UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017 **N°** 192

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

par

Clémence NOSJEAN
Née le 27 mars 1988
à Châteauroux (36)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2017

Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay Le Comte ? Etude descriptive, prospective, monocentrique, réalisée entre février 2016 et septembre 2016.

Président de Thèse : Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe
Directrice de Thèse : Madame le Docteur DESBUARDS Claire
Membres du jury : Madame le Docteur BOUTON Céline
Monsieur le Docteur VARTANIAN Cyrille
Monsieur le Docteur COUILLARD Cyril

Remerciements :

A Monsieur Le Professeur LE CONTE Philippe, qui me fait l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur VARTANIAN Cyrille, qui me fait l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur BOUTON Céline, qui me fait l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Merci pour cette vision de la médecine générale ambulatoire que tu as su faire passer lors de tes GPEPs et lors de tes séances de formations aux externes auxquelles j'ai pu assister. J'en suis ressortie enrichie.

A Monsieur Le Docteur COUILLARD Cyril, pour ton accompagnement, ta formation, ton amitié et ta confiance toutes ces heures passées au sein du service des urgences de Fontenay Le Comte. Pour avoir permis la réalisation de cette thèse : Merci !! Je n'oublierai jamais ces 25 secondes qui auront déterminé mon avenir à un moment de doute si important. Encore Merci.

A Madame le Docteur DESBUARDS Claire, pour ton accompagnement, ton sérieux, tes coups de pieds aux fesses, ta motivation, ton investissement, ta réactivité. Merci énormément de m'avoir accompagnée dans ce moment tellement important pour moi. Fontenay a gagné un sacré atout avec ton arrivée sur le centre.

A l'ensemble des praticiens qui m'ont formée, forgée et de qui j'ai tiré de belles leçons. Merci d'avoir contribué à tout cela.

Aux membres du personnel du service des Urgences : pour votre gaieté, vos moments sérieux, vos ras le bol, vos paniques, vos sourires blasés et à tous ces moments de fous rires, dans le service, au 12 comme au 15, de jour comme de nuit, même dans les instants les plus difficiles. Vous avez réalisé un énorme travail de recueil en plus de votre implication personnelle habituelle. Et c'est évident que certains jours ont été compliqués.

Je ne vous remercierai jamais assez de votre implication dans cette étude. Tous les chocolats du monde ne seront pas suffisants pour vous faire part de mon affection et de ma gratitude.

Et un TRES grand Merci à Françoise d'avoir permis la réalisation de l'ensemble de ce travail.

A La Vergne et Miss Mien (sans oublier Dimitri !) : merci pour cette année de colocation à la Teci où vous avez accepté de subir mon bazar, mes ras le bol, et mon caractère…. A nos soirées jeu de société/ blind-test et films d'horreur… c'était une belle époque !! Nos fous rires d'incompréhension, nos déménagements nocturnes pour retrouver « l'énoooooorrrrmmmmeee araignée » me manquent. Cette amitié est très importante pour moi et j'espère qu'elle durera encore ! Et même si Fontenay c'est le bout du monde, vous serez toujours les bienvenus (invitation valable pour quelques dizaines d'années)

A mes oiseaux des îles Eugène et Anto : si loin et si près à la fois… Vos voyages me font tourner la tête. J'espère un jour pouvoir vaincre cette trouille et venir vous retrouver dans votre paradis du moment. Sachez que ma porte sera toujours ouverte et mon affection immense.

A Ophélie, Patrick, Helo, Emeric, R1, Clément : c'est toujours beaucoup de joie et de fous rires que je partage lors des moments passés ensemble. Je vous souhaite de réussir dans vos nombreux projets et tellement de bonheur !

Aux Sablais :

A Haïssam : on se l'est dit à de multiples reprises en soirée, mais sache la profonde affection que j'ai pour toi depuis notre rencontre à ce fameux gala. T'es un mec extraordinaire. Je suis heureuse de pouvoir te compter parmi mes amis les plus chers. Je vous souhaite avec MC une vie à la hauteur de votre amour.

A Dam : en souvenir de nombreuses nuits de jeux et de tous ces délires et clin d'œil zeldesque que peu comprendront. On se l'est dit aussi mais tu sais que tu peux compter sur moi et toute mon affection fraternelle. *« Le courage est vain sans force, mais sans courage, la force n'est rien »* Bon courage pour la suite.

A mon YoYo : à tous nos délires, nos fous rires, à ton sens de la critique qui te rendait encore plus cher à mon cœur. Notre année d'internat passée ensemble restera un souvenir intense. Ma capacité physique et mon asthme te remercient.

A Jean Marc H. pour ces nuits d'urgences difficiles et agréables à la fois, aux gériatres des sables pour leurs formations et les nombreuses discussions qui m'ont donné goût à la gériatrie.

Aux anciens tourangeaux :

A Guillaume (Poupou) et Julie : je ne vous remercierai jamais assez de votre soutien et votre amitié au moment où j'en ai eu le plus besoin. Quand ceux qui semblaient être des soutiens m'ont lâchée, vous avez réussi, vous parfaits inconnus à me rebooster, et à me faire aller de l'avant. Nos fous rires, nos soirées, nos situations gênantes resteront gravées. Merci d'avoir été là. Et j'espère vous revoir dès que le cœur vous en dira.

A Romain : grâce à Poupou, nous avons pu avoir cette amitié si particulière que peu de gens auront eu. Je te souhaite tout le bonheur du monde et une grande réussite dans ce monde chirurgical.

A Jess et Morgane : rien n'aurait pu se faire sans vous. Comme Guillaume et Julie, votre soutien et votre amitié indéfectible à ce moment de ma vie aura été une véritable renaissance. Alors Merci pour les soirées, les fous rires, les gueules de bois, les rencontres, les restos, les potins et encore les potins… Merci de m'avoir fait me dépasser et croire en moi. Merci de m'avoir poussée à quitter le centre et rejoindre Nantes. Vous avez été les premières pierres de construction de ma vie Vendéenne. Pour ça, MERCI ! Et même si pour vous aussi Fontenay c'est le bout du monde (comme Nantes semble s'être éloigné pour moi) vous serez toujours présentes dans ma vie.

A Rémy, Marco : merci de ces années d'amitié passées au cours de l'externat. Notre année de D2 bis aura été tellement plus facile ensemble. Où que vous soyez je vous souhaite une belle vie et peut être que celle-ci nous fera nous recroiser.

Aux Nantais :
A Alex : mon grand, nos conversations inadaptées, nos débats et nos soirées à jouer me manquent. J'espère que la vie t'accordera le bonheur que tu mérites.

A Laura et Jules : hé oui, la case anciens tourangeaux ne vous convient décidément vraiment pas. Je suis contente d'avoir pu apprendre à vous connaître depuis mon arrivée sur Nantes. J'espère réussir à vous revoir dans les années à venir. C'est toujours un plaisir de partager avec vous.

A Paul, Marine, Jonathan, Audrey, Benjamin : notre internat nous a fait nous croiser à de multiples reprises, toutefois notre entente et nos partages ponctuels sont à chaque fois un réel plaisir. Sachez que ma porte sera toujours ouverte.

Aux fontenaisiens :

A Gégé, Aurélie et Sandrine : merci pour votre amitié et de m'accepter telle quelle. Votre joie de vivre est contagieuse que ce soit dans la vie ou au boulot. Et encore merci Gégé de m'avoir traînée pour reprendre le sport. Ce sentiment de réussite physique était oublié depuis longtemps. Alors merci de l'avoir réveillé.

A Emilie, Daphné, Yenyen, Nina, Bina, Francis, François, Guillaume et aux Ambus : tout particulièrement pour vous, de la part du chat noir des urgences : merci d'avoir transformé des nuits de cauchemars en rêve. Merci pour nos discussions tout à fait improbables qui nous ont rapprochés. Merci pour les soirées, merci pour les trashs, merci pour les fous rires, et merci Emilie d'avoir veillé sur moi au plus profond de ces nuits de gardes.

A ces praticiens que je ne remercierai jamais assez de leur aide au quotidien et de m'avoir transmis leur savoir : Didier P., DBL, JYP, Patrick, Boris et Aline, Cyril, Guy, Jean, Arsène, les Claires, Baptiste, Ibrahima, Kader et la liste est longue….

Aux berrichons :

A Quentin, Charlène, Mickael, Laure, Ben, Elisa, Floriane, JM, Sylvain, Cyril : A vous les copains des premiers jours, qui faites partie de la famille. Merci pour vos jugements, vos vérités sans détours, pour ces soirées de jeux, ces fous rires. Sans le savoir, vous êtes des soutiens de tous les jours depuis le début de mes études. On se voit par le fait peu mais à chaque fois les choses sont toujours les mêmes. « *Il est un fait que le temps ne peut altérer. Une amitié partagée... Un sentiment profond du cœur qui devient plus fort au fil des jours... »* Merci pour votre amitié sans faille.

A Mr Fron, professeur principal de Terminal : merci d'avoir été le seul à croire que j'allais réussir mes études médicales. Ayez c'est fait !

Au Dr Micor, médecin de famille pour son soutien par l'intermédiaire de mes parents et à mon contact au tout début de ce périple.

Et évidemment à ceux sans qui rien n'aurait pu se faire :

A mes Parents : merci de m'avoir accompagnée dans l'ensemble des démarches que j'ai entreprises. Merci de m'avoir soutenue dans ce parcours semé d'embûches. Soyez fiers de l'éducation que vous m'avez inculquée, je crois que vous avez fait les choses relativement bien. Et je suis fière de tenir du caractère de mon père et la modération de ma mère (oui oui !). Merci pour votre soutien inconditionnel et votre amour. Je ne saurais décrire combien je vous aime.
A mes grandes sœurs : Merci à toutes les deux pour vous être tant occupées de moi à différentes périodes de la vie.

Merci Mathilde de m'avoir soutenue, comprise et de m'avoir ouvert les yeux aux moments difficiles. Nos débats complétements opposés sur nos idées respectives de la médecine ont été réellement enrichissants.

Elevez mes neveux du mieux que vous pourrez. Faites-en des gens bien, comme j'estime nos parents l'ont fait pour nous. Je vous aime.

A Guillaume, pour ces trois années passées ensemble. Espérons que l'avenir deviendra aussi léger et serein que nos débuts à l'internat. Merci de ton soutien, de ta patience et de ta (trop) grande gentillesse à toute épreuve.

Aux garçons : croyez bien que mon attachement à vous casser les pieds restera l'une de mes premières préoccupations afin de vous donner à vous aussi la chance de devenir des adultes accomplis.

Enfin une pensée à ceux qui me manquent tant et qui ont eux aussi contribué à ce que je suis actuellement : Kako, Jean Claude et tous les autres...

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 11
A. Politique de santé actuelle 11
a) Généralités sur les soins primaires 11
b) Législation et applications 11
c) Répartition et démographie médicale en Vendée 12
B. Rôle et organisation de la permanence des soins 12
a) Généralités 12
b) Organisation de la permanence des soins 13
C. Caractéristiques de la population actuelle 13
a) Accroissement de la population 13
b) Vieillissement de la population 13
D. Rôles et observations des SAU 14
a) Généralités 14
b) Observations nationales et régionales 14
c) Fontenay Le Comte et son arrondissement 15
E. Questionnement et objectif 15

II. MATERIEL ET METHODES **16**
A. Type de l'étude 16
B. Période de recueil 16
C. Objectif de l'étude 16
D. Description de la population étudiée 17
a) Critères d'inclusion 17
b) Critères d'exclusion 17
c) Description du questionnaire 18
E. Déroulement du recueil de données 19
a) Préalablement à l'étude 19
b) Au cours du recueil 19
F. Analyse de données 20

III. RESULTATS **21**
III.1) Généralités 21
III.2) Description du recueil 22
A. Caractéristiques sociales de la population **22**
a) Répartition des sexes 22
b) Répartition des âges 22
c) Déclaration d'un médecin traitant 23
B. Description du parcours de soin préalable à la consultation au SAU **24**
a) Moyen d'arrivée aux urgences 24
b) Appel au médecin traitant ou à un médecin généraliste 25
c) Consultation du médecin traitant (MT) ou d'un médecin généraliste (MG) 25
d) Orientation des patients après consultation du médecin généraliste 26
e) Prise de contact avec le centre de la régulation 15 27
f) Prise de contact avec le médecin de garde 28
g) Conseils reçus avant arrivée au SAU 29

C. Caractéristiques de la consultation au SAU 30
a) Motifs de consultation aux urgences 30
b) Délais avant consultation au SAU 31
c) Prise de médicament avant consultation au SAU 32
d) Période de fréquentation au SAU 34
D. Eléments déterminants du recours au SAU 37
a) Motifs de non consultation du médecin traitant 37
b) Délais avant obtention d'une consultation avec le médecin traitant 37
c) Estimation par le patient de la capacité de prise en charge du symptôme au cabinet de médecine générale ambulatoire 38
E. Connaissance du système de fonctionnement de la permanence des soins 39
a) Education par le médecin traitant aux numéros d'urgences 39
b) Systèmes d'informations permettant l'éducation aux numéros d'urgences 40
c) Moyen d'obtention du numéro du médecin de garde 41
d) Périodes d'appel des numéros d'urgences 41

IV. DISCUSSION 42
IV.1) Qualité de l'étude 42
A. Limites de l'étude 42
a) Questionnaire 42
b) Mode de recueil 43
c) Périodes de recueil 44
d) Impact de la subjectivité 44
B. Forces de l'étude 45
IV.2) Problématique 45
A. Description du parcours de soin préalable à la consultation 45
a) Lien avec la médecine générale ambulatoire 45
b) Démarches réalisées avant l'arrivée au SAU 47
B. Population de l'étude et motifs de consultation 48
C. Périodes de consultations 49
D. Connaissance du système de la permanence des soins 49
a) Utilisation de la permanence des soins et connaissances du patient 49
b) Systèmes d'informations permettant l'éducation aux numéros d'urgences 50
IV.3) Perspectives d'améliorations 51

V. CONCLUSION 54
VI. BIBLIOGRAPHIE 56
VII. TABLE DES FIGURES 61
VIII. TABLE DES TABLEAUX 62
IX. ANNEXES 63

LISTE DES ABREVIATIONS

AEG	Altération de l'Etat Général
ARS	Agence Régionale de Santé
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCB	Certificat de Coups et Blessures
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire (loi)
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin Traitant
NR	Non Renseigné
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PROSPERE	Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers REcours
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

I. INTRODUCTION :

A. Politique de santé actuelle

a) Généralités sur les soins primaires

Les soins primaires correspondent à l'ensemble des soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus et dont les prestations de santé sont accessibles et intégrées à la communauté. Elles sont assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé.
Le médecin de santé primaire est donc le praticien qui introduit le premier contact des patients avec le système de santé. (1)

L'application de ce concept pour la pratique de la médecine générale sous-entend la nécessité d'un suivi dans le temps, de continuité, de permanence et de coordinations des soins.
Les moyens pour parvenir à cette application sont : les principes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé ainsi que la prise en charge sociale associée. Le médecin généraliste en ambulatoire est donc l'acteur de premier plan à l'initiation de ce concept.

b) Législation et applications

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins primaires ainsi que la qualité globale des soins, de nombreuses réformes du système de santé ont été entreprises ces dernières décennies.

