité d'accès aux soins	63
Nécessité de faire une radiographie d'après le patient	55
Médecin supposé non disponible car Dimanche / Jours fériés / Week-ends	34
Médecin supposé non disponible car horaire tardif	21
Douleurs importantes	20
Caractère urgent du motif de consultation	13
Nécessité de sutures	12
Médecin supposé non disponible sans précision	11
Adressé d'emblée aux urgences par le poste de secours	10
Adressé d'emblée aux urgences sur les conseils du pharmacien	8
Rapidité de la prise en charge aux urgences	8
Raisons financières	6
Adressé d'emblée aux urgences sur les conseils d'un médecin	4
Adressé d'emblée aux urgences sur les conseils des pompiers	4
Cabinet médical supposé fermé	3
Maison médicale supposée fermée	3
Nécessité de changer un plâtre	3
Adressé d'emblée aux urgences après appel au SAMU	2

Figure 18 : Réponse à la Question 5-5 : Pourquoi n'avez-vous pas contacté un médecin généraliste ?

Sur les 280 patients n'ayant pas appelé de médecin généraliste, les 3 raisons les plus fréquemment évoquées sont la facilité d'accès aux soins par méconnaissance de la région (23 % des patients), la nécessité supposée de la réalisation d'une radiographie (20%) et le médecin supposé non disponible car la consultation a lieu un week-end ou un jour férié (12 %).

III - 4. 6) Contact téléphonique avec le médecin de la maison médicale de garde

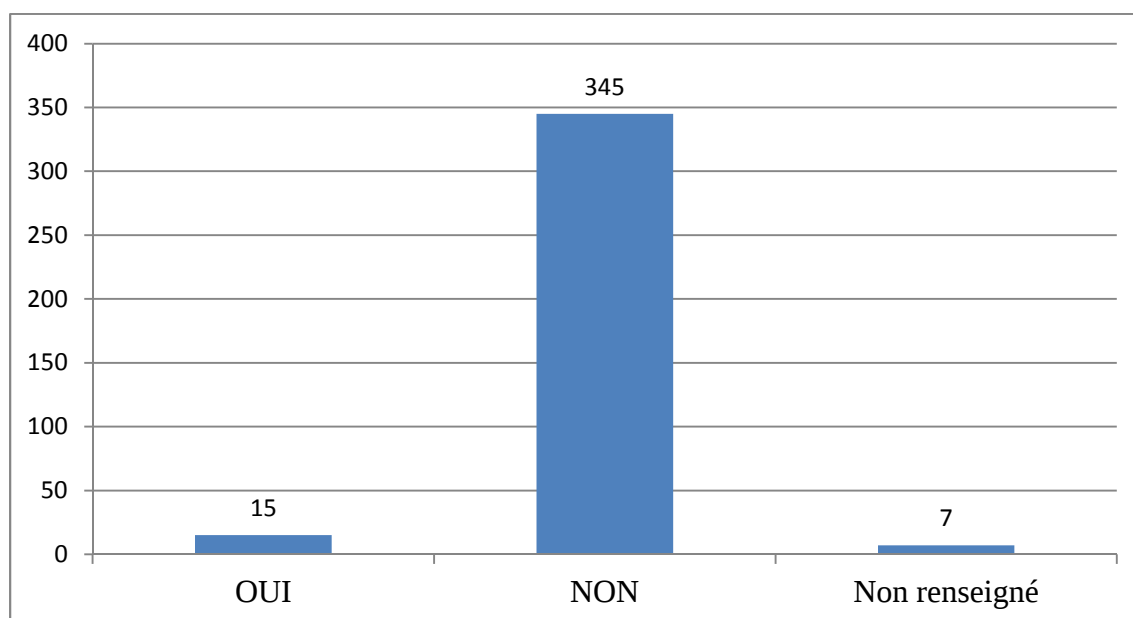


Figure 19 : Réponse à la Question 6 : Avez-vous eu un contact téléphonique avec le médecin de la maison médicale de garde ?

15 patients (4%) ont essayé de contacter le médecin de la maison médicale de garde avant de se présenter aux urgences.

III - 4. 7) Contact téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU-Centre

15

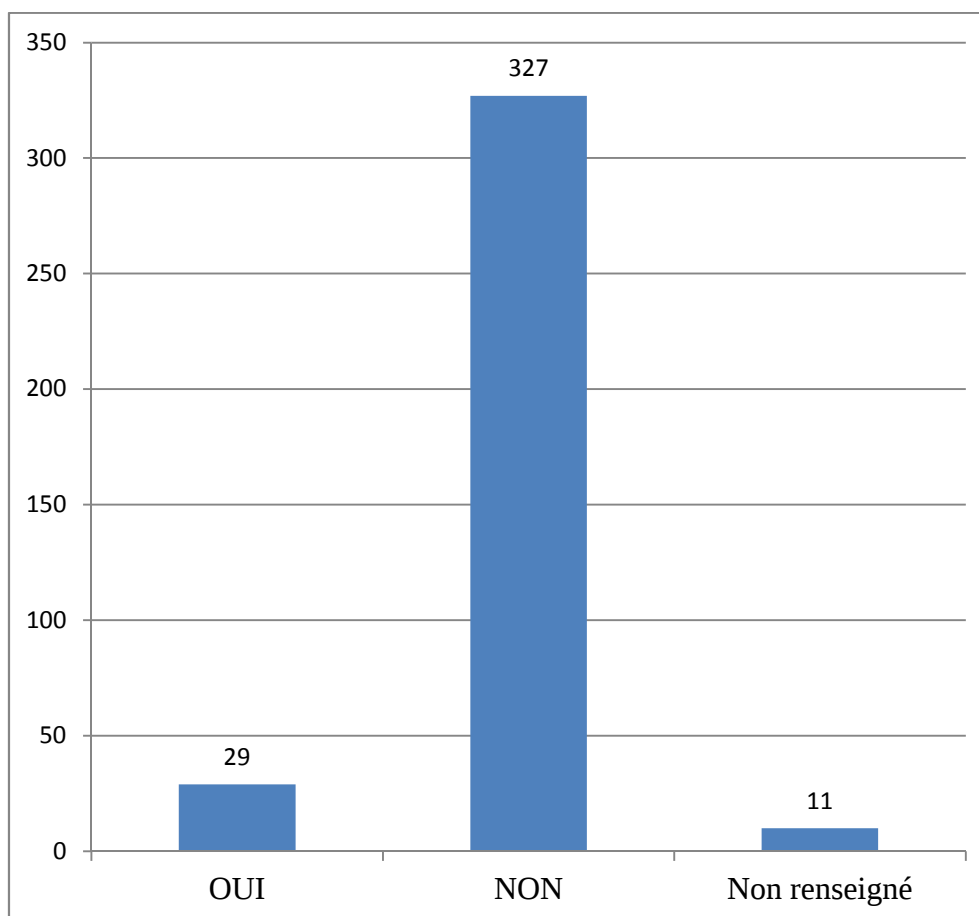


Figure 20 : Réponse à la Question 7: Avez-vous eu un contact téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU ?

29 patients (8%) ont appelé le médecin régulateur du SAMU (hospitalier ou libéral).