La loi du 13 Août 2004 a entre autres pour objectif la mise en place d'un parcours de soins coordonnés, autour d'un médecin traitant, qui doit être le pivot du parcours de soins du patient. Il devient alors nécessaire, mais non obligatoire, pour tout assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin à ce titre, pouvant être généraliste ou spécialiste.(2)(3)
Toutefois, cette possibilité devient par la force des choses, ressentie comme une obligation pour le patient, qui se voit imposer des contraintes liées au remboursement en cas de non-respect du parcours de soins. (4)
Cette déclaration, désigne donc théoriquement, le praticien qui introduit le patient dans le parcours de soins.

Dans le même temps, pour tenter d'obtenir une répartition égalitaire des soins sur le territoire, des essais de réorganisation territoriale ont été tentés. En 2007, à l'occasion des états généraux de l'organisation de la santé, était mise en avant la nécessité de l'implication du médecin généraliste libéral dans l'organisation des soins de premiers recours. (5) (6)

Plus récemment avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009 (7), les Agences Régionales de la Santé se sont créées dans chaque région. Ces ARS ont pour vocation de tenter de régulariser l'offre de santé que ce soit en ambulatoire (médecine de ville), dans le secteur hospitalier ou dans un but de coordination médicosociale.(8)

L'étude de la population des territoires et de la répartition médicale a permis de mettre en évidence de très nombreuses disparités au sein d'une même région.

Dans ce contexte inégalitaire, les contrats d'engagement service public (CESP) ont été créés pour attirer les acteurs de santé dans les zones défavorisées en praticiens. Ils permettent l'accès à un système d'aide au financement des études, en contrepartie d'une installation dans l'une de ces zones pendant un laps de temps donné. (9)
La création de ces contrats et de nombreuses autres aides à l'installation indique la disparité dont souffrent certaines régions de faible densité médicale.

c) Répartition et démographie médicale en Vendée

Le département de la Vendée fait partie des zones dépeuplées en médecins généralistes ambulatoires.
52 médecins généralistes libéraux sont actuellement en activité. Chacun d'entre eux couvre une moyenne théorique de 1873 habitants. La population de l'arrondissement fontenaisien concernée étant de 90238 habitants.
Sur l'arrondissement fontenaisien drainé par le SAU de Fontenay Le Comte, la moyenne d'âge des médecins est de 57,9 ans.

La situation actuelle est de plus en plus préoccupante (10). En effet, courant 2016,
5 médecins généralistes ont pris leur retraite dans l'arrondissement de Fontenay Le Comte. L'installation d'un seul médecin généraliste ambulatoire a été recensée dans le laps de temps ne compensant bien évidemment pas l'ensemble des départs à la retraite.

B. Rôle et organisation de la permanence des soins

a) Généralités

La permanence des soins est un système d'organisation territoriale permettant de répondre à une demande de soins non programmée pour les usagers.
Elle consiste à avoir accès à un médecin dès la fermeture des cabinets médicaux : de 20 heures à 8 heures en semaine, le week-end de 12 heures du samedi au lundi matin 8h, ainsi qu'au moment des jours fériés.
Ce système a été mis en place dans le but de limiter le recours au Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) quand les soins relèvent d'une prise en charge ambulatoire.
Toute personne ayant besoin dans ces horaires d'un conseil médical doit s'adresser à la régulation par l'intermédiaire du 15.

Toutefois un numéro spécifique a été mis à disposition des usagers de chaque région. Ce numéro permet d'avoir en ligne un médecin régulateur afin de recevoir la conduite à tenir adaptée au moment de l'évaluation téléphonique (conseil téléphonique, orientation vers le médecin de garde, orientation vers les urgences ou déclenchement d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)).(11)

Ce numéro a été mis à disposition des patients par l'intermédiaire d'affiche en salle d'attente des médecins ambulatoires, de petites cartes de visites (parfois retrouvées dans les pharmacies) et des campagnes publicitaires télévisées ont été réalisées par le service public en ce sens *(Annexe 1).* Ces numéros peuvent aussi être retrouvés sur internet, plus ou moins facilement en fonction du mot clef informé.

b) Organisation de la permanence des soins sur le secteur de Fontenay Le Comte

Le numéro spécifique pour contacter un médecin généraliste régulateur de garde sur le département de la Vendée est le 02 51 44 55 66. Il n'existe pas de SOS médecin sur le département de la Vendée. Les médecins participants sont des médecins généralistes libéraux volontaires. Un médecin de garde couvre la plage horaire en journée de 8h à minuit les dimanches et jours fériés, et de 13h à minuit le samedi. En parallèle, trois médecins de garde sont répartis sur l'ensemble du secteur de la Vendée de 20h à 8h. La zone couverte pour l'arrondissement fontenaisien est d'environ 25 kilomètres autour de Fontenay Le Comte.

C. Caractéristiques de la population actuelle

a) Accroissement de la population

Les Pays de Loire font partie des régions ayant le taux d'accroissement annuel moyen le plus élevé pour la période 2007 à 2014 au plan national et notamment en Vendée (12). Sur une étude réalisée en 2012 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des pays de Loire, la Vendée pourrait atteindre une population de 840 000 habitants en 2040 (soit 38 % d'augmentation par rapport à 2007) en rapport notamment avec un fort taux de fécondité régional et un vieillissement notable de la population (13)(14). Cette dynamique positive est notamment présente sur les communes du littoral (14).
A noter qu'une espérance de vie plus longue est remarquée en Pays de Loire par rapport au niveau national.(15)

De façon comparable, l'arrondissement fontenaisien présente une dynamique positive mais dans une moindre mesure. En moyenne l'arrondissement présente une évolution annuelle de 0.76%. Néanmoins, cette évolution favorable ne se produit qu'au pourtour de Fontenay Le Comte ; la Communauté de commune de Fontenay Le Comte présentant elle, une dynamique négative annuelle de -0.2%.(16)
De façon concomitante, on retrouve sur Fontenay Le Comte un taux de mortalité supérieur à la moyenne régionale (+8% entre 2004 et 2008).(17)

b) Vieillissement de la population

On retrouve une augmentation annuelle depuis 10 ans de 0.5% du nombre de personnes de plus de 75 ans, soit une personne sur 10. Ce chiffre correspond à environ 6 millions de la population nationale.(12)

Sur la commune de Fontenay Le Comte, entre la période de 2009 à 2014 on observe une augmentation de 2% des plus de 75 ans, une diminution de 0.6% de la population pédiatrique de moins de 15 ans, une diminution de 1.2% de la population entre 15 et 74 ans (18), et une diminution de 5 à 10% des 15-18 ans en 2015.(14)

D. Rôles et observations des SAU

a) Généralités

Le rôle du SAU est d'assurer en continu l'accueil, la prise en charge, les soins et la surveillance des personnes en situation médicale d'urgence ou adressées suite à une évaluation médicale. (19)
Il existe 723 SAU en France d'organisations différentes en fonction de la taille du service. Ces services peuvent être constitués de secteurs spécialisés (urgences pédiatriques, urgences traumatologiques, circuit court ou circuit debout…) comme accueillir la population au tout venant.

b) Observations nationales et régionales

Depuis de nombreuses années, une majoration des consultations au SAU est observée. Pour tenter d'expliquer cet accroissement des consultations, de nombreuses études ont été réalisées ces dernières décennies essayant de comprendre les facteurs entraînant cette augmentation. Entre 2013 et 2014, une augmentation globale de 4 % du flux de passage a été observée sur l'ensemble des SAU de France.(20)

En ce qui concerne les pays de la Loire, 27 établissements sont concernés par cette augmentation (dont 6 sont en Vendée). Une étude sur 2015 indique une croissance moyenne de 3.7 % pour les Pays de Loire.(21)

Devant un nombre annuel croissant de consultations dans l'ensemble des SAU de France, les études réalisées ont permis de mettre en évidence un nombre croissant de consultations dites inappropriées (22). Ces consultations relèvent d'une prise en charge ambulatoire.(23)

Plusieurs facteurs favorisants ont été mis en évidence (24) :

- La méconnaissance des patients concernant l'accessibilité à la permanence des soins (hors SAU) notamment au Médecin de Garde, lors de la fermeture des cabinets libéraux
- La difficulté pour les patients d'accéder au médecin de premier recours ainsi qu'aux divers avis spécialisés, par la présence de nombreuses disparités de répartitions médicales sur le territoire
- La nécessité dans une société de plus en plus demandeuse, d'avoir recours à un accès au soin performant et au plus rapide, associée à l'urgence subjective ressentie par le patient (niveau de gravité, moment d'apparition du symptôme et caractère traumatologique) (25)
- L'accroissement de la population.

L'accumulation de ces consultations inappropriées entraine des difficultés de gestion et de prise en charge des patients à leur arrivée aux urgences. On observe quotidiennement un allongement du temps d'attente avant la consultation, un retard de prise en charge des urgences vitales, des soins pouvant être ressentis comme de mauvaise qualité par le patient par manque de temps, une saturation des personnels de soins quant à leur qualité de prise en charge du patient.

c) Fontenay Le Comte et son arrondissement

Le SAU de Fontenay Le Comte est un centre de proximité.
Le SAU prend théoriquement en charge la population de Fontenay Le Comte et de l'arrondissement fontenaisien correspondant aux villes de La Châtaigneraie, Sainte Hermine, L'Hermenault, Saint Hilaire Des Loges, Maillezais et Chaillais Les Marais (10). Il ne comprend pas de secteur d'orientation spécifique comme des urgences pédiatriques ou un circuit debout.
Le SAU accueille les patients qui se présentent spontanément sans orientation médicale, les patients adressés par leur médecin traitant ou spécialiste ainsi que les patients amenés par véhicule sanitaire (ambulance, pompiers ou SMUR) après orientation par la régulation du Service d'Aide Médicale Urgente SAMU 85.
C'est une population au tout venant qui est prise en charge au sein du service d'urgence.

Le service accueille entre 55 et 77 passages journaliers (21). En 2015, le SAU de Fontenay Le Comte a connu une augmentation de 1,4% de ses consultations annuelles et 0,6% en 2016. *(Annexe 2)*

E. Questionnement et objectif

Face à cette augmentation de fréquentations aux urgences de Fontenay le Comte en parallèle d'une pénurie de médecins généralistes sur l'arrondissement fontenaisien, nous nous sommes interrogés sur le parcours des consultations aux urgences relevant de soins primaires.
En effet nous nous sommes demandé quels ont été les éléments déterminant le recours au service des Urgences de Fontenay Le Comte de ces consultations.
Les personnes relevant de soins primaires ont-elles un médecin généraliste déclaré, l'ont-elles consulté ou ont-elles eu recours au système de permanence de soins en dehors des heures ouvrées.

Devant la mise en évidence d'un vieillissement de la population, nous nous sommes demandé si la population de plus de 75 ans était en rapport avec l'augmentation du nombre de consultations aux urgences.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type de l'étude

Afin d'étudier le parcours des patients, nous avons réalisé une étude descriptive, monocentrique, au sein du service des urgences de Fontenay Le Comte.
Ce recueil prospectif a été effectué sur trois périodes différentes courant 2016.

B. Période de recueil

Afin d'obtenir une population homogène et harmonieuse sur l'année, les patients ont été inclus à trois périodes différentes.
Ils ont été inclus sur l'ensemble des horaires, de jour comme de nuit.
Les samedis matin ont été inclus dans notre étude comme faisant partie de la période de garde.

La première période de recueil s'est déroulée du 09/03/16 au 18/04/16 8 heures (6 semaines). Elle s'est située durant 15 jours de vacances scolaires printanières (du 02/04/16 au 18/04/16) et en pleine épidémie de gastro-entérite et de grippe pour cette année.
La seconde période s'est étendue du 01/08/16 au 15/08/17 8 heures (2 semaines). Elle s'est située en période estivale de vacances scolaires.
La dernière période s'est déroulée du 05/09/16 au 19/09/16 8 heures (2 semaines) et en période scolaire estivale.

C. Objectif de le l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire les étapes du parcours de soins effectuées par les patients relevant de la médecine générale ambulatoire, avant leurs consultations aux urgences.

Les objectifs secondaires sont

- D'évaluer l'information reçue par l'intermédiaire du médecin traitant concernant la consultation aux urgences, la connaissance de la permanence des soins et la capacité ressentie du patient à la prise en charge du symptôme au cabinet de médecine générale ambulatoire.
- De réaliser une description de la population, notamment du sexe et de l'âge des patients consultant en soins primaires aux urgences.

D. Description de la population étudiée

a) Critères d'inclusion

A été inclus dans notre étude :

- Toute personne se présentant au SAU
- Amenée ou non par un véhicule sanitaire
- Sélectionnée après consentement oral via l'Infirmière d'Accueil d'Orientation (IAO) des urgences
- Ne présentant pas de critère d'exclusion indiqué sur la fiche informative affichée à l'Accueil et dans le service des urgences. *(Annexe 3)*

b) Critères d'exclusion

- Ont été exclus d'emblée les motifs suivants :

* Motif d'entrée ou symptomatologie évoquée représentant un critère évident relevant de l'urgence : Patients amenés par le SMUR

Cardio : Tachycardie / Oppression thoracique/ Arythmie / Malaise et perte de connaissance immédiate / Suspicion embolie pulmonaire/ Ischémie aigue de membre inférieur

Pneumo : Désaturation/ Détresse respiratoire aigüe/ Inhalation de fumée/ Hémoptysie

Traumato : Accident de la Voie Publique amenés par les pompiers/ Déformation de membre évidente

Psychiatrie : Idées suicidaires/ Demande de sevrage/ Tentative autolyse médicamenteuse/ Demande d'hospitalisation en psychiatrie/ Troubles du comportement

Neuro : Paralysie faciale/ Confusion / Troubles de la conscience/ Convulsion / Crise épilepsie/ Dysarthrie/ Hémiplégie

Hématologie : Anémie / Accident d'exposition au sang

Digestif : hématémèse

Autres : Allergie après l'injection produit de contraste/ Ivresse et alcoolisation aigue

* Motif relevant d'une obligation médico légale du passage aux urgences : Certificats de non hospitalisation / Incarcérés/ Gendarmerie Nationale

* Consultations programmées et consultations directes de spécialistes (pédiatrie/ gynécologie/ophtalmologie)

- *Ont été exclus secondairement :*
  Les questionnaires incomplets : plus de 2 questions mal renseignées ou estimés non concordant à la lecture des réponses.

  L'ensemble des questionnaires pour lesquels l'évaluation médicale finale indiquait une consultation adaptée aux urgences.

c) Description du questionnaire

- Le questionnaire est constitué d'une partie remplie par le patient comprenant :

*les données sociales :

Le sexe et l'âge
La déclaration d'un médecin traitant

*la description du parcours de soin préalable à la consultation :

Le moyen d'arrivée aux urgences
L'appel à un médecin généraliste
La consultation d'un médecin généraliste
L'appel au médecin de garde
L'appel au centre 15
La décision de consultation personnelle ou orientée par un tiers

*les déterminants de recours au service des urgences :

L'impossibilité de contacter le médecin généraliste
Le refus de la consultation par le médecin généraliste
Le délai de consultation donné par le médecin généraliste estimé long par rapport au symptôme présenté

*la consultation médicale en elle-même :

Le motif de consultation
La durée depuis le début de la symptomatologie motivant la consultation
La prise de médicament personnelle, sur conseil d'un tiers ou sur prescription médicale
La capacité de prise en charge du symptôme au cabinet de médecine générale.

*la connaissance du système de fonctionnement de la permanence des soins :

La connaissance du médecin de garde et son appel
La connaissance du centre 15 et son appel
L'éducation et l'information par le médecin traitant aux numéros à contacter en cas de symptôme évoquant une prise en charge urgente, ainsi que le moyen d'obtention de l'information.

- Une partie médicale comprenant :
  La conclusion de la consultation médicale avec le diagnostic
  Le caractère adapté ou inadapté de cette consultation au SAU après évaluation du médecin sénior.

E. Déroulement du recueil de données

Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire unique.

a) Préalablement à l'étude

- Ce questionnaire a été testé sur une durée de 48 heures (jour et nuit), afin d'évaluer la compréhension et la pertinence des questions auprès des patients. *(Annexe 4)*
  Ce test a permis l'ajout de la mention « ou de votre enfant » concernant l'âge du patient et de la mention « ne sais pas » à la question concernant la capacité de prise en charge au cabinet de médecine générale.
  Ces démarches ayant abouti au questionnaire définitif. *(Annexe 5)*

- Avant de débuter le recueil, une note de service avait été transmise au personnel paramédical (note de service dans le cahier de transmission *(Annexe 6)*) et médical (e-mail aux séniors *(Annexe 7)*, note d'informations aux internes *(Annexe 8)* (et informations orales répétées concernant l'objectif et les moyens de réalisation de la thèse).

- L'ensemble des critères d'exclusion a été affiché aux deux zones permettant l'accueil du patient afin que le personnel de soin s'y réfère à tout moment.

b) Au cours du recueil

- A l'arrivée aux urgences, après questionnement du motif d'entrée par l'IAO (ambulancier, ou toute personne accueillant le patient) et après vérification de l'absence de critère d'exclusion, l'objectif de l'étude a été expliqué au patient oralement et son accord recueilli oralement.

- Pendant le temps d'attente avant la consultation médicale, le patient a rempli seul le questionnaire fourni et avait pour consigne de le remettre au personnel de soin référent.

- Secondairement le questionnaire a été recueilli par les membres du personnel de soin, puis remis dans le dossier médical du patient, afin que le médecin référent sénior du dossier puisse mentionner la conclusion médicale et juger du caractère adapté de cette consultation aux urgences.

F. Analyse de données

Devant l'absence d'étude préalable réalisée au SAU de Fontenay Le Comte, seule une analyse descriptive pure aura été réalisée, en l'absence de possibilités comparatives strictes.

III. RESULTATS :

III.1) Généralités :

Sur la période totale de recueil, le nombre de passages au SAU a été de 3772.
Le nombre de questionnaires théoriquement recueillis en tenant compte uniquement du motif d'accueil (sans préjuger de la conclusion médicale) est de 3056 (dont 335 sur la période de nuit).

Sur la période de recueil de mars à septembre 2016, 1291 questionnaires ont été recueillis au SAU de Fontenay Le Comte (dont 75 sur la période de nuit soit 22% des questionnaires théoriques).
42 % des questionnaires ont donc été récupérés sur la période.

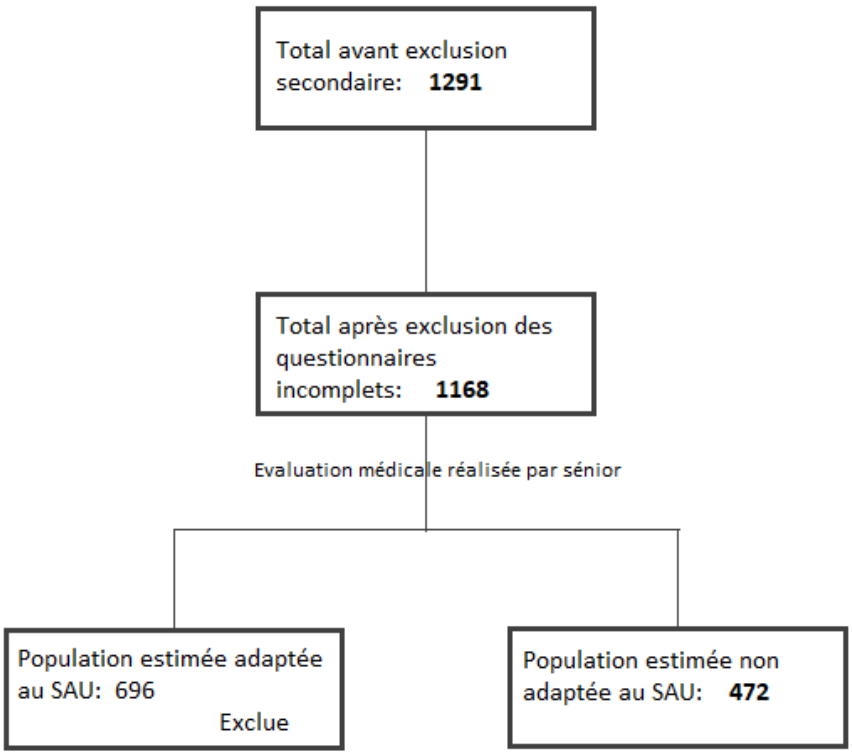
123 questionnaires ont été exclus devant un remplissage incorrect (par manque d'informations ou questionnaire incomplet).

696 questionnaires ont été exclus de l'étude devant une consultation estimée adaptée après évaluation du médecin urgentiste sénior.

472 questionnaires ont été conclus par les médecins urgentistes sénior comme étant inadaptés aux urgences soit 40% des questionnaires recueillis.

Notre population est composée de ces 472 questionnaires relevant d'une prise en charge en médecine générale ambulatoire.

Tableau 1 : recueil et obtention de la population étudiée



III.2) Description du recueil :

A. Caractéristiques sociales de la population :

a) Répartition des sexes

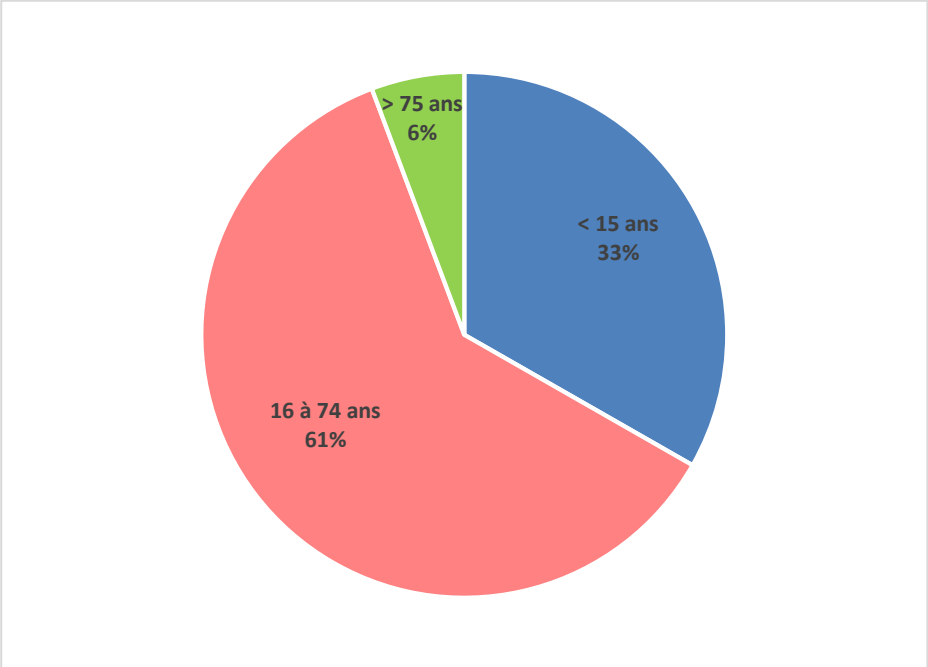
Tableau 2 : répartition selon le sexe dans la population étudiée

Sexe	Nombre (%)
Femme	236 (50%)
Homme	236 (50%)

La répartition des sexes est homogène.

b) Répartition des âges

Figure 1 : répartition des âges dans la population étudiée



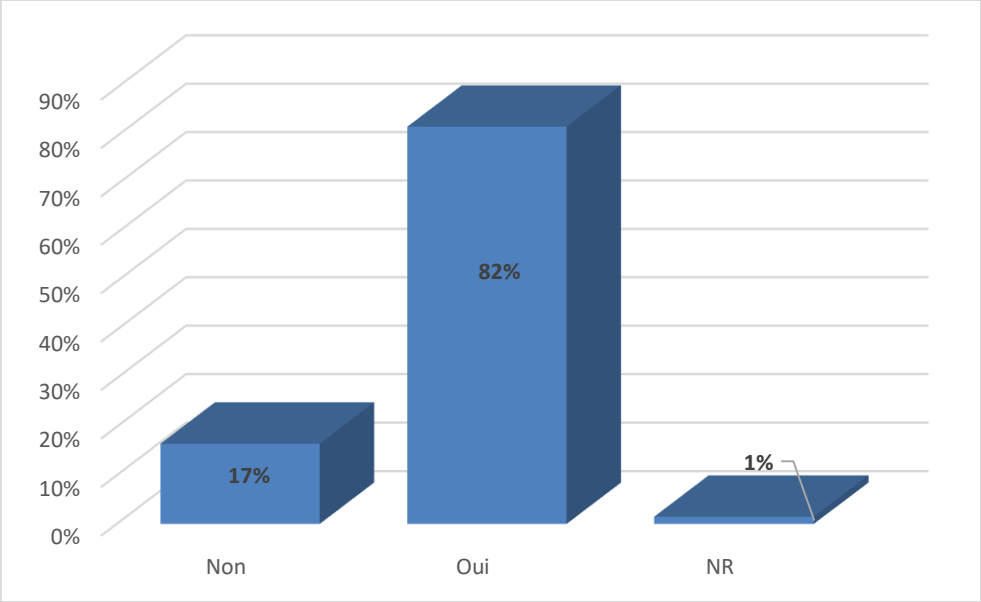
La moyenne d'âge de notre étude est de 31 ans.

La médiane d'âge est de 27 ans.

La population pédiatrique (inférieure à 15 ans) représente 33% (157) de la population de notre étude. La population gériatrique (supérieure à 75 ans) ne représente que 6% (27) de notre population. 61% (288) des patients ont un âge compris entre 16 et 74 ans.

c) Déclaration d'un médecin traitant :

Figure 2 : répartition des déclarations d'un médecin traitant dans notre population

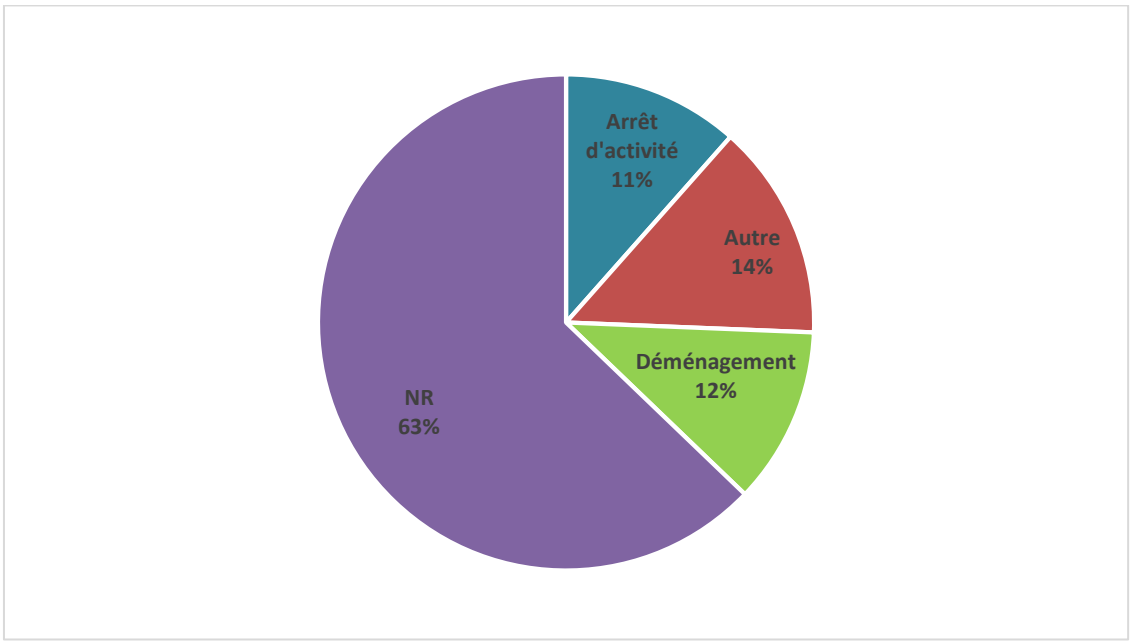


1% (7) des questionnés n'a pas renseigné (NR) cet item du questionnaire.