III - 4. 8) Lieu actuel de vacances

Ville de résidence	Nombre de patients	Distance approximative du Centre Hospitalier (en km)
Avrillé	1	23
Brem sur Mer	18	16
Brétignolles sur mer	31	20

Château d'Olonne	38	3
Givrand	1	27
Grosbreuil	2	15
Jard sur Mer	25	19
La Chapelle-Achard	2	18
La Mothe-Achard	3	19
La Tranche sur mer	3	44
L'Aiguillon sur Vie	2	23
Landevieille	14	19
Le Girouard	1	21
Les Sables d'Olonne	84	0
L'Ile d'Olonne	2	10
Longeville sur Mer	9	26
Noirmoutier	1	120
Olonne sur Mer	58	6
Port-Bourgenay	5	10
Saint Gilles Croix de Vie	2	31
Saint Hilaire de Riez	1	34
Saint Hilaire la Forêt	1	23
Saint Jean de Monts	2	48
Saint Julien des Landes	1	24
Saint Mathurin	1	12
Saint Vincent sur Jard	12	21
Sainte-Foy	2	13
Talmont Saint Hilaire	36	14

Figure 21 : Réponse à la Question 8: Dans quelle ville êtes-vous actuellement en vacances ?

Le tableau reprend les distances entre les villes de résidence des vacanciers et le CHCL.

84 patients (23%) résident aux Sables d'Olonne, 58 à Olonne sur Mer, 38 au Château d'Olonne et 36 à Talmont St Hilaire.

III - 4. 9) Type de résidence de vacances

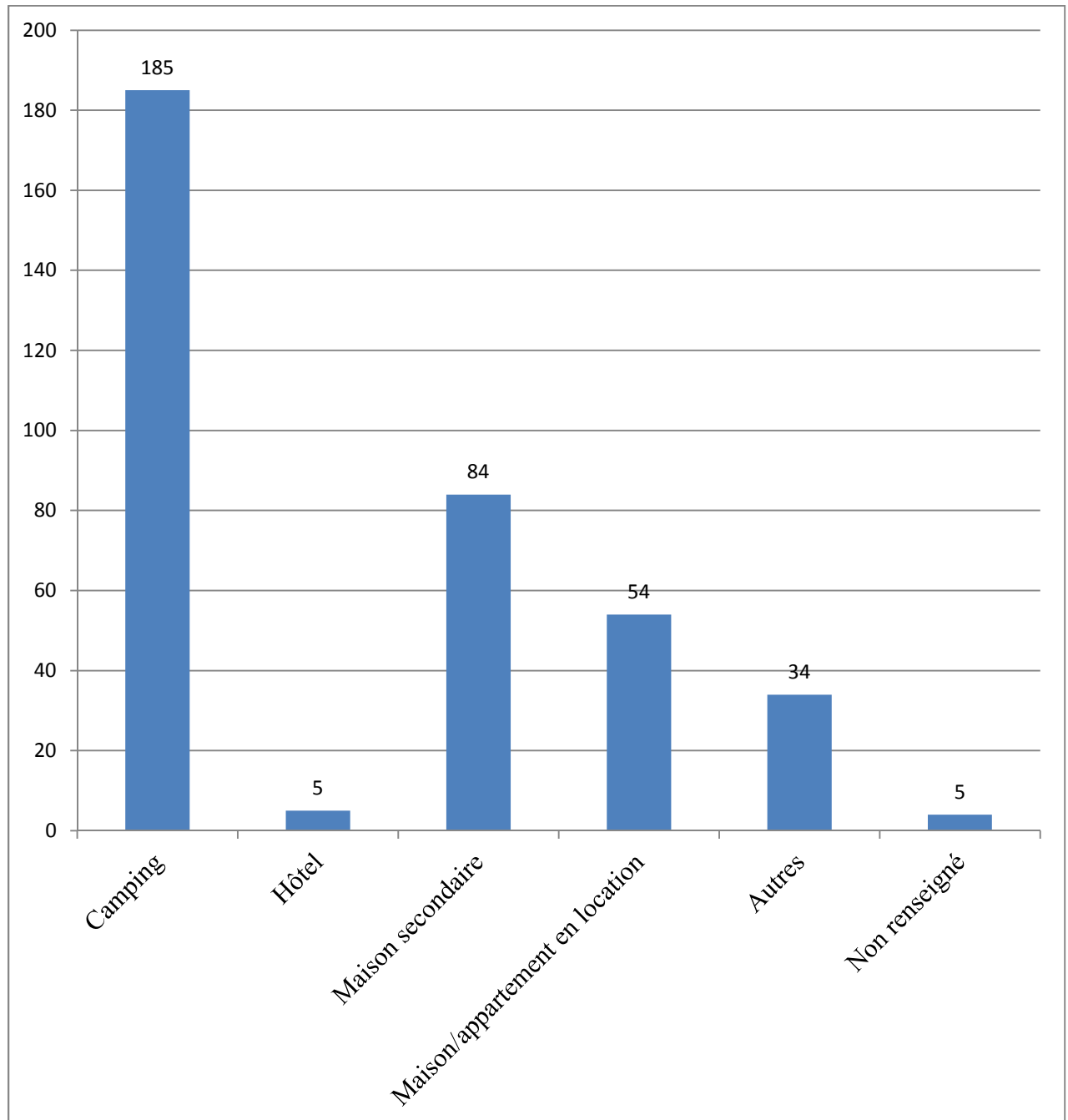


Figure 22 : Réponse à la question 9 : Dans quel type de résidence de vacances êtes-vous ?

185 patients soit 50 % des personnes interrogées résident au camping pendant leurs vacances.

III - 4. 10) Possibilité de prise en charge du motif de consultation par un médecin généraliste

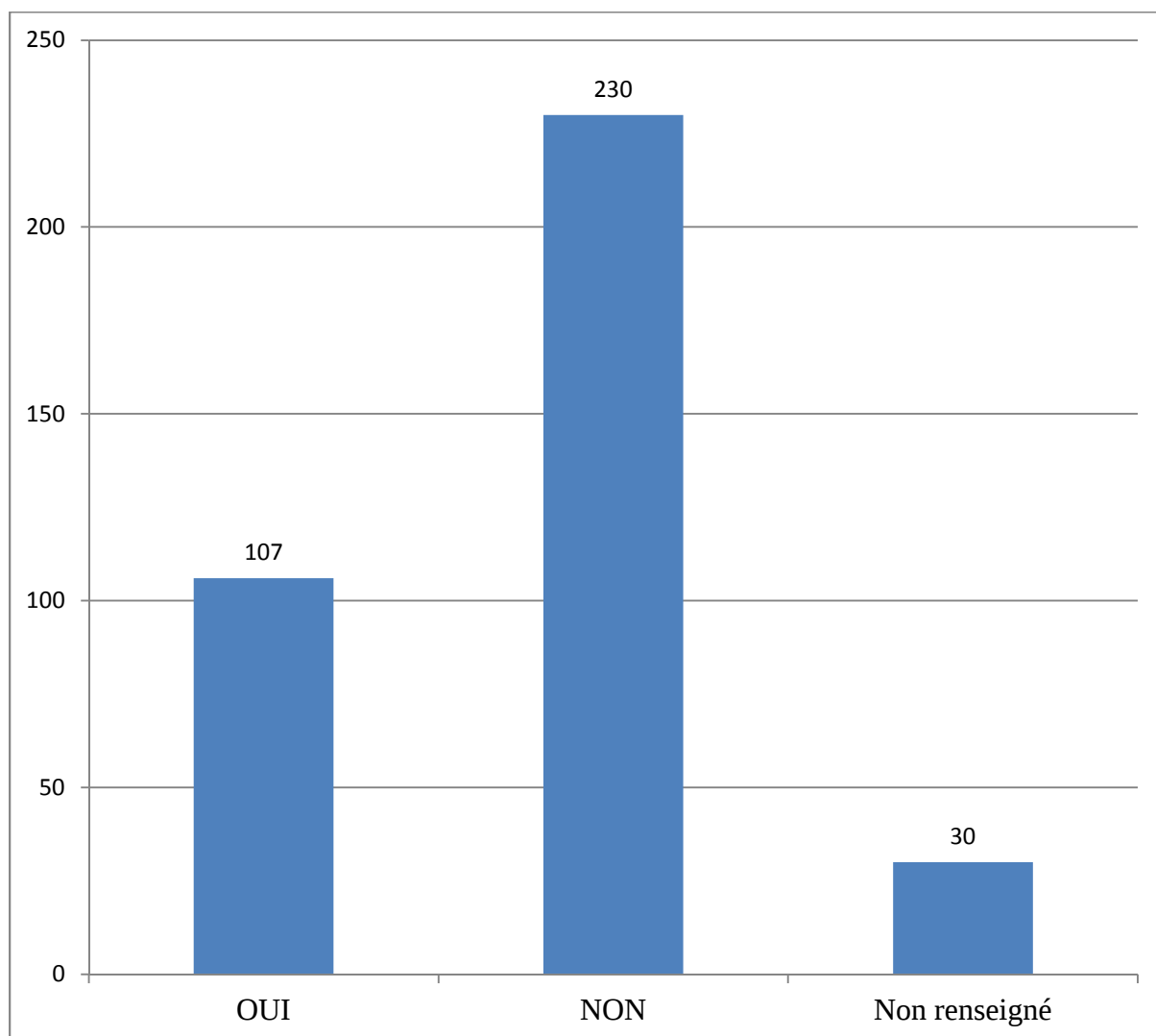


Figure 23 : Réponse à la question 10 : Estimez-vous que votre motif de consultation aujourd'hui aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste ?

107 patients (29 %) estiment que leur motif de consultation aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste. Parmi ces 107 patients, 42 patients (39 %) ont essayé de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux Urgences.

III - 4. 11) Existence d'un médecin généraliste référent déclaré

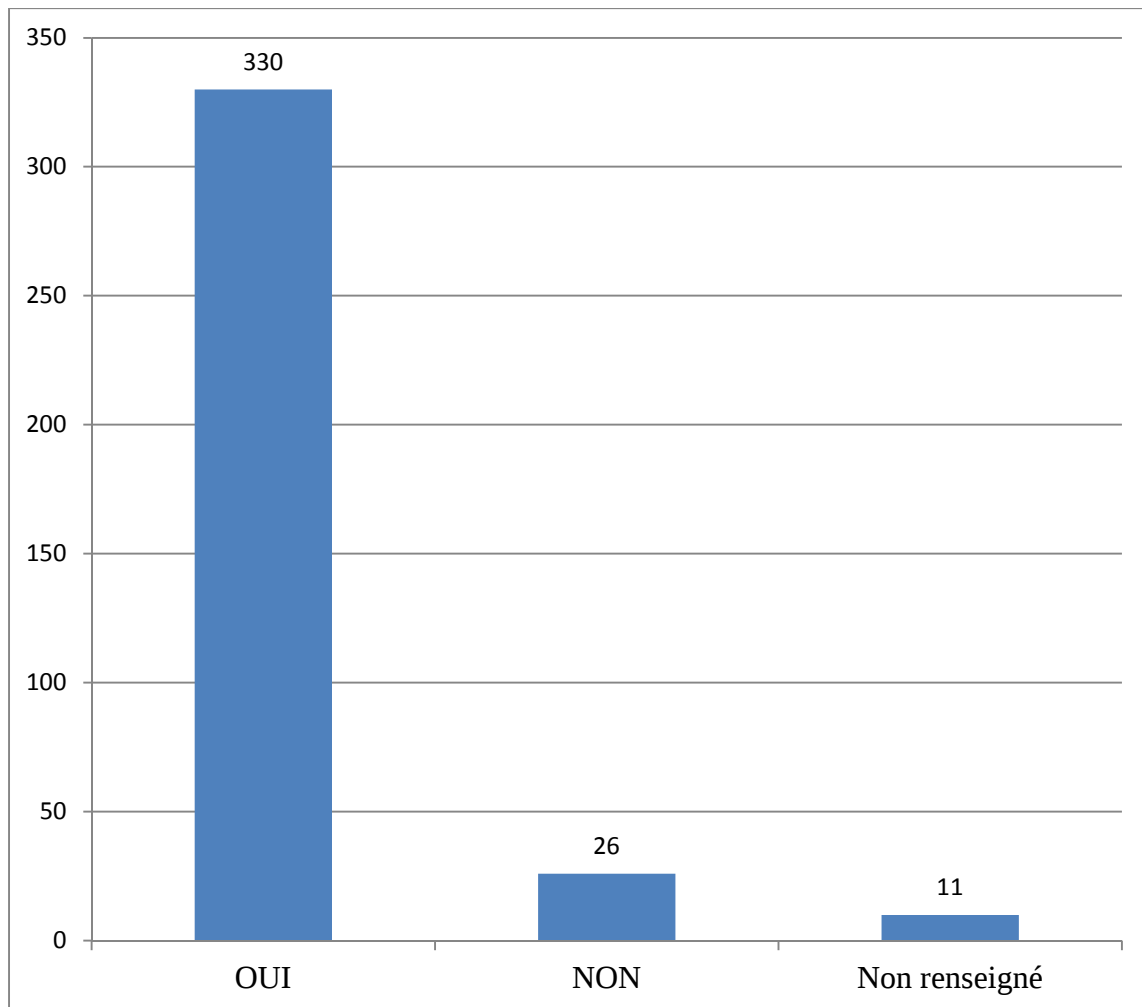


Figure 24 : Réponse à la Question 11 : Avez-vous un médecin généraliste référent ?

330 patients (90%) ont un médecin généraliste référent dans leur lieu de résidence habituel.

III - 4. 12) Consultation d'un médecin généraliste différent du médecin référent dans un contexte d'urgence hors du lieu de résidence habituel