82 % (387) des patients de notre étude ont déclaré un médecin traitant.

17 % (78) des patients de notre étude n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Figure 3 : motifs de non déclaration d'un médecin traitant



11% (9) des patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant l'expliquent par une cessation d'activité de celui-ci.

12% (9) des patients rapportent un déménagement récent et 14% (11) des patients une autre cause non renseignée.

63% (49) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

B. Description du parcours de soin préalable à la consultation au SAU :

a) Moyen d'arrivée aux urgences

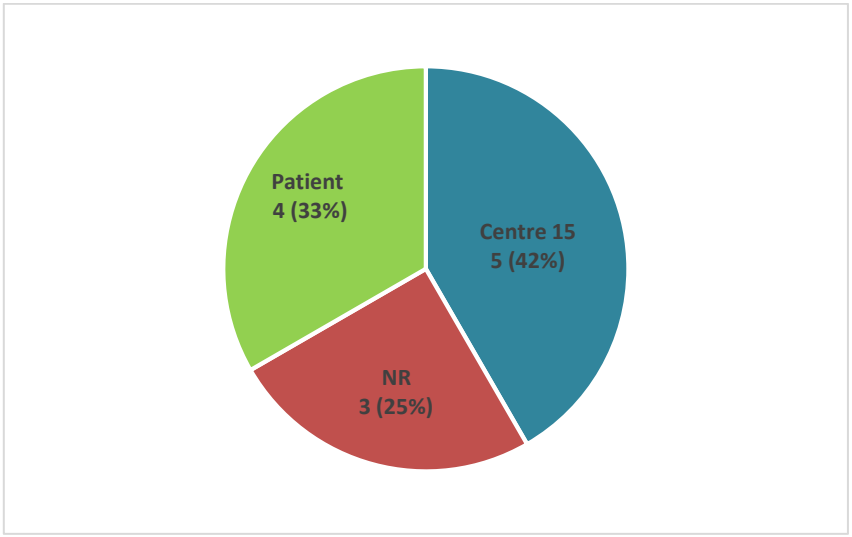
Tableau 3 : moyen d'arrivée au SAU

Moyen d'arrivée	Nombre (%)
Ambulance	11 (2,3%)
Personnel	460 (97,5%)
Pompiers	1 (0,2%)

97,5 % des patients inclus dans notre étude sont arrivés par leurs propres moyens.

Seulement 2,3 % des consultations estimées non adaptées arrivent en véhicule sanitaire type ambulance. Un cas isolé est arrivé par l'intermédiaire des pompiers.

Figure 4 : Mode de déclenchement en cas d'arrivée en ambulance au SAU



Les patients arrivés en ambulance au SAU sont passés par l'intermédiaire de la régulation dans 42% des cas.

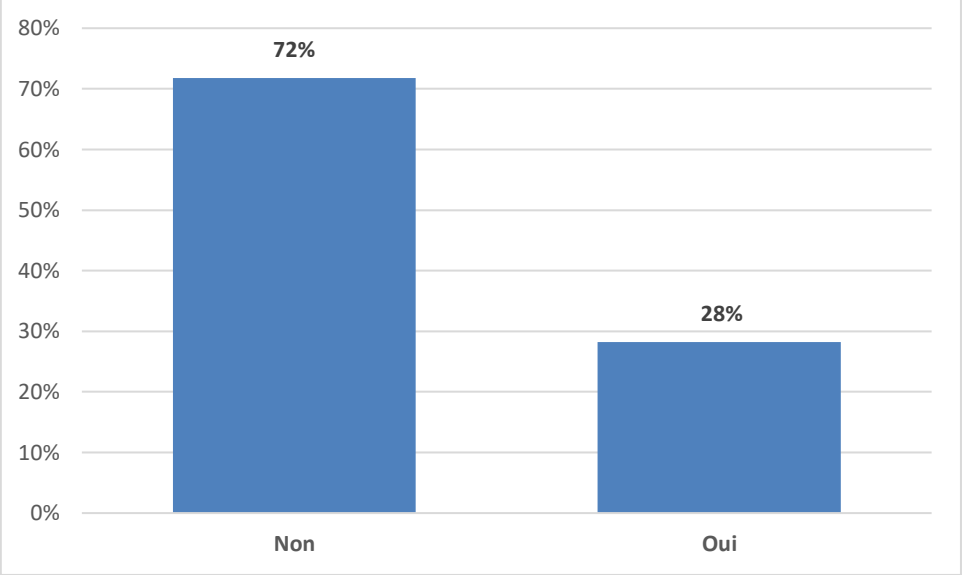
33% des patients ont déclenché l'ambulance par leur propre moyen.

Aucun patient n'a déclaré être arrivé après l'intervention du médecin traitant.

25% des patients n'ont pas répondu à cet item du questionnaire.

b) Appel au médecin traitant ou à un médecin généraliste

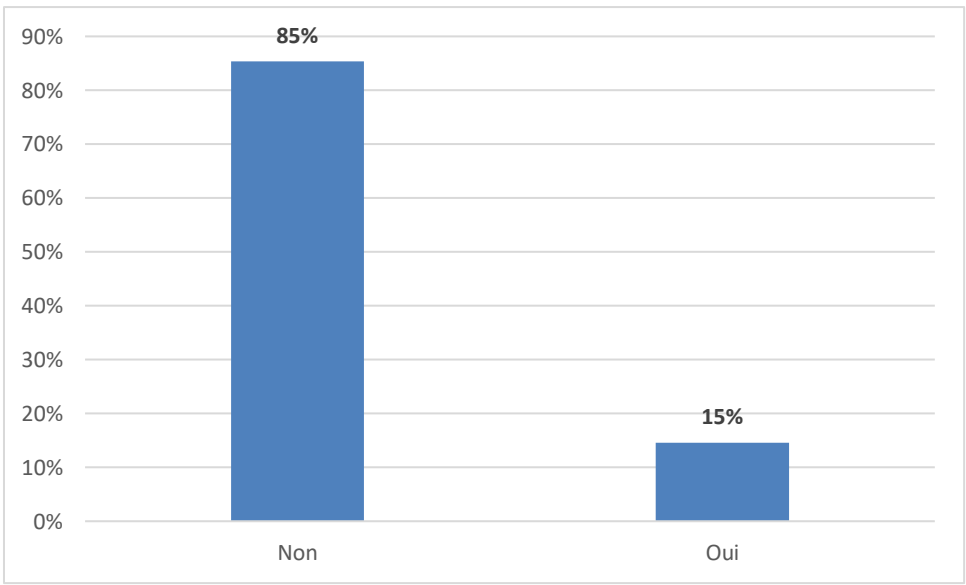
Figure 5 : répartition des appels au médecin traitant ou au médecin généraliste avant l'arrivée au SAU



Seuls 28% (133) des patients ont tenté d'appeler leur médecin traitant ou un médecin généraliste avant de consulter au SAU.

c) Consultation du médecin traitant (MT) ou d'un médecin généraliste (MT)

Figure 6 : répartition des consultations réalisées avant l'arrivée au SAU



Seuls 15% (69) des patients affirment avoir consulté un médecin généraliste ou leur médecin traitant avant leur consultation aux urgences.

Tableau 4 : mise en corrélation de l'appel et de la consultation du médecin généraliste

	Consultation d'un Médecin généraliste		Total
Appel d'un Médecin Généraliste	*Oui*	*Non*	
Oui	**56**	**77**	133
Non	**13**	**326**	339
	69	403	472

56 patients ont appelé un médecin généraliste et l'ont consulté soit 42% des patients qui ont appelé un médecin généraliste.

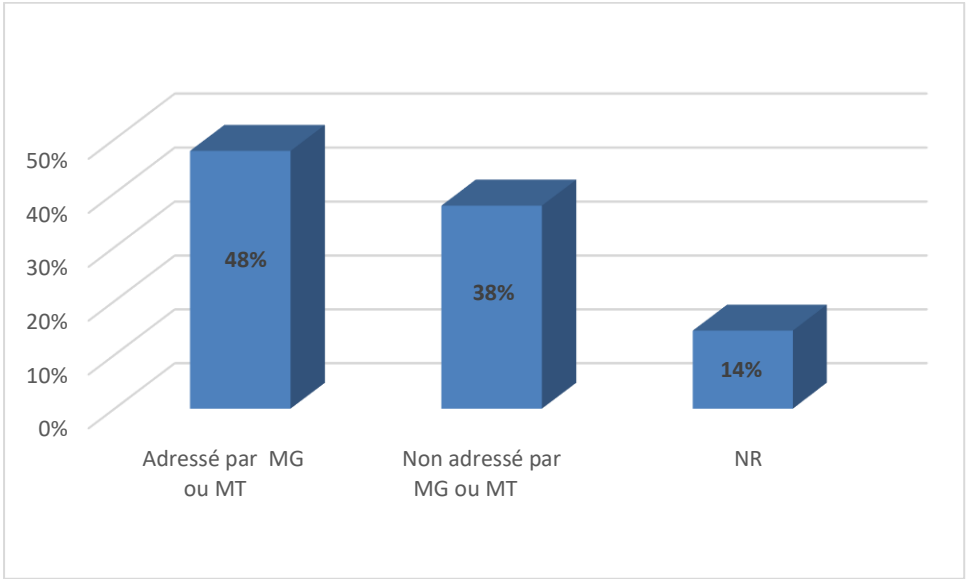
77 patients ont appelé un médecin généraliste mais ne l'ont pas consulté soit 58% des patients qui ont appelé un médecin généraliste.

13 patients qui n'ont pas appelé de médecin généraliste affirment pourtant en avoir consulté un (probablement en rendez-vous direct) soit 4% des patients n'ayant pas appelé un médecin généraliste.

326 patients n'ont pas consulté et n'ont pas appelé de médecin généraliste soit 96% des patients n'ayant pas appelé un médecin généraliste.

d) Orientation des patients après consultation du médecin généraliste

Figure 7 : orientation des patients après consultation médicale avant l'arrivée au SAU



48% (33) des patients ayant consulté un médecin généraliste avant leur arrivée sont adressés aux urgences à l'issue de cette consultation mais estimés non adaptés après l'évaluation du médecin référent au SAU.

38% (26) des patients ayant consulté un médecin généraliste avant leur arrivée aux urgences ne sont pas adressés à l'issue de leur consultation.

14% (10) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

e) Prise de contact avec le centre de la régulation 15

Tableau 5 : répartition des appels au centre 15 avant consultation au SAU

Appel au centre 15	Nombre (%)
Non	428 (90,7%)
Oui	43 (9,1%)
NR	1 (0,2%)

9,1% des patients ont appelé le centre de la régulation 15 pour aide à l'orientation avant consultation aux urgences.
90,7 % des patients n'ont pas appelé le centre de régulation 15 avant consultation aux urgences.
Une réponse n'a pas été obtenue à cette question lors du recueil.

Tableau 6 : information reçue lors du contact téléphonique avec le centre 15

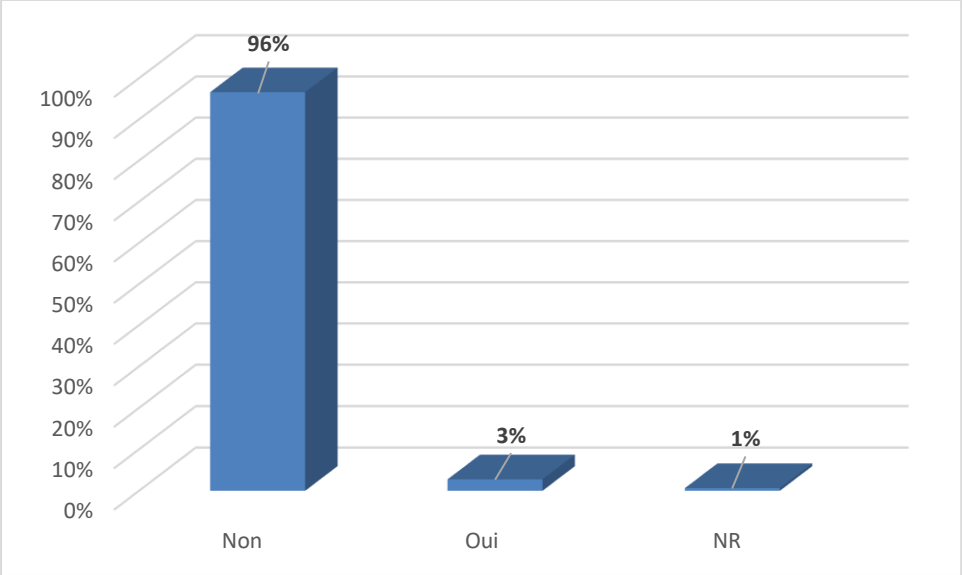
Information reçue par le 15	Nombre (%)
Conseil téléphonique	9 (21%)
Orientation vers le Médecin de garde	2 (5%)
Orientation vers les urgences	16 (37%)
Envoi d'une ambulance	5 (12%)
NR	11 (25%)

37% des patients ayant contacté le 15 ont été orientés vers les urgences par leurs propres moyens.
21% des patients ayant contacté le 15 ont reçu un conseil téléphonique et ont consulté secondairement aux urgences.
12% des patients ayant contacté le 15 ont reçu une ambulance pour leur orientation vers les urgences.
5% des patients ayant contacté le 15 ont été orientés vers le Médecin de garde.

25% des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

f) Prise de contact avec le Médecin de garde

Figure 8 : répartition des appels au Médecin de garde avant consultation au SAU



3% (13) des patients de notre population ont appelé le Médecin de garde.

Sur ces 3% qui ont appelé le médecin de garde, seuls 2 patients ont consulté le Médecin de garde.