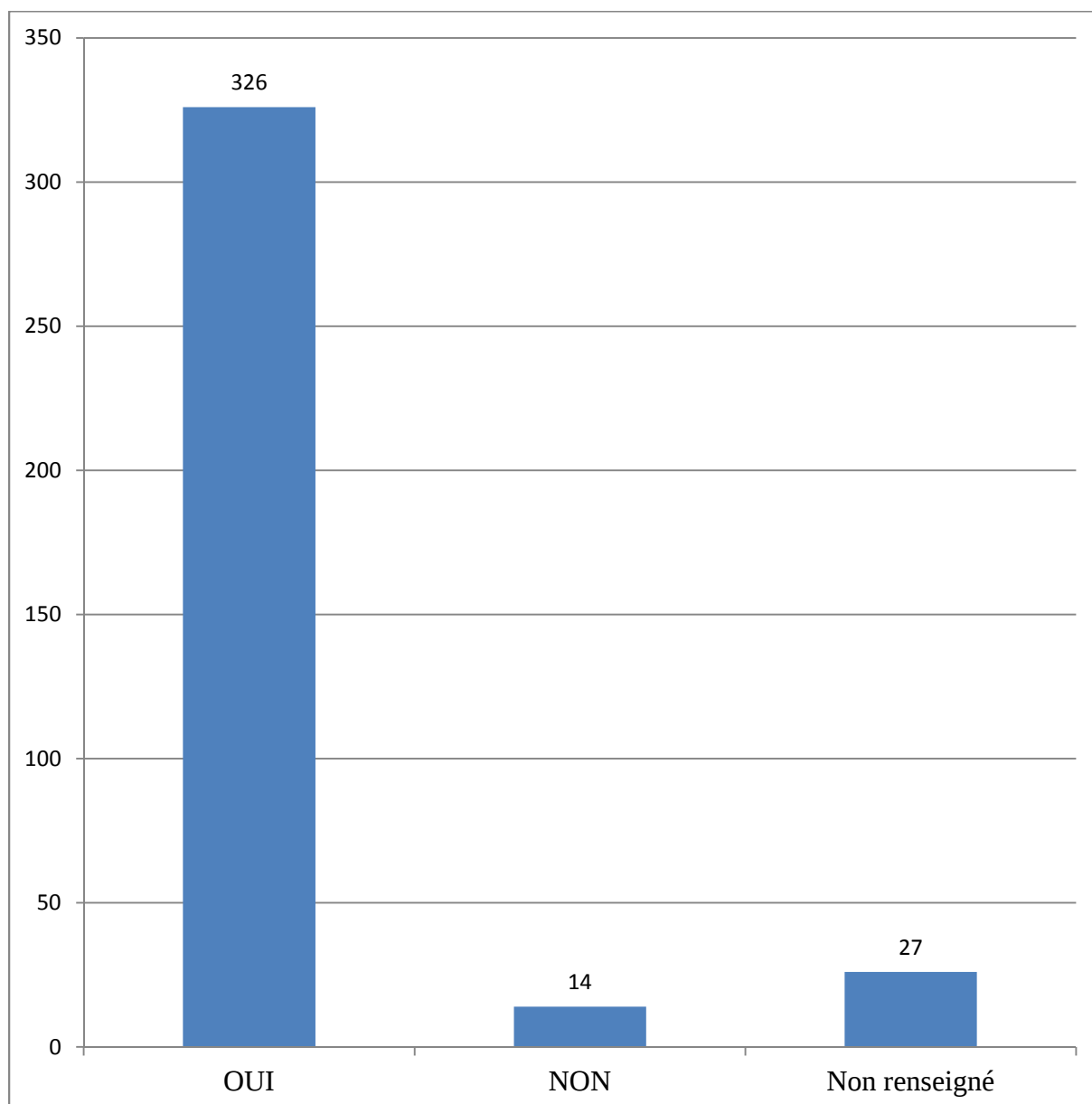


Figure 25 : Réponse à la Question 12 : Si vous avez déjà un médecin généraliste référent, pensez-vous avoir le droit de consulter un autre médecin généraliste sur votre lieu de vacances ?

326 patients (89%) savent qu'ils peuvent consulter un autre médecin généraliste que leur médecin référent lorsqu'ils sont en vacances.

IV - ANALYSE

IV - 1. Analyse globale de la population étudiée

IV - 1. 1) Une population jeune

La population des patients inclus dans cette étude est jeune puisque la moyenne d'âge est de 35 ans, mixte (47% d'hommes, 53% de femmes). La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée est celle des scolaires, collégiens, lycéens et étudiants. Les patients sont originaires de France.

Les personnes interrogées sont des vacanciers venant passer un week-end ou leurs vacances dans la région.

IV - 1. 2) Lieu et type de vacances

Les patients inclus résident pour la moitié d'entre eux en camping pour une durée moyenne de 1 à 2 semaines.

Les coordonnées de médecins généralistes sont obtenues de façon prédominante auprès des proches ou de la famille. Arrive en deuxième position la recherche de coordonnées sur Internet.

IV - 1. 3) Horaires de consultation

Les consultations sont réparties majoritairement sur la journée (79%) entre 8h et 20h, ce qui coïncide avec les horaires d'ouverture des cabinets de médecine libérale.

IV - 2. Comportement du patient face à l'offre de soins

Le but de cette thèse était d'essayer de répondre à plusieurs problématiques énoncées ci-après :

IV - 2. 1) Quel est le parcours de soin ou la démarche d'accès au soin d'un patient vacancier aux Sables d'Olonne ?

Les résultats ont permis de montrer que sur 367 patients, vacanciers, tous âges et sexes confondus, seuls 87 patients ont essayé de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences durant le mois d'août 2011.

IV - 2. 2) Les patients vacanciers essaient-ils de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences ? et sinon pour quelle(s) raison(s) ne le font-ils pas ?

280 patients (76 %) ont un recours spontané aux urgences.

La première raison qui s'impose pour expliquer ce constat, est le motif de recours aux urgences de ces patients vacanciers. En effet, 64 % des patients ayant répondu au questionnaire au cours du mois d'août 2011 venaient consulter pour une pathologie d'origine traumatique avec l'éventualité de réaliser des gestes complémentaires techniques : sutures, radiologies, bilans sanguins, plâtre...

IV - 2. 3) Les patients vacanciers connaissent-ils l'existence et le fonctionnement de la maison médicale de garde ? Ont-ils essayé de contacter le médecin de garde qui y travaille ?

J'ai pu mettre en évidence grâce à ce questionnaire une méconnaissance et une sous-utilisation de la maison médicale de garde. En effet, seuls 15 patients sur 367 soit 4 % ont contacté la maison médicale de garde en 1^{ère} intention.

Pourtant, la maison médicale de garde est une alternative non négligeable dans le parcours de soins qui s'offre aux patients. La maison médicale de garde se situe au rez-de-chaussée du service des urgences du CHCL et est ouverte le samedi de 14h à minuit et le dimanche de 9h à minuit. La nuit, en semaine, il s'agit d'un système d'astreinte où le médecin de garde se déplace après avoir été contacté par la régulation. Ceci permet de limiter la venue aux urgences de patients dont la prise en charge peut être assurée par un médecin généraliste.

Cependant, si le patient nécessite des gestes techniques, des soins ou des examens complémentaires non réalisables par le médecin de la maison médicale de garde, il est réadressé aux urgences pour la suite de la prise en charge.

Les gardes y sont assurées par des médecins généralistes de la région et par des internes ayant obtenu leur licence de remplacement.

Les patients peuvent y consulter spontanément, ou après l'avis du médecin régulateur qui contacte le médecin de garde qui y travaille, ou après réorientation par le médecin d'accueil et d'orientation à l'accueil du service des urgences.

IV - 2. 4) Les patients ont-ils contacté la régulation du SAMU-Centre 15 ?

La plupart des patients viennent consulter spontanément sans passer par un appel au SAMU-Centre 15 puisque sur 367 patients, seuls 29 ont appelé la régulation avant de venir aux urgences soit 8 %.

Très peu de patients ont donc contacté la régulation du SAMU-Centre 15 basé au CHD de la Roche sur Yon. Celle-ci a pourtant pour mission d'orienter et d'organiser au mieux la filière de soins de premiers recours. Le SAMU-Centre 15 dispose de médecins urgentistes et de médecins libéraux présents pour réguler les appels et adapter au mieux l'offre de soins à la demande énoncée par le patient.

Malgré une offre de soins conséquente, proposée au patient vacancier, dans le territoire de santé des Sables d'Olonne, en août 2011, on constate une nette sous-utilisation des différents recours possibles comme alternatives à une venue aux urgences. En effet, il existe une méconnaissance importante de l'existence et du rôle de la maison médicale de garde et de la régulation du SAMU-Centre 15.

IV - 3. Analyse du motif de recours aux urgences

IV - 3. 1) Pathologie traumatique

Les recours aux urgences pour motifs traumatiques (quelle que soit son origine : chute, coup, AVP, accident de travail) sont plus fréquents que pour les motifs médicaux (64% versus 36%) avec dans l'ordre décroissant de fréquence (cf figure 11 et 12) :

- les douleurs du membre inférieur avec suspicion de fracture (71 patients) ;
- les douleurs du membre supérieur avec suspicion de fracture (47 patients) ;
- les chutes (24 patients) ;
- les plaies de la face (23 patients) ;
- les douleurs du membre inférieur avec suspicion d'entorse (20 patients).

Parmi les patients qui consultent aux Urgences pour une pathologie traumatique soit 235 patients :

36 ont appelé un médecin généraliste soit 15 %

199 n'ont pas essayé de contacter un médecin généraliste soit 85 %

Les patients consultant pour un traumatisme expliquent ne pas avoir contacté de médecin généraliste car ils estiment qu'il va être nécessaire d'effectuer une radiographie ou d'éventuelles sutures ou plâtre au cours de leur prise en charge. Ils se rendent donc directement aux urgences.

IV - 3. 2) Pathologie médicale

Parmi les 130 patients qui consultent aux urgences pour une pathologie médicale, 51 ont appelé un médecin généraliste soit 39 % d'entre eux.

IV - 3. 3) Relation entre le type de pathologie et l'appel au médecin généraliste.

Les patients présentant une pathologie traumatique appellent significativement moins le médecin généraliste comparativement à ceux présentant une pathologie médicale ($p < 0.01$).

IV - 4. Place de l'assuré et du médecin traitant dans le parcours de soins

IV - 4. 1) Réforme du médecin traitant :

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire initialement, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. [15]

Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement.

La réforme de l'Assurance maladie entrée en vigueur en 2006 encourage le « parcours de soins coordonnés » au sein duquel le « médecin traitant » occupe un rôle pivot. Choisi par le patient, le médecin traitant réalise les soins primaires et oriente si besoin le patient vers les soins de spécialité.

Selon les chiffres de l'Assurance maladie, à la mi-2006, huit Français sur dix ont déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale. [15]

IV - 4. 1) a - L'assuré DANS le parcours de soins

Les assurés qui consultent leur médecin traitant ou son remplaçant ou un autre médecin sur orientation de leur médecin traitant sont remboursés comme avant : 70 % du tarif conventionné. Ils gardent la possibilité de consulter directement, dans le cadre d'un suivi régulier, un gynécologue ou un ophtalmologue sans pénalisation de remboursement. Les jeunes âgés de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement un psychiatre, sans pénalités.

Les assurés peuvent consulter tout médecin généraliste dans une situation d'urgence ou lors d'un éloignement occasionnel du domicile. [15]

IV - 4. 1) b - L'assuré HORS du parcours de soins

Les assurés n'ayant pas fait le choix du médecin traitant et préférant rester libres d'accéder directement aux soins de spécialistes sont moins bien remboursés : 60 % du tarif conventionné. De plus, l'assuré consultant un spécialiste de secteur 1 hors « parcours de soins » et « hors situation d'urgence ou d'éloignement occasionnel de son domicile » peut se voir imposer une majoration plafonnée par consultation. Il est prévu que les complémentaires maladie, sous peine de ne plus bénéficier des avantages fiscaux afférant aux contrats d'assurance dits « responsables », ne compensent pas ces diverses pénalités qui demeurent donc entièrement à la charge de l'assuré. [15]

IV - 4. 1) c - La réforme du médecin traitant en chiffres

- En Janvier 2006 : 70% des assurés ont déclaré un médecin traitant.
- En Septembre 2007 : 80% des assurés (43 millions de personnes) ont choisi leur médecin traitant.
- En Novembre 2008 : 85% des assurés ont choisi un médecin traitant. [16]

IV - 4. 2) Chiffres propres à l'étude :

IV - 4. 2) a - Déclaration ou non d'un médecin traitant

Parmi les 367 questionnaires obtenus, 331 patients ont un médecin généraliste référent. 90% des gens interrogés ont donc effectué la déclaration d'un médecin traitant. Ce chiffre est concordant avec le chiffre obtenu en novembre 2008 de 85%. [16]

IV - 4. 2) b - Connaissance de la possibilité de consulter un autre médecin en urgence

Parmi les 330 patients ayant déclaré avoir un médecin généraliste référent, 306 (92 %) savent qu'ils peuvent consulter un autre médecin généraliste que leur médecin référent lorsqu'il s'agit d'une urgence et 12 (4%) l'ignorent.

Ces chiffres montrent une bonne connaissance de la filière de soins de premier recours puisque 92 % des patients interrogés savent qu'ils peuvent consulter n'importe quel autre médecin généraliste sur leur lieu de vacances conformément à la réforme de l'assurance maladie de 2004. [15]

Ce chiffre élevé laisse présager d'une bonne connaissance théorique de la filière de soins de Médecine Générale ce qui n'est pas illustré dans la pratique. En effet, le nombre de patients ayant essayé d'appeler un médecin généraliste avant de venir consulter aux urgences n'est pas proportionnel au nombre de patients qui savent qu'ils peuvent le faire.

IV - 4. 2) c - Relation entre médecin traitant déclaré et appel d'un médecin généraliste

Parmi les 87 patients qui ont contacté un ou plusieurs médecins généralistes, 73 ont un médecin traitant déclaré soit 84 % d'entre eux.

IV - 4. 2) d - Relation entre médecin traitant déclaré et absence d'appel d'un médecin généraliste

Sur 280 patients qui n'ont pas essayé de contacter de médecin généraliste : 256 ont un médecin généraliste référent soit 91 % et 12 patients n'en ont pas soit 4 %.

IV - 4. 2) e - Relation entre prise en charge du motif de consultation possible par un médecin généraliste et appel d'un médecin généraliste

A la question « Estimez-vous que votre motif de consultation aujourd'hui aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste ? », 107 patients ont répondu « OUI ». Parmi ces 107 patients, seuls 42 patients (39 %) ont essayé de contacter un médecin généraliste avant de se rendre aux urgences alors que 92 % des patients inclus savent qu'ils peuvent le faire.

61 % des patients estimant qu'ils auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste n'essaient pas d'en contacter.

Comment peut-on expliquer cet état de fait ?

V – DISCUSSION

V - 1. Discussion de la méthode

V - 1. 1) Méthode d'inclusion

Les patients qui se présentaient à l'accueil du service des urgences étaient reçus initialement par la secrétaire qui constituait le dossier administratif du patient et qui demandait au patient s'il était « vacancier ». En cas de réponse positive, le patient recevait un questionnaire et le remplissait dans la salle d'attente. Celui-ci était ensuite récupéré par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) ou rendu à la secrétaire.

Les patients se présentant avec un courrier d'un médecin généraliste ou du médecin de la maison médicale de garde ne recevaient pas de questionnaire.

Cette distribution dès l'accueil du patient permettait d'éviter de distribuer des questionnaires à des patients n'étant pas vacancier ou ne remplissant pas les critères d'inclusion. D'autre part, le patient n'avait pas encore vu de médecin au moment où il remplissait le questionnaire, ceci avait pour but d'éviter de l'influencer.