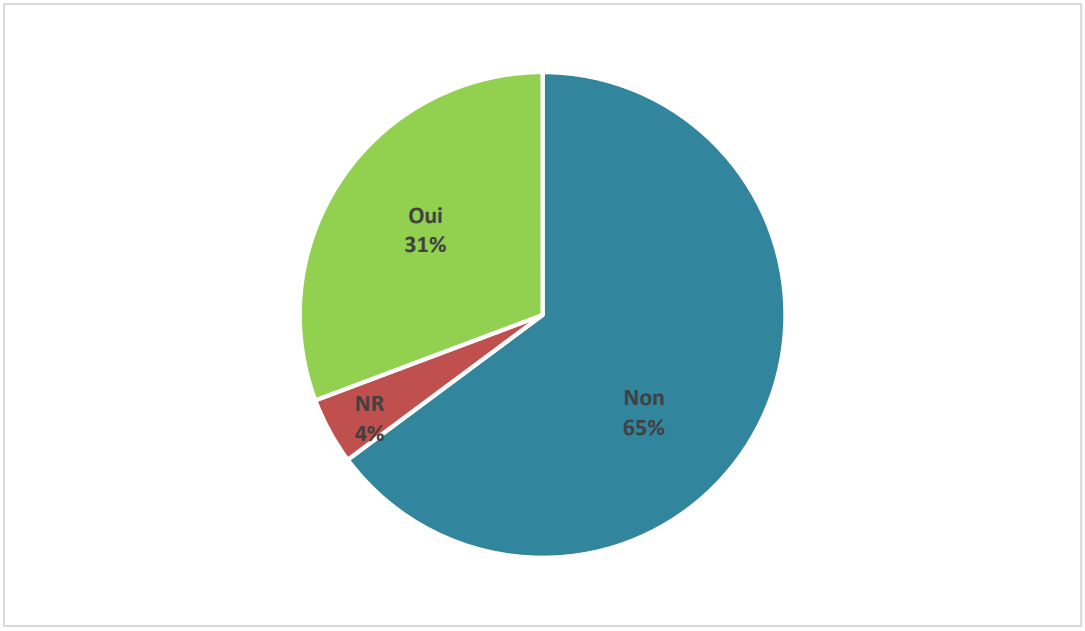
Tableau 7 : motif de non consultation du Médecin de garde après contact téléphonique

Motif de non consultation	Nombre (%)
Non joignable	2 (18%)
Délai de consultation long	1 (9%)
Nombre de kilomètres	1 (9%)
NR	7 (64%)

64% des patients ayant appelé le Médecin de garde n'ont pas renseigné le motif de non consultation.
18 % indiquent que le Médecin de garde n'était pas joignable au moment de l'appel.
9% estiment le délai long avant consultation du Médecin de garde.
9% des patients indiquent comme bloquant le nombre de kilomètres pour se rendre à la consultation du Médecin de garde.

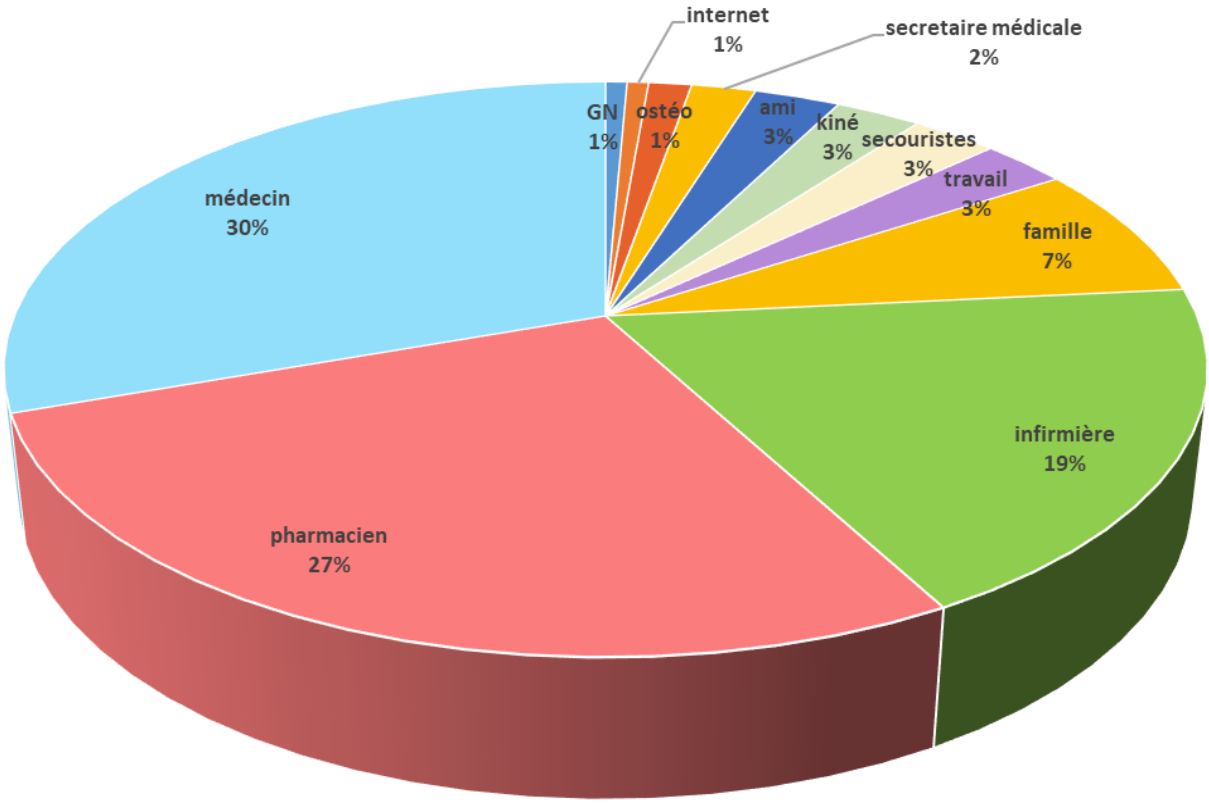
g) Conseils reçus avant arrivée au SAU

Figure 9 : répartition des conseils reçus motivant la consultation au SAU



31% (145) des patients ont reçu conseil d'un tiers avant leur consultation au SAU.
65% (306) des patients se sont présentés au SAU d'eux-mêmes.
4% (21) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

Figure 10 : conseils reçus avant consultation aux urgences



Les conseils reçus avant consultation au SAU proviennent à :

- 30% (44) de conseil médical
- 27% (40) de la pharmacie
- 19% (27) d'un conseil infirmier
- 7% (11) de l'entourage familial
- 12% (12) des amis, du travail, de secouristes et de kinésithérapeutes
- 3% (4) de la gendarmerie nationale, d'un ostéopathe et d'internet
- 2% (3) d'un secrétariat médical.

C. Caractéristiques de la consultation au SAU :

a) Motifs de consultation aux urgences

Tableau 8 : représentation des motifs de consultation aux urgences

Motif de consultation	Nombre (%)
Gynéco	1 (0,2%)
Psychiatrie	1 (0,2%)
Rhumato	1 (0,2%)
Accident de travail	2 (0,4%)
CCB	4 (0,8%)
Pleurs	4 (0,8%)
AEG	5 (1,1%)
Ophtalmo	12 (2,5%)
Pneumo	12 (2,5%)
Neuro	13 (2,8%)
Stomato	13 (2,8%)
Urologie	13 (2,8%)
Plaie	14 (3,0%)
ORL	28 (5,9%)
Hyperthermie	39 (8,3%)
Cutané	47 (10,0%)
Digestif	53 (11,2%)
Douleur	97 (20,6%)
Traumato	113 (23,9%)

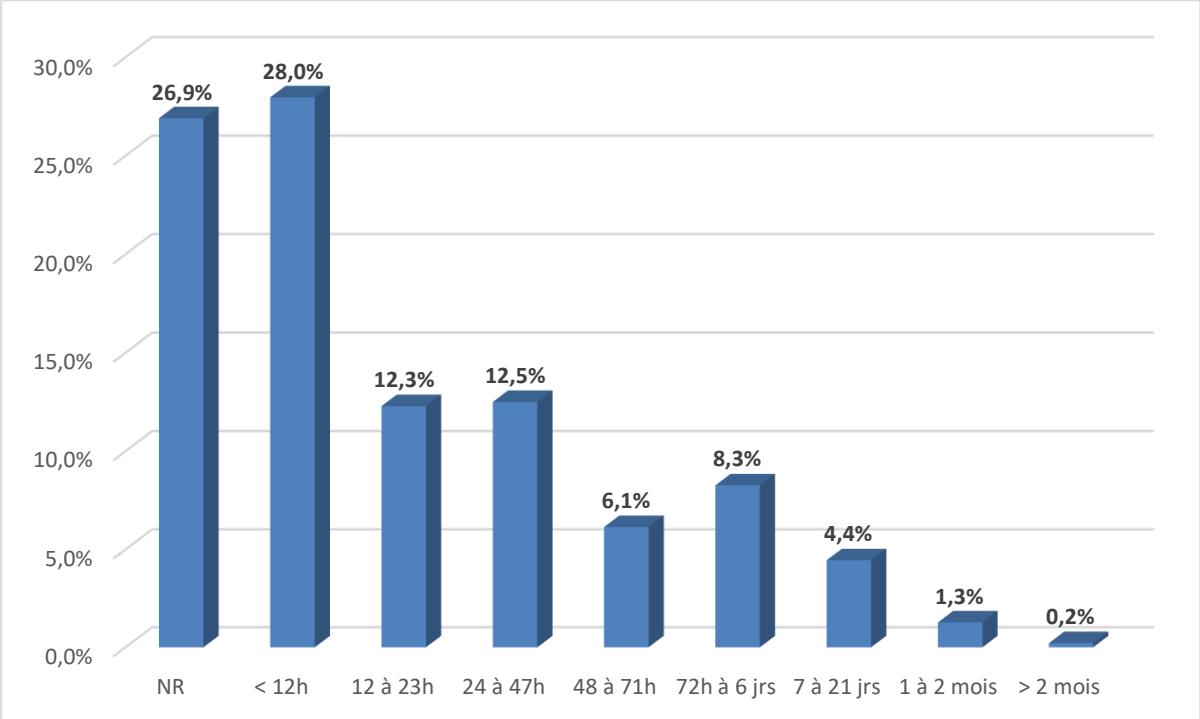
Les motifs prédominants de consultations estimés non adaptés aux urgences sont la traumatologie (23,9%) et la douleur (20,6%).

Viennent secondairement les étiologies digestives (11,2%), cutanées (10%), ORL (5,9%), les plaies (3%), les motifs d'Urologie (2,8%), de Neurologie (2,8%), de Pneumologie (2,8%) et d'Ophtalmologie (2,5%).

Les Altérations de l'Etat Général AEG (1,1%), les pleurs (0,8%), les Certificats de Coups et Blessures CCB (0,8%), les accidents de travail (0,4%), les motifs de rhumatologie (0,5%), de psychiatrie (0,2%) et de gynécologie (0,5%) sont peu représentés.

b) Délais avant consultation au SAU

Figure 11 : répartition des délais depuis l'apparition du symptôme motivant la consultation au SAU



26,9% (127) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

28% (132) des patients consultent dans un délai de moins de 12 heures après l'apparition du symptôme. 24,8% (118) des patients consultent dans un délai entre 12 et 48 heures, 8,3% (39) consultent entre 72h et 6 jours, 6,1% (29) consultent entre 48 et 71h et 4,4% (21) consultent de 7 à 21 jours après l'apparition du symptôme.

Seuls 1,3% (6) des patients consulte après 1 à 2 mois et 0,2% (1) plus de 2 mois après l'apparition du symptôme.

Le délai moyen de consultation dans la population adulte est de 62.4 heures et le délai médian est de 8 heures.

Le délai moyen de consultation dans la population pédiatrique est de 26.9 heures et le délai médian est de 6 heures.

c) Prise de médicament avant consultation au SAU

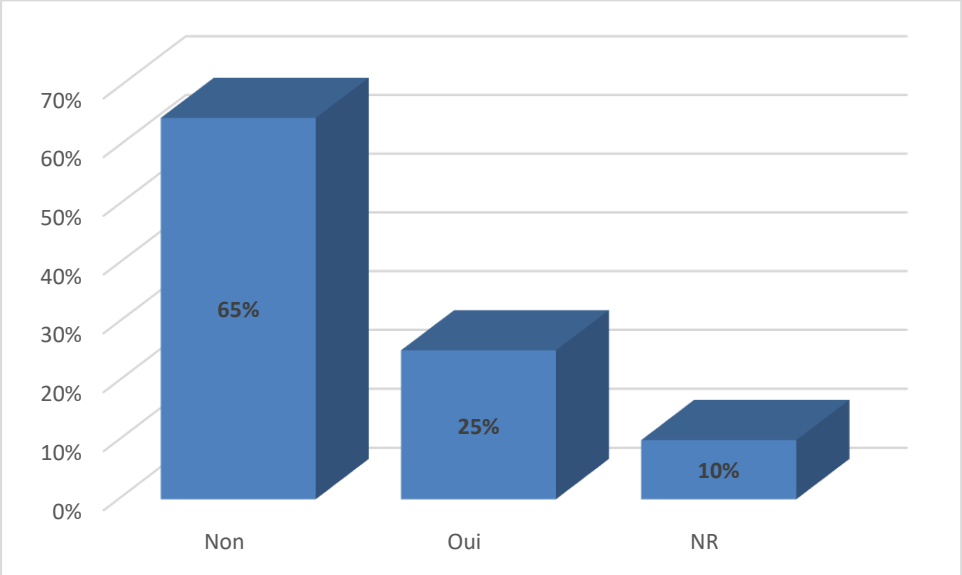
Tableau 9 : répartition de la prise médicamenteuse avant consultation

Prise médicamenteuse avant consultation	Nombre (%)
Oui	250 (53,0%)
Non	221 (46,8%)
NR	1 (0,2%)

53% des patients affirment avoir pris des médicaments pour leur symptôme avant consultation au SAU.

Seul un patient n'a pas renseigné cet item du questionnaire.

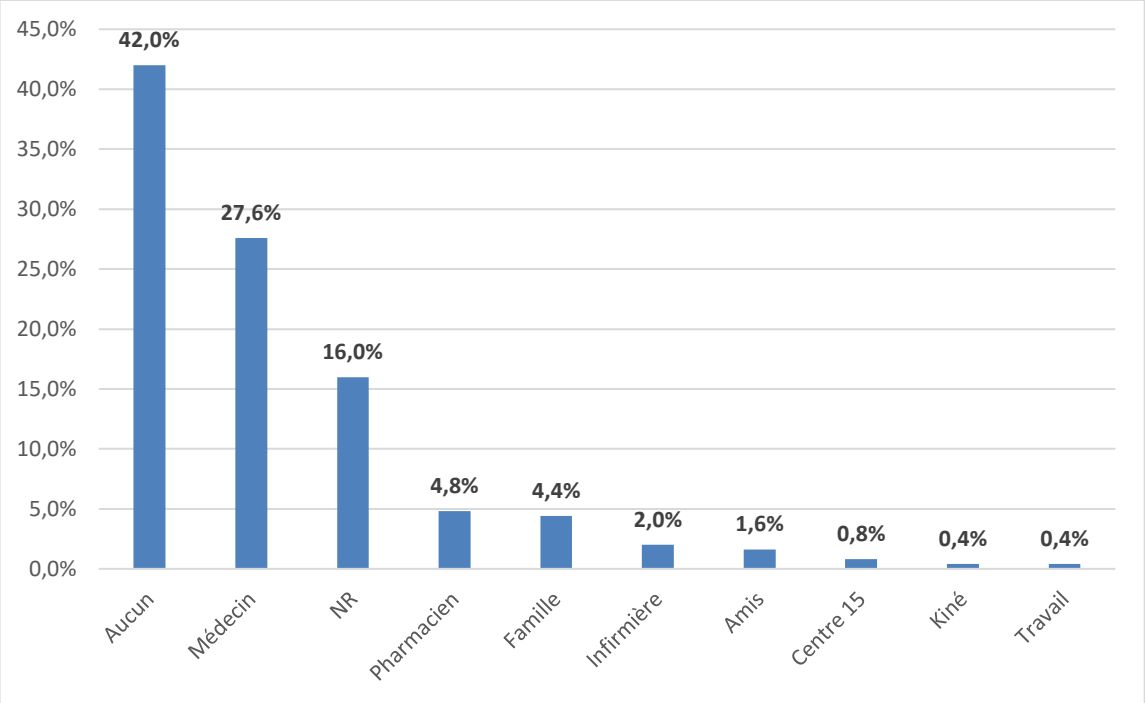
Figure 12 : prises médicamenteuses sur prescription médicale avant consultation



25% (63) des patients ayant pris des médicaments avant consultation au SAU, l'ont fait sur prescription médicale préalable.

10% (25) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

Figure 13 : Conseils reçus entrainant la prise médicamenteuse avant consultation



La majorité des patients ont pris des médicaments sur leur propre initiative (42% (105)).

27,6% (69) des patients ont pris des médicaments sur conseil médical, 4,8% (12) sur conseil de la pharmacie, 4,4% (11) sur conseil de leur entourage familial et 1,6% (4) sur conseil d'amis.

Une minorité a pris des médicaments sur conseil du centre 15 (0,8% (2)), sur conseil d'un kinésithérapeute (0,4% (1)) et sur conseil du travail (0,4% (1)).

16% (40) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

d) Périodes de fréquentation au SAU

Tableau 10 : période de fréquentation au SAU

Période de Fréquentation	Nombre (%)
Jours de Semaine	**327 (69%)**
Lundi	38 (8%)
Mardi	74 (16%)
Mercredi	70 (15%)
Jeudi	76 (16%)
Vendredi	69 (15%)
Week-end et jour férié	**145 (31%)**
Samedi	68 (14%)
Dimanche	71 (15%)
Lundi Férié	6 (1%)

69% du recueil se sont effectués sur les jours de semaines, répartis de façon globalement proportionnelle sur l'ensemble des jours (15% et 16%) sauf sur le lundi où l'on observe un recueil moins important (8%).

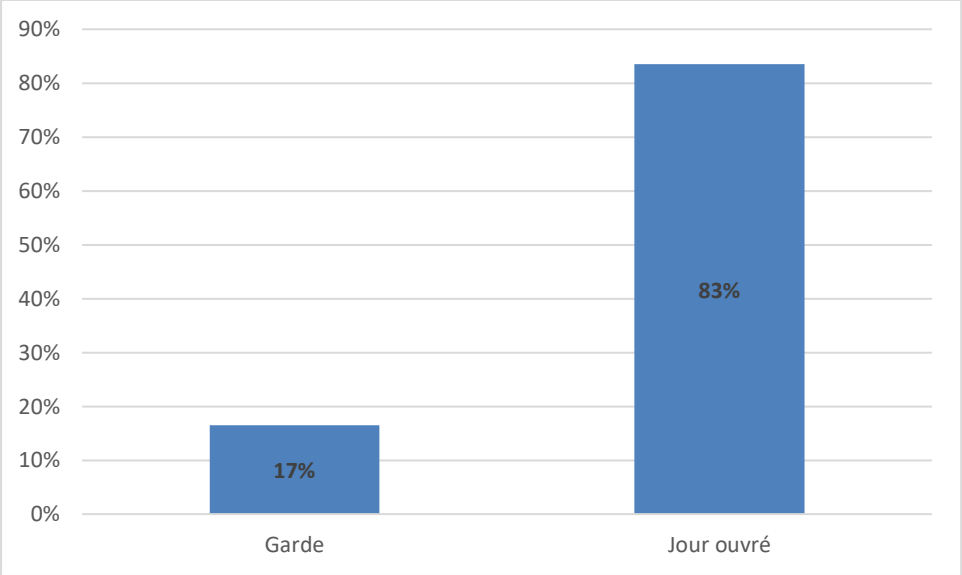
31% du recueil se sont effectués sur une période de week-end, harmonieusement répartie sur les samedis et les dimanches. Peu de questionnaires ont été recueillis sur le seul jour férié du recueil.

Tableau 11 : période de fréquentation sur le recueil théorique

Période de Fréquentation Recueil théorique	Nombre (%)
Jours de Semaine	**2057 (67%)**
Lundi	393 (13%)
Mardi	391 (13%)
Mercredi	395 (13%)
Jeudi	468 (15%)
Vendredi	410 (13%)
Week-end et jour férié	**999 (33%)**
Samedi	480 (16%)
Dimanche	463 (15%)
Lundi Férié	56 (2%)

Les données recueillies sont globalement harmonieuses avec l'ensemble des questionnaires qui auraient pu être idéalement obtenus.

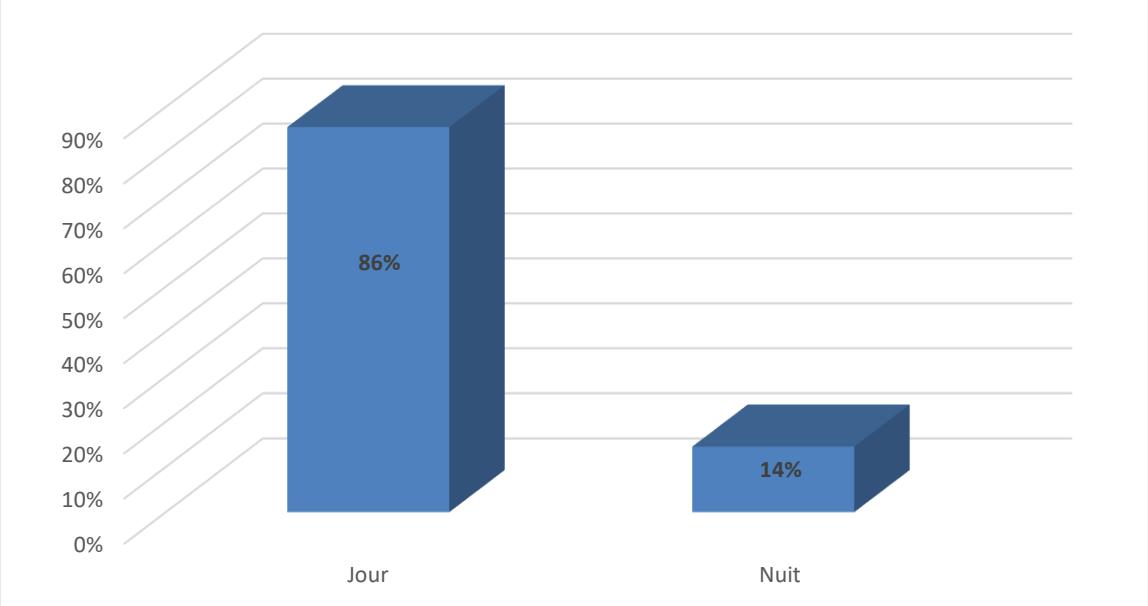
Figure 14 : Périodes de passages sur les jours de semaine



32% (273) des consultations concernant les jours de semaines se sont déroulées en période de jours ouvrés.

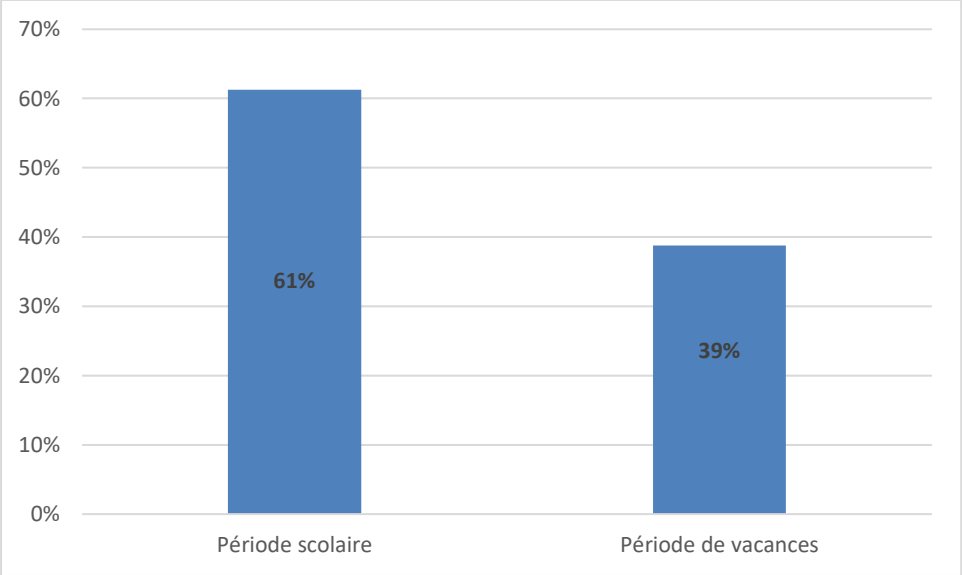
17% (54) des consultations concernant les jours de semaines se sont déroulées sur la période de garde.

Figure 15 : horaires de passage sur les week-ends et jour férié



86% (124) des consultations concernant les week-ends et jour férié se sont déroulées sur la journée et 14% (21) durant la nuit.

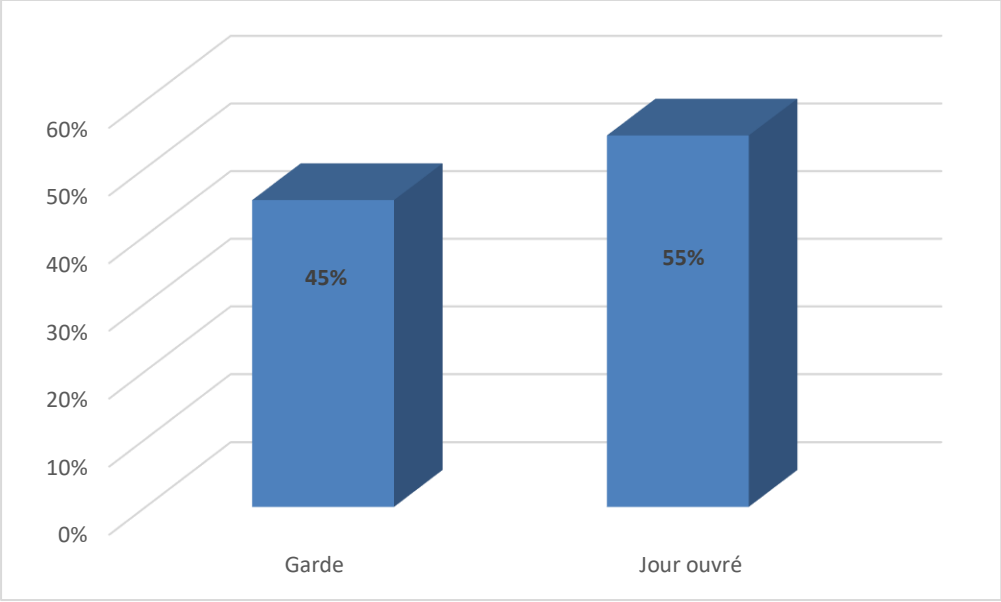
Figure 16 : répartition des passages entre la période scolaire et les vacances



61% (289) des consultations ont été recueillies durant la période scolaire.

39% (183) des consultations ont été recueillies durant la période de vacances.

Figure 17 : période de passage de la population pédiatrique

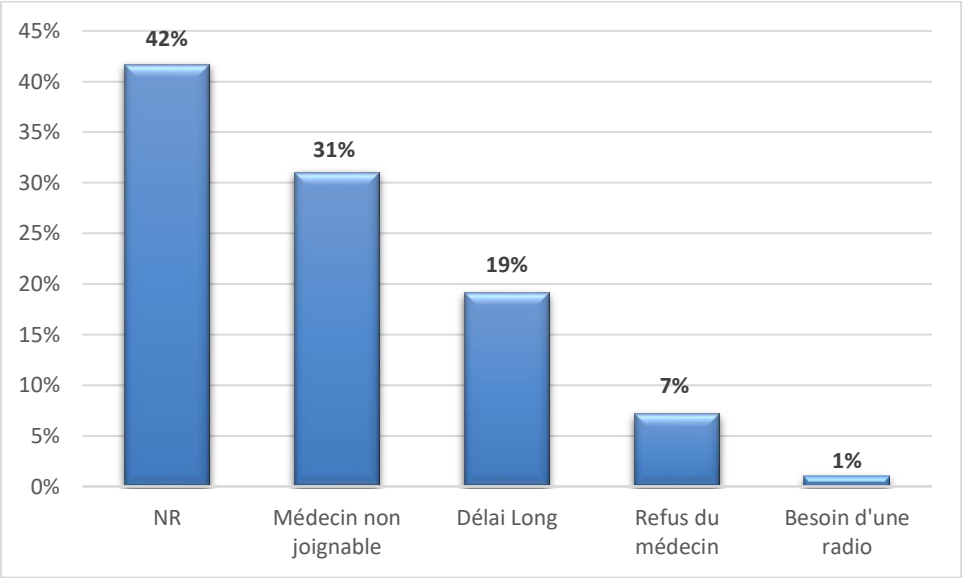


45% (71) de la population pédiatrique de notre recueil est passée sur la période de garde et 55% (86) sur la période de jours ouvrés.