Dans cette étude, pour éviter un biais de sélection nous avons décidé de ne pas inclure les patients amenés aux urgences par ambulances ou VSAV. En effet, dans ces cas, nous avons considéré que les patients n'avaient pas décidé d'eux-mêmes de se rendre aux urgences. Les ambulances et les pompiers pouvaient en effet avoir été contactés par le patient lui-même ou suite à la décision du médecin régulateur.

V - 1. 2) Biais de remplissage

Le principal biais de l'étude était un biais de remplissage car certains patients ne répondaient que partiellement ou incorrectement à certaines questions. Les réponses absentes sont notées comme « non renseigné » dans les résultats.

V - 2. Discussion des résultats

V - 2. 1) Résultats de l'étude

L'analyse de cette étude sur 367 patients vacanciers interrogés permet de mettre en évidence différents phénomènes dont la connaissance doit conduire à réfléchir aux mesures à prendre pour améliorer la prise en charge des patients.

- Motifs traumatologiques majoritaires ;
- Sous-utilisation de la régulation du SAMU-Centre 15 ;
- Sous-utilisation de la Maison Médicale de Garde ;
- Défaut d'information des patients.

Cette étude met en évidence un comportement de recours « réflexe » aux urgences, la considération du médecin généraliste, comme premier interlocuteur devant toute pathologie aiguë, n'étant pas acquise pour la majorité des patients (76%). Cette tendance n'est pas l'apanage des vacanciers car l'augmentation des consultations aux urgences est un phénomène conjoncturel national (cf enquête de la CPAM de 2004). Mais, la non connaissance du secteur géographique et des conditions d'accessibilité des praticiens, doit ici certainement l'accentuer (cf figure 18).

Les pathologies traumatiques sont, l'été, les motifs de consultation les plus fréquents aux urgences, nécessitant pour la plupart des examens complémentaires d'imagerie et comme traitement, des sutures, plâtres...

Les patients présentant des pathologies traumatiques estiment donc un service d'urgences, plus apte à répondre à ces impératifs techniques, car l'appel au médecin généraliste est dans ce cas très peu usité.

Le recours à la maison médicale de garde est très faible.

A la lecture des résultats on peut suspecter d'autres critères d'absence d'appel au médecin généraliste non évoqués par les patients, tel que le manque de confiance dans un médecin généraliste qui ne suit pas le patient habituellement. En effet, le médecin généraliste ne connaîtra ni les antécédents du patient, ni son traitement habituel. On peut supposer que les patients trouvent un côté « rassurant » au système hospitalier d'une part pour l'accès immédiat aux thérapeutiques efficaces en cas de douleurs (pathologies traumatiques) et d'autre part pour un recours aisé aux spécialistes par le biais du service des urgences (chirurgiens orthopédiques ou autres...).

Cette étude met également en exergue un problème de comportement des patients vacanciers dans leur démarche de soins. En effet, même si dans certains cas, un médecin généraliste contacté par téléphone est consultable dans la journée, les patients ne souhaitent pas attendre et préfèrent se rendre aux urgences. Ce comportement provient-il d'une anxiété ressentie par les patients face à l'urgence ? Le motif considéré comme urgent par le patient n'est pas forcément aux yeux de l'urgentiste une raison valable de venir aux urgences. La situation concernée aurait peut-être pu être prise en charge en ambulatoire.

De nombreux patients citent la notion de facilité d'accès aux soins pour expliquer leur venue aux urgences. Cela représente-il pour eux un gain de temps ? Une rapidité de prise en charge ? Or, on sait que parfois les patients attendent plusieurs heures dans la salle d'attente du service des urgences dans des conditions difficiles alors qu'un rendez-vous leur avait été donné à heure fixe en cabinet de ville.

V - 2. 2) Solutions proposées

Une majorité de patients viennent consulter pour des motifs d'origine traumatique et n'essaient pas d'appeler un médecin généraliste car ils considèrent que la prise en charge de leur pathologie actuelle nécessite des examens complémentaires (radiographies) ou des soins techniques (sutures, plâtre) ne pouvant être réalisés en ville.

V - 2. 2) a- Filière courte traumatologique

Pour améliorer la prise en charge de ces patients, une filière de soins dite « Filière courte » adaptée a été organisée et mise en place dans le nouveau service des urgences du CHCL permettant de raccourcir l'attente aux urgences. Un interne ainsi qu'un infirmier, sous la responsabilité d'un sénior dédié, se voit attribuer 4 salles d'examen dédiées à ces pathologies traumatiques non graves.

V - 2. 2) b- Plaquettes d'information sur la Maison Médicale de Garde

La Maison Médicale de Garde est méconnue par la plupart des patients vacanciers. Or, ce questionnaire ayant permis de montrer que le lieu principal de villégiature dans la région des Sables d'Olonne se fait dans les campings, il faut informer les vacanciers y résidant de l'existence de cette maison médicale de garde et de son rôle.

En 2009, la Préfecture de la Vendée en collaboration avec la délégation territoriale de l'ARS (Agence Régionale de la Santé) a créé une affiche d'information (cf annexe 3) qui a été distribuée et affichée dans les établissements hospitaliers de Vendée et chez les professionnels de santé. Cette affiche permet aux patients de savoir quel numéro composer pour contacter un médecin, la nuit de 20h à 8h, le samedi à partir de 12h et le dimanche et les jours fériés. [17]

Par la suite, des cartes (format portefeuille) ont été mises à disposition du public dans 392 campings, 800 hôtels et 93 offices de tourisme en Vendée. Ces cartes informatives sont également disponibles dans les pharmacies, chez les médecins généralistes et spécialistes, ainsi que dans les établissements hospitaliers du département. [17]

Cependant, les affiches et les cartes, créées en 2009, ne semblent pas suffisantes à l'heure actuelle. Il apparaît nécessaire de mieux informer les patients afin qu'ils connaissent les différentes possibilités (numéro de la régulation du SAMU-Centre 15 et coordonnées de la maison médicale de garde) leur permettant d'avoir un contact médical rapide et adapté et de savoir la conduite à tenir selon le degré d'urgence. Le but étant que les patients ne viennent pas aux urgences sans avis médical préalable, soit auprès du médecin régulateur par téléphone, soit auprès d'un médecin généraliste.

Il existe également, depuis novembre 2011, un panneau d'information, installé à l'entrée des urgences du CHCL et destiné aux patients, sur le fonctionnement de la maison médicale de garde.

V - 2. 2) c - Signalétique intra et extra-hospitalière

Les patients pouvant se rendre spontanément à la maison médicale de garde il apparaît nécessaire d'améliorer la signalétique intra et extra-hospitalière permettant d'en favoriser l'accès pour les patients vacanciers.

V - 2. 3) Comparaison avec la littérature

V - 2. 3) a - Enquête ministérielle de 2003

Dans la littérature, on retrouve une enquête française réalisée en 2003 qui montre des chiffres comparables à notre étude. En effet, la question de la fréquentation des urgences hospitalières avait été étudiée par le Ministère de la Santé qui publiait la réponse suivante dans le Journal Officiel du Sénat en 2003 [18] :

L'attention du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées est appelée sur la fréquentation des services d'urgences hospitaliers et sur le fait que 70 % des patients se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable.