D. Eléments déterminants du recours au SAU

a) Motifs de non consultation du médecin traitant

Figure 18 : motifs de non consultation du médecin généraliste ou du médecin traitant



42% (168) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

31% (125) indiquent que le médecin généraliste ou le médecin traitant n'était pas joignable pour initier la prise en charge.

19% (77) des patients estiment long le délai avant prise en charge par le médecin généraliste en ambulatoire.

7% (29) des patients auraient obtenu un refus du médecin.

1% (4) des patients indique spontanément estimer devoir bénéficier d'une radiographie.

b) Délais avant obtention d'une consultation avec le médecin traitant

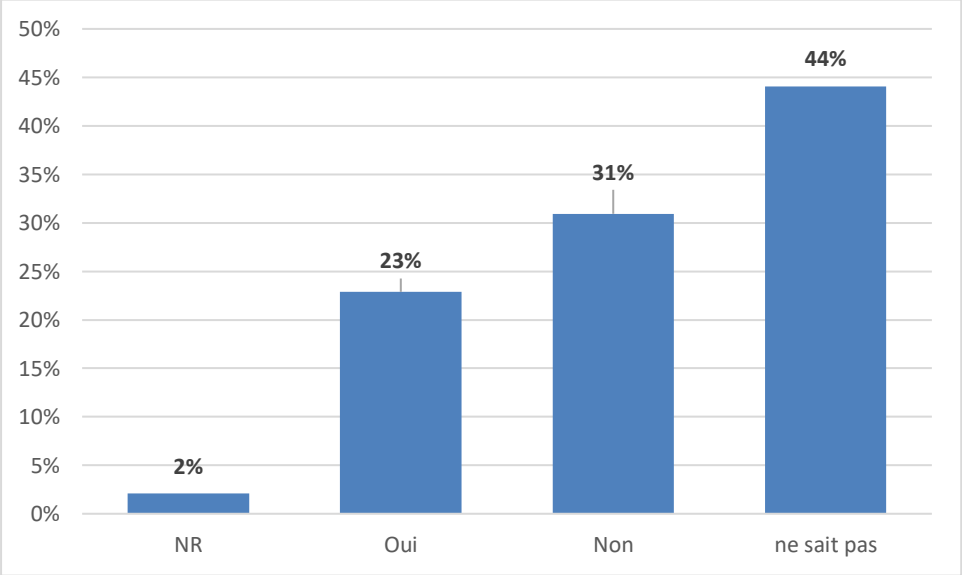
Tableau 12 : délais estimés longs avant consultation d'un médecin généraliste ou du MT

Délais avant consultation du médecin traitant	Nombre (%)
Information non renseignée	55 (71%)
Moins de 12 heures	6 (8%)
Entre 24 et 48 heures	5 (6%)
Entre 72 heures et 6 jours	9 (12%)
Supérieur à 7 jours	1 (1%)
Supérieur à 15 jours	1 (1%)

71% des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.
12% des patients indiquent avoir un délai de consultation entre 72 heures et 6 jours.
8% des patients indiquent long un délai inférieur à 12 heures et 6% un délai entre 24 et 48 heures.
2% indiquent avoir un délai avant consultation entre 7 et 15 jours.

c) Estimation par le patient de la capacité de prise en charge du symptôme au cabinet de médecine générale ambulatoire

Figure 19 : capacité de prise en charge au cabinet de médecine générale



23% (108) des patients estiment que le médecin traitant est capable de prendre en charge le symptôme au cabinet de médecine générale.

31% (146) pensent le médecin traitant incapable de prendre en charge le symptôme au cabinet de médecine générale.

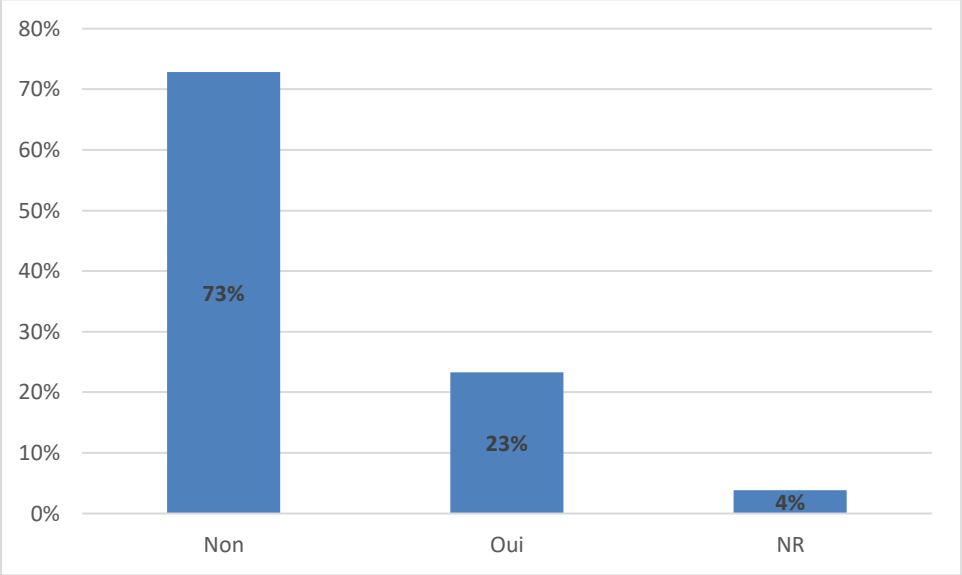
44% (208) ne savent pas la capacité de prise en charge du médecin traitant pour ce symptôme.

2% (10) n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

E. Connaissance du système de fonctionnement de la permanence des soins

a) Education par le médecin traitant aux numéros d'urgences

Figure 20 : informations sur les numéros d'urgence par le médecin traitant



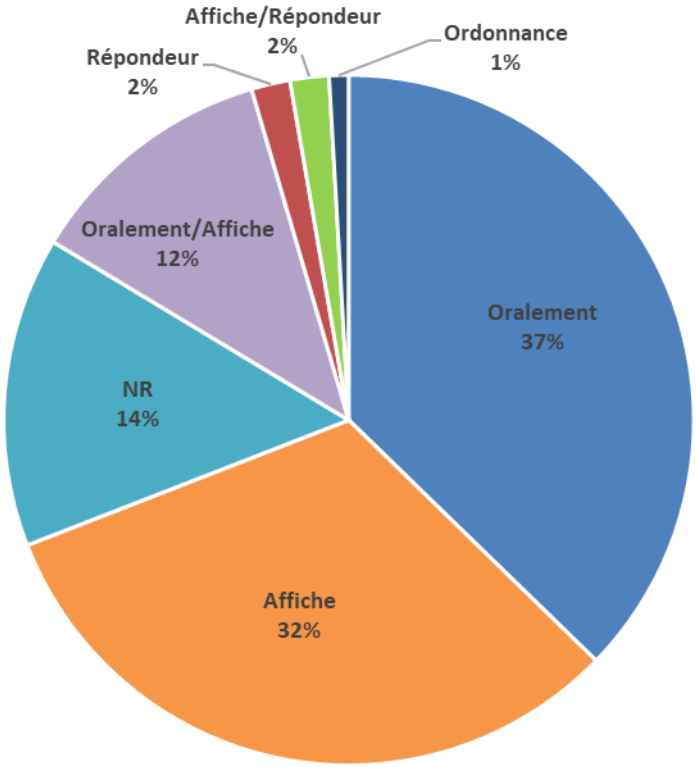
73% (344) des patients estiment ne pas avoir été informés par le médecin traitant des numéros à contacter en cas de symptomatologie évoquant une prise en charge urgente.

23% (110) des patients estiment avoir été informés par le médecin traitant.

4% (18) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

b) Systèmes d'informations permettant l'éducation aux numéros d'urgences

Figure 21 : moyens d'information sur les numéros d'urgence



37% (41) des patients décrivent avoir été informés oralement sur les numéros d'urgence et 32% (35) par l'intermédiaire d'affiche.

12% (13) ont été informés par l'intermédiaire de ces deux systèmes.

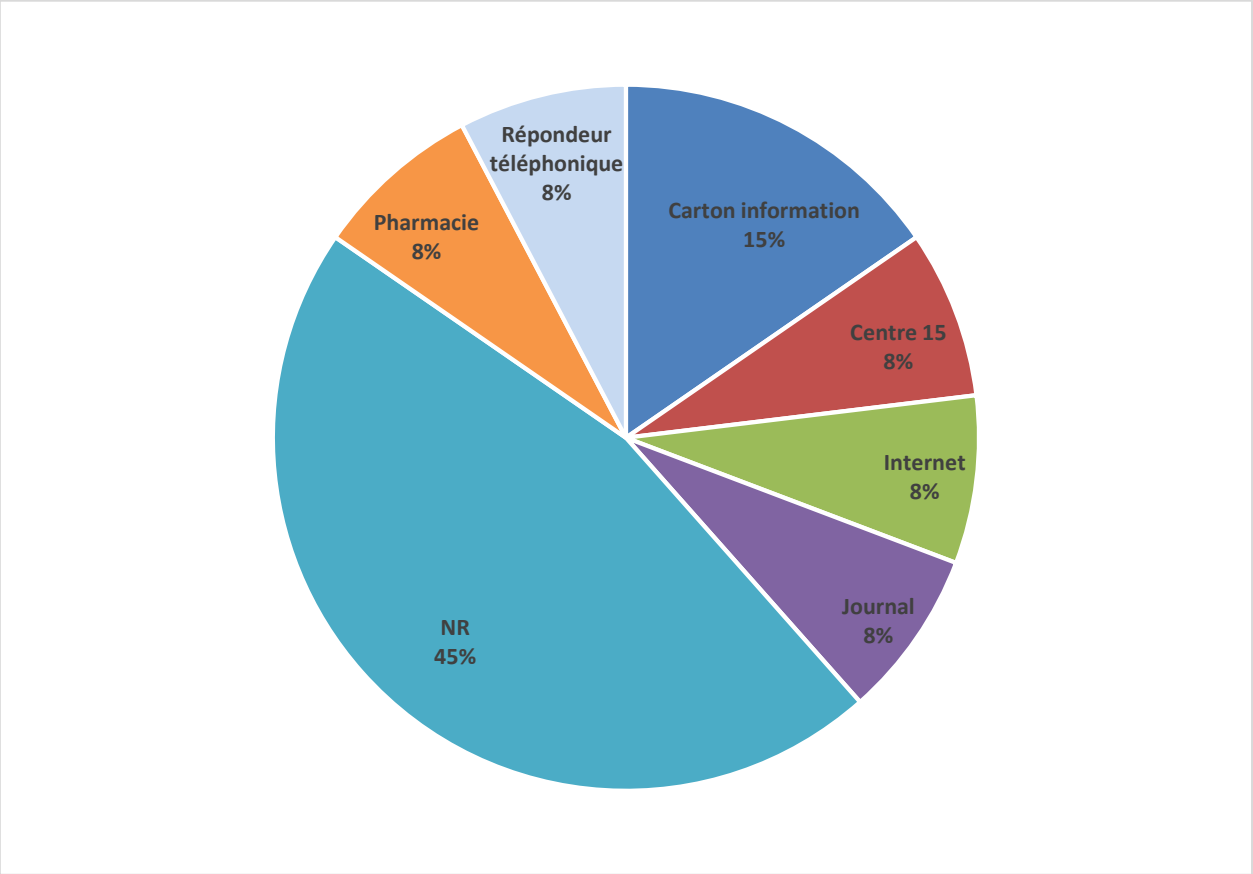
2% (2) affirment avoir été informés par l'intermédiaire de répondeur téléphonique, 2% (2) par l'intermédiaire d'affiche et de répondeur.

Seul 1% (1) a été informé par l'intermédiaire d'ordonnance.

14% (16) des patients n'ont pas renseigné cet item du questionnaire.

c) Moyen d'obtention du numéro du Médecin de garde

Figure 22 : moyen d'obtention du numéro du Médecin de garde



15% (2) des patients ont obtenu le numéro du médecin de garde par l'intermédiaire d'un carton d'information.
40% (5) l'ont obtenu par l'intermédiaire du centre 15, d'un répondeur téléphonique, de la pharmacie, d'internet ou du journal.
Toutefois, 45% (6) des patients n'ont pas répondu à cet item du questionnaire.

d) Périodes d'appel des numéros d'urgences

Tableau 13 : périodes d'utilisation des numéros d'urgences

	Jour ouvré	Période de garde
Appel au Médecin de garde	3	10
Appel au centre 15	15	28

Dans notre recueil, 10 patients ont contacté le Médecin de garde sur la période de garde et 3 en jour ouvré.
28 appels au centre 15 ont été réalisés sur la période de garde et 15 en jour ouvré.

IV. DISCUSSION :

IV.1) Qualité de l'étude

A. Limites de l'étude

a) Questionnaire

- Une période de test a été effectuée sur 48 heures avant le déroulement de l'étude afin de tester la compréhension des patients aux différents items.
  Ce test a permis l'ajout de la mention « ou de votre enfant » concernant l'âge du patient et de la mention « ne sais pas » à la question concernant la capacité de prise en charge au cabinet de médecine générale.
  Malgré cela, certains patients ont spontanément indiqué « la réalisation d'une radiographie » comme motif de non consultation du médecin traitant. Ce critère n'a pas été pris en compte lors de notre étude. Il aurait été intéressant de s'intéresser de façon plus précise au nombre de patients consultant dans les suites d'un motif traumatologique et se présentant afin d'obtenir un examen complémentaire.