La réorganisation du dispositif d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé découle des décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997. Elle est entrée pleinement en vigueur en 2000, après l'adoption des schémas régionaux d'organisation sanitaire dans toutes les régions et la délivrance des autorisations qui sont désormais requises pour exercer cette activité. Les 616 sites d'urgences autorisés ont enregistré près de 13,4 millions de passages en 2001, soit une augmentation de près de 4 % par rapport à 2000. Cette augmentation, constante depuis plusieurs années, traduit de nouveaux comportements des usagers en matière de recours aux soins et une évolution de l'organisation des soins entre médecine de ville et hôpital.

Les résultats de l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES) de janvier 2003 montrent effectivement que trois quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans avis médical préalable. Cette enquête met en avant la méconnaissance des usagers des possibilités offertes par les soins de la médecine de ville et une certaine familiarité avec les urgences hospitalières : le motif de recours aux services des urgences le plus cité est à 47 % la proximité de l'hôpital. [18]

L'objectif est de solliciter les libéraux dans la prise en charge des demandes de soins non programmés afin qu'ils constituent une réponse alternative aux recours aux services des urgences pour certains types de demandes.

V - 2. 3) b - Enquête d'opinion de la CPAM de 2004

Une enquête d'opinion réalisée en 2004, cherchait à comprendre les attentes réelles des patients et le pourquoi du recours aux urgences. Elle consistait à interroger les usagers, hors du contexte de l'urgence et en prenant en compte les recours aux soins habituels, ayant eu recours à la demande de soins d'urgence afin d'éclairer les paramètres qui influencent cette prise de décision. Cette enquête transversale descriptive auprès d'usagers de la CPAM de la zone d'attraction de l'Hôpital Nord de Marseille, montre que la population est plutôt jeune, non exclue du système de soins (bonne couverture sociale et forte présence d'un médecin de famille). Les principaux motifs médicaux sont les traumatismes et les douleurs. La principale raison avancée est l'accès sans rendez-vous au plateau technique. L'étude conclut que l'utilisateur manque d'informations sur l'offre de soins dont il dispose et surtout sur le système de garde libéral.

Cette enquête est concordante avec l'étude réalisée au CHCL, puisqu'elle montre également la prépondérance des motifs de consultation liée à des pathologies traumatiques et à des douleurs chez une population jeune, ainsi qu'un recours aux urgences, justifié, en partie, par la présence du plateau technique. [19]

V - 2. 3) c - Mémoire de Santé Publique de 2004

Un mémoire, réalisé en 2004, par l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes, sur l'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière, évoquait que la forte sollicitation des urgences hospitalières par les patients s'explique par un consumérisme médical de plus en plus marqué. L'encombrement des urgences n'est donc pas exclusivement lié au mode d'organisation de ce service particulier qui constitue une porte d'entrée directe dans l'hôpital. Les praticiens rencontrés au cours de la réalisation de cette enquête, tant libéraux qu'hospitaliers, confirment une tendance du patient à consulter fréquemment et pour des motifs parfois injustifiés.

De plus en plus, un patient aura tendance à exiger très rapidement une consultation, même pour une douleur bénigne qui ne nécessiterait pas de prise en charge immédiate. Quant à l'urgence réelle, elle n'est pas toujours distinguée du simple soin non programmé non urgent, qui ne nécessiterait pas un passage par un SAU. Il y a ainsi une fréquente confusion entre ces deux notions, accentuant l'idée qu'il faut se diriger d'abord vers un établissement hospitalier. [20]

Une maison médicale permet au médecin de permanence de faire des consultations de nuit et de week-end sur place au lieu de se rendre au domicile du patient.

Le fonctionnement d'une maison médicale de garde nécessite une coopération importante avec le SAU du centre hospitalier concerné qui s'engage à renvoyer vers celle-ci les patients pouvant relever d'une prise en charge par la médecine générale de ville. Les raisons évoquées pour recourir au SAU plutôt qu'à la maison médicale sont la confiance faite à l'hôpital, le sentiment d'avoir besoin d'un plateau technique et la gratuité « apparente » de l'hôpital public. [20]

Les raisons évoquées ci-dessus concordent avec celles exprimées par les patients interrogés au cours de cette étude (cf figure 18).

Il aurait été intéressant de réaliser un travail secondaire et découlant de cette étude qui consisterait à évaluer les capacités d'« autodiagnostic » des patients c'est-à-dire de savoir si, pour les patients vacanciers qui consultaient pour un motif qu'ils jugeaient « pouvant être pris en charge en ville, par un médecin généraliste », cela était le cas ou non. Il s'agirait de reprendre les dossiers des patients qui considéraient leur motif de consultation comme urgent, afin de voir si le motif de passage était justifié en considérant des critères objectifs.

VI - CONCLUSION

Cette étude descriptive avait pour objectif de répondre à la question suivante : « Pourquoi les patients vacanciers qui consultent aux urgences du CHCL au mois d'août 2011, ne se sont-ils pas orientés vers un médecin généraliste ? ». Cette étude se base sur l'analyse de 367 questionnaires remplis par des patients vacanciers venant consulter spontanément aux urgences du 1^{er} au 31 août 2011. Celle-ci a permis de montrer que le service des urgences représente pour les patients un moyen qualifié de rapide et facile d'accès pour obtenir des soins primaires expliquant un recours spontané aux urgences, sans consultation préalable chez un médecin généraliste, pour 76 % des patients interrogés.

Les patients vacanciers interrogés représentent une population jeune recourant aux urgences dans 64 % des cas pour une pathologie traumatique. Les raisons principales évoquées pour un recours spontané aux urgences sont la méconnaissance du secteur géographique, la nécessité d'examen complémentaires (radiographies) ou de soins techniques (sutures, plâtres), la facilité d'accès aux soins et l'horaire de la consultation (nuit, jours fériés).

Dans la littérature, les raisons les plus fréquemment évoquées par les patients pour recourir au SAU plutôt qu'à la maison médicale de garde sont la confiance faite à l'hôpital, le sentiment d'avoir besoin d'un plateau technique et la gratuité « apparente » de l'hôpital public.

La maison médicale de garde (contactée par 4% des patients vacanciers) et le service de la régulation du SAMU-Centre 15 (contacté par 8% des patients) sont sous-utilisés dans la démarche de recherche d'accès aux soins des patients dont le motif de consultation pourrait relever de la médecine générale.

Malgré la réforme de la CPAM en 2004, permettant de recourir à un médecin généraliste différent du « médecin référent déclaré » en cas d'urgence, la considération du médecin généraliste comme premier interlocuteur devant toute pathologie aiguë ne semble pas acquise pour la majorité des patients.

Les solutions, que l'on peut proposer à l'heure actuelle, sont d'augmenter les campagnes publicitaires et la diffusion des affiches d'information dans les lieux publics (panneaux d'affichages municipaux), campings et dans les postes de secours sur les plages.

En ce qui concerne les pathologies traumatiques, une filière de prise en charge dite « filière courte traumatologique » a été mise en place dans le service des urgences du CHCL depuis l'été 2012.

Il apparaît également nécessaire d'améliorer la signalétique permettant ainsi de faciliter un recours spontané à la maison médicale de garde pour les patients vacanciers n'étant pas familiers des lieux.

VII – BIBLIOGRAPHIE

1. Données du DIM (Département d'Informatique Médicale) du Centre Hospitalier Côte de Lumière des Sables d'Olonne. Activité cumulée des urgences sur l'année 2011.
2. [http://www.ch-cote de lumiere.fr](http://www.ch-cote-de-lumiere.fr) consulté le 10 janvier 2012.
3. Mornat J., Viguier M., Cerruti F-R., Lagarde G., Lange J. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004. « L'exercice médical à l'horizon 2020 »
4. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 6 janvier 1971.
5. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 2 Aout 1991.
6. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état). Journal Officiel de la République Française du 10 mai 1995.
7. L'activité des services d'urgences en 2004, une stabilisation du nombre de passages. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). N°524 . Septembre 2006.
8. Dispositif d'Urgences médicales. Préfecture de la Vendée. Bureau de la communication interministérielle. Dossier de presse 2009.
9. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins. Accueil et traitement des urgences modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française du 10 mai 1995.
10. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française du 23 mai 2006.

11. Circulaire DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. NOR : SANH0330184C.
12. Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Juin 2008.
13. Robert P. Dictionnaire de la langue française. Le Petit Robert. Société du nouveau Littré. Paris. 2007.
14. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles. I.N.S.E.E. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. 2003.
15. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Point d'information de l'Assurance Maladie du 22 janvier 2009.
16. Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. Questions d'économie de la santé. Les assurés et le médecin traitant, premier bilan après la réforme. Bulletin d'information en économie de la santé n°124. Juillet 2007.
17. [http://www. santé-gouv.fr](http://www.santé-gouv.fr) consulté le 5 mars 2012.
18. « Réponse du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées » publiée dans le Journal Officiel du Sénat du 21/08/2003. Page 2642.
19. Gentile S., Amadei E., Bouvenot J., Durand A-C., Bongiovanni I., Haro J., et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63.
20. Menard B. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. 2004.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

" Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

Age : Sexe : Catégorie socio professionnelle :

Date : Heure d'arrivée : Durée de séjour dans la région :

Code postal et ville de votre habitation principale :

Pays d'origine :

1) Consultez vous pour :

☐ vous-même ☐ un de vos enfants ☐ un proche (préciser :)

2) Que faites-vous en ce moment aux sables d'Olonne ?

- ☐ Vacances, week-end, tourisme...
☐ Travail, déplacement professionnel
☐ Il s'agit de mon lieu d'habitation habituel

3) Pour quel(s) motif(s) venez vous consulter aujourd'hui aux Urgences ?

.....

4) Votre motif de consultation est-il lié à un traumatisme (chute, coup, accident de la route, accident de travail...) ?

☐ Oui ☐ Non

5) Avez-vous contacté un (ou plusieurs) médecins généralistes avant de venir aux urgences ?

☐ Oui ☐ Non

Nombre de médecins généralistes contactés :

Si OUI :

- Comment avez-vous trouvé ces coordonnées ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Internet | ☐ Office de tourisme |
| ☐ Mairie | ☐ Annuaire téléphonique |
| ☐ Adressé par le SAMU - centre 15 | ☐ Pharmacie |
| ☐ Autres (préciser :) | |

- Pourquoi ne vous-a-t-il pas reçu ?

.....

- Quel délai de rendez-vous vous a-t-il donné ?

.....

Si NON :

- Pourquoi n'avez-vous pas contacté un médecin généraliste ?

.....

6) Avez vous eu un contact téléphonique avec le médecin de la maison médicale de garde ?

☐ Oui

☐ Non

7) Avez vous eu un contact téléphonique avec le médecin régulateur du SAMU ou centre 15 ?

☐ Oui

☐ Non

8) Dans quelle ville êtes-vous actuellement en vacances ?.....

9) Dans quel type de résidence de vacances êtes vous ?

☐ Camping

☐ Maison secondaire

☐ Hôtel

☐ Maison/appartement en location

☐ Autres (préciser :)

10) Estimez vous que votre motif de consultation aujourd'hui aurait pu être pris en charge par un médecin généraliste ?

☐ Oui

☐ Non

11) Avez-vous un médecin généraliste référent ?

☐ Oui

☐ Non

12) Si vous avez déjà un médecin généraliste référent, pensez vous avoir le droit de consulter un autre médecin généraliste sur votre lieu de vacances ?

☐ Oui

☐ Non

13) Avez-vous des remarques ?

.....
.....

Merci beaucoup pour votre participation à ce travail de thèse.

H. Leroy (interne de médecine générale)

ANNEXE 2 : Note explicative

Bonjour à tous et toutes !!

Dans le cadre de mon travail de thèse sur le sujet :

« Pourquoi les vacanciers qui consultent l'été aux Urgences des Sables d'Olonne ne se sont-ils pas orientés vers un médecin généraliste ? »

Je souhaite faire remplir des questionnaires à tous les vacanciers venant consulter aux Urgences, au mois d'août 2011, sans être adressés par un médecin généraliste.

Je sollicite donc votre aide pour distribuer mes questionnaires à tous les patients ne résidant pas aux sables d'Olonne, **quelque soit leur âge, et quelque soit leur durée de séjour dans la région.**

Les patients qui sont adressés avec un courrier de médecin traitant ou qui ne sont pas vacanciers sont exclus de l'étude.

Le principe étant de donner un questionnaire au patient quand il se présente à l'**infirmier(e) d'accueil** ce qui lui permet de le remplir en salle d'attente.

Les questionnaires seront à distribuer du **1^{er} au 31 août 2011** et ce quelque soit l'heure de la journée, semaine et week end compris.

Je vous remercie d'avance de m'aider dans mon travail de thèse.

Un grand merci à tous et toutes !!!

Bon été 2011 !!

Héloïse Leroy (interne)

**Besoin
d'un médecin
en Vendée ?**

La nuit
de 20h à 8h

Le samedi
à partir de 12h

**Le dimanche
et les jours
fériés**

Pour joindre
**un médecin généraliste
en dehors
des heures d'ouverture
des cabinets médicaux**

 **02 51 44 55 66**

prix d'un appel local

En cas d'urgence vitale **15** 

**Pour joindre
un pharmacien en dehors
des heures d'ouverture
des pharmacies**

32 37 

0,34€ la minute


PRÉFECTURE
DE LA VENDEE
DIRECTION
GÉNÉRALE
DES AFFAIRES LOCALES
ET SOCIALES

NOM : LEROY

PRENOM : Héroïse

Titre de Thèse : Quels sont les déterminants d'un recours spontané des patients vacanciers aux urgences du Centre Hospitalier des Sables d'Olonne au mois d'août 2011 ?

RESUME

L'afflux touristique estival aux Sables d'Olonne entraine un recours aux urgences multiplié par 2 par rapport au reste de l'année. En menant une enquête descriptive, au moyen d'un questionnaire, nous nous sommes proposés d'étudier, dans cette thèse, les déterminants d'un recours spontané aux urgences du CHCL des patients vacanciers en août 2011. Les résultats retrouvent un faible nombre d'appel au médecin généraliste, une prépondérance des pathologies traumatiques et une nette sous-utilisation de la maison médicale de garde et de la régulation du SAMU - Centre 15.

Les principales raisons évoquées pour recourir au SAU sans avis médical préalable sont la nécessité d'un plateau technique et la facilité d'accès aux soins. Les données de la littérature disponibles à ce sujet sont concordantes et montrent que malgré la Réforme du médecin traitant de 2004, le médecin généraliste n'est pas considéré comme le premier interlocuteur en cas d'urgence. Ainsi, il apparaît nécessaire d'améliorer l'information des patients et de favoriser l'accès à la maison médicale de garde pour les soins relevant de la médecine générale de ville.

MOTS-CLES

- Recours spontané
- Urgences
- Médecin généraliste
- Maison médicale de garde
- Régulation