- Pour faciliter le remplissage du questionnaire par le patient, il n'a volontairement pas été mentionné le cadre socio-économique, ni l'absence d'avance des frais qui pourraient éventuellement motiver la consultation aux urgences.
  L'arrondissement de Fontenay le Comte fait partie des zones enclavées avec un fort taux de chômage en lien étroit avec le vieillissement de la population. Les emplois agricoles et industriels sont prédominants.(26)
  De nombreuses études ont mis en évidence les inégalités d'accès aux soins en France, notamment sur la nécessité d'améliorer la prévention et l'accessibilité aux soins de premiers recours (27). Dans ce contexte, avec la pénurie de médecins généralistes ambulatoires, nous nous sommes concentrés sur les difficultés rencontrées par le patient à obtenir accès au premier contact médical en dehors de tout cadre socio-économique.

- Plusieurs items n'ont pas été renseignés correctement par les patients provoquant un biais de mesure. Ce biais est en parti inhérent au questionnaire et dû à une motivation variable inter individuelle au remplissage du questionnaire.

b) Mode de recueil

- Le questionnaire a été donné aux patients se présentant à l'accueil du SAU de Fontenay Le Comte par l'intermédiaire de l'IAO ou toute personne réalisant l'accueil du patient aux urgences.
  La distribution des questionnaires nécessite une information claire et adaptée avec recueil du consentement oral du patient par l'IAO. C'est un temps d'information supplémentaire aux données recueillies habituellement.
  Cette distribution a été dépendante de la charge de travail de l'IAO, notamment de l'affluence des patients, diminuant ainsi les questionnaires fournis aux patients.
  De même l'IAO étant l'infirmier(e) dédié(e) aux sorties SMUR, le relais a été effectué par le personnel soignant des urgences mais avec nécessité d'absorber le travail d'accueil de l'IAO dans leurs tâches habituelles, entrainant une diminution du nombre de questionnaires donnés.
  Devant un nombre important de personnes mobilisées pour cette étude, un investissement personnel différent en fonction de l'individu a été retrouvé.
  Ceci explique les 42% des questionnaires théoriques qui ont été recueillis.
  Ces variables entrainent un biais de recrutement et de sélection des sujets de l'étude.

- Le consentement du patient à participer à notre étude a été recueilli oralement après information brève par l'IAO des modalités de recueil (volontariat et anonymat) et ces informations ont été répétées en page d'accueil du questionnaire.
  Les refus de participer à l'étude n'ont pu être recensés de façon satisfaisante devant une charge de travail conséquente à l'accueil.

- Parallèlement, il n'a pas été possible d'estimer la concordance entre le nombre de questionnaires fournis et recueillis. Certains questionnaires ont été retrouvés non complétés au départ du patient, ou ont été complétés mais non remis au départ du patient. Le questionnaire étant anonyme ceux-ci n'ont pu être intégrés à l'étude car la conclusion médicale n'était pas mentionnée.

- De plus, sur la période de nuit, un recueil moins important est observé. Celui-ci est en rapport avec une diminution importante du nombre de consultations sur cette tranche horaire (11% du total des consultations journalières), et du nombre important de patients présentant un facteur d'exclusion.

c) Périodes de recueil

- Les périodes de recueil correspondent à des périodes scolaires et de vacances scolaires. Celles-ci ont été réalisées en période printanières au moment de l'épidémie de gastroentérite aigue et de grippe ainsi qu'en période estivale. Malgré une tentative d'équilibre entre ces périodes, il existe un biais de sélection puisque la première période de recueil printanière est de 40 jours et la période estivale de 28 jours.

- Devant un nombre de médecins généralistes décroissant dans l'arrondissement fontenaisien, nous avons inclus les samedis matins dans notre étude comme faisant partie de la période de garde.

d) Impact de la subjectivité

- Le patient consultant sur le ressenti de sa pathologie notamment la douleur, les critères subjectifs motivant la consultation du patient n'ont pas été étudiés dans le détail. Des études ont montré que la douleur, le contexte accidentel et l'angoisse sont les éléments pouvant favoriser les consultations inadaptées aux urgences (25) (28). Toutefois il conviendrait de s'intéresser à ces facteurs sur le SAU fontenaisien pour comprendre en amont le délai de consultation très court, et découvrir les facteurs influençables pouvant allonger cette durée avant consultation ou permettant de la relativiser.

- La conclusion médicale et le caractère adapté de la consultation médicale au SAU ont été laissés à l'évaluation du médecin référent sénior prenant en charge le patient et n'ont pas été soumis à la cotation objective de la Classification Clinique des Malades des Urgences CCMU.
  Ce choix s'est fait pour des conditions de réalisation du questionnaire ainsi que la nécessité de prendre en compte de façon globale la consultation (douleur, histoire de la maladie...), ce que le critère CCMU ne permet pas d'expliciter. Le caractère inadapté d'une consultation n'ayant pas de consensus (28), celui-ci a été laissé à l'évaluation du médecin sénior.
  De même, la perception du caractère approprié de la consultation peut être influencée par le fait que le patient soit adressé après une première évaluation préalable. (29)
  Ceci a pu entrainer un biais d'interprétation et de sélection puisqu'en fonction de l'évaluateur, une même pathologie aura pu être ou non inclue dans l'étude.

- Finalement, pour obtenir une étude plus exhaustive, notamment en ce qui concerne les facteurs subjectifs de consultations, il aurait été intéressant de réaliser une étude qualitative avec questionnement sur la représentation de la maladie et de la symptomatologie amenant ces consultations inappropriées.

Toutefois, il nous semblait nécessaire et intéressant d'intégrer le patient dans la démarche de remplir lui-même le questionnaire, permettant ainsi un questionnement de celui-ci quant aux démarches réalisées avant consultation.

B. Forces de l'étude

Nous avons pu diminuer le biais de sélection en incluant dans notre étude une population au tout venant, emmenée ou non par véhicule sanitaire, adressée ou non après évaluation médicale.
Cette population représente la grande variabilité des consultations effectuées au SAU de Fontenay le comte.
Ce recueil s'est effectué de jour comme de nuit, sur plusieurs saisons et en pleine épidémie afin de diminuer le biais de saisonnalité.
Enfin, la standardisation des réponses par l'intermédiaire d'un questionnaire court, a permis l'obtention de réponses homogènes, ainsi qu'une faisabilité et une reproductibilité aisée.

IV.2) Problématique

A. Description du parcours de soin préalable à la consultation

a) Lien avec la médecine générale ambulatoire

- Dans notre étude, 82% des patients consultant de façon inappropriée ont déclaré avoir un médecin traitant.

  Les 17% des patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant ont mis en cause un déménagement ou une cessation d'activité récente. Toutefois, un grand nombre de réponses n'a pas été obtenu à cette question.

  A noter que nous n'avons pas fait de distinction sur l'âge de déclaration du médecin traitant (théoriquement à partir de 16 ans), puisque bon nombre des parents ayant rempli le questionnaire pour leur enfant ont indiqué la présence d'un médecin généraliste référent pour celui-ci.

  Contrairement à l'étude réalisée sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes en mars 2012 (24), la non déclaration d'un médecin traitant ne semble pas être un facteur de risque de consultation inappropriée dans notre étude.

- L'étude a indiqué que seulement 28% des patients ont tenté d'appeler un médecin généraliste avant leur consultation aux urgences et seulement 15% affirment avoir consulté un médecin pour leur symptôme.
  58% des patients qui ont appelé un médecin généraliste ne l'ont pas consulté.

Les patients ont indiqué en majorité que le médecin généraliste n'était pas joignable pour initier la prise en charge et une faible proportion aurait essuyé un refus de la part de celui-ci.

Ainsi l'étude a mis en évidence que les patients qui ont pourtant déclaré un médecin traitant n'ont pas forcément le réflexe de prendre contact avec celui-ci, ce que l'on retrouve bien dans l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de juin 2013.(30)
Toutefois, une grande majorité semble croire que le médecin généraliste en ambulatoire n'est pas en capacité de prise en charge (31%) ou doute de cette possibilité (44%).

- 19% ont estimé long le délai proposé par le médecin généraliste. Ce délai reste difficile à évaluer devant une quantité importante de non réponse à cet item. Toutefois parmi ces patients, 14% estiment long une prise en charge en moins de 48 heures par le médecin généraliste ambulatoire, ce qui pose question quant à la réalité de l'urgence ressentie par le patient.

- Concernant les patients considérant que la réalisation d'une radiographie est nécessaire (1%), il aurait été intéressant d'évaluer la nécessité réelle de cet examen. Ces consultations ayant été estimées inappropriées, il semble envisageable de considérer que cette radiographie aurait pu être réalisée en ambulatoire sur intervention du médecin généraliste en collaboration avec le centre de radiologie.
  La mise à disposition du plateau technique dont dispose le service des urgences est un élément de consultation mis en évidence dans la littérature (30). Malheureusement notre questionnaire ne favorise pas la mise en évidence plus précise de cette demande.

- 48% des patients de notre population qui avaient été adressés par un médecin généraliste aux urgences ont été estimés en consultation inappropriée par le médecin référent sénior des urgences.

  Cela soulève la difficulté de prise en charge au cabinet de médecine générale ambulatoire des consultations dites urgentes, mettant en évidence la difficulté de réaliser une évaluation correcte en un cours laps de temps (bien souvent entre deux consultations) ainsi que la difficulté pour certains médecins d'absorber ces consultations. Certaines d'entre elles sont adressées sur conseils téléphoniques simples.

- Parallèlement, 38% des patients ayant bénéficié d'une évaluation médicale préalable n'ont pas été adressés secondairement à cette consultation. Pourtant leur consultation au SAU relève d'une consultation estimée inappropriée.

Il semble nécessaire de se questionner sur les facteurs favorisant ces reconsultations précoces malgré une première évaluation réalisée par le médecin ambulatoire de premiers recours concordante avec l'évaluation réalisée par le médecin sénior du SAU. Est-ce un problème dans la relation de confiance avec le médecin généraliste ayant effectué la première évaluation ? Est-ce que les patients développent un besoin d'obtenir un second avis médical ?

b) Démarches réalisées avant l'arrivée au SAU

- Les patients de notre étude justifiant d'une prise en charge ambulatoire n'ont pas abusé de la prise en charge par véhicule sanitaire qui reste ponctuelle. Seulement 2.3% des patients sont arrivés au SAU par l'intermédiaire d'un véhicule sanitaire dont 5 déclenchés par l'intermédiaire de la régulation et 4 par le patient lui-même.

- La majorité (65%) des patients consultent aux SAU de leur propre initiative, ce qui concorde avec l'étude effectuée au CHU en mars 2015 (24). Les patients consultant sur conseil d'un tiers (31%) sont orientés en grande majorité par les professionnels médicaux et paramédicaux (pharmaciens et infirmier(e)s), et secondairement par leur entourage familial.

  On remarque l'importance du réseau de confiance du patient qui entraine l'initiation de la prise en charge. Finalement le cercle familial n'intervient que dans de faibles proportions.

- L'étude a montré que seulement un peu plus de la moitié des patients a pensé à prendre des médicaments pour leur symptôme avant consultation aux urgences. Un quart de ces patients ont pris des médicaments sur prescription médicale préalable. Les patients ayant pris des médicaments en dehors de toute prescription l'ont fait en majorité de leur propre initiative et sur conseils médicaux simples.

- En ce qui concerne la population pédiatrique, une étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU de Nantes en 2011 met en évidence 64% de consultations inappropriées après une première évaluation médicale par le médecin de premier recours et met en évidence la nécessité d'anticiper les consultations à risque de reconsultation grâce à l'éducation thérapeutique. (31)

B. Population de l'étude et motifs de consultation

- Notre étude met en évidence que seulement 6% des plus de 75 ans consultent de façon inappropriée aux urgences. Contrairement à 61% des 16-74 ans et 33% des moins de 15 ans. Ces chiffres correspondent aux données recueillies lors de l'étude réalisée aux urgences adultes du CHU de Nantes en mars 2012. (24)
  C'est une population relativement jeune qui consulte de façon inappropriée, avec une médiane de 27 ans et une moyenne de 31 ans (24). Le ratio homme/femme de notre étude est quant à lui strictement identique contrairement à l'étude du CHU de mars 2012. (24)
  Le vieillissement de la population de l'arrondissement fontenaisien ne favorise pas l'augmentation du nombre de consultations inappropriées au SAU de Fontenay Le Comte.

- Toujours en corrélation avec les données de la littérature (24)(32), la majorité des patients consulte pour un motif traumatologique et pour une prise en charge de la douleur.
  Ces motifs de consultations prédominants sont des motifs à forte composante subjective, où la douleur et la brutalité du mécanisme entraînent un délai de consultation très rapide.

  Notre étude montre que les patients consultent pour 28% dans un délai de moins de 12 heures et 24.8% entre 12 et 48 heures.
  Le délai médian de consultation étant de 8 heures pour les adultes et 6 heures pour la population pédiatrique.
  En effet, une étude réalisée sur Melbourne montre l'impact important de la perception subjective d'urgence par le parent, favorisant l'accumulation des consultations pédiatriques inappropriées (41.6%) (29) ainsi qu'un délai médian très rapide de consultation.

- L'accessibilité à un plateau technique adapté dans un laps de temps court, associée à la possibilité d'une évaluation médicale adaptée avec prise en charge de la douleur favorise l'accumulation de ces consultations inadaptées pour ces motifs. (28)(30)

C. Périodes de consultations

- L'ensemble de la population passe de façon relativement similaire sur l'ensemble des jours de semaines (15%) excepté le lundi où l'on retrouve une nette diminution de la quantité de questionnaires recueillis.
  Ceci peut s'expliquer par une augmentation de l'activité des personnels de soins le lundi, devant absorber la patientèle en attente d'hospitalisation datant du week-end, en même temps que l'affluence habituelle aux urgences.
  De plus, on note dans notre décompte deux lundis en moins par rapport aux autres jours de semaines, notamment en rapport avec la date de début de notre étude et le fait que le lundi de Pâques est férié.

  On retrouve bien dans le panorama 2015 de l'observatoire régional des urgences une fréquence de consultation plus importante le lundi. (32)

- La répartition sur les week-ends des consultations inappropriées est relativement harmonieuse par rapport à la semaine. Malheureusement on observe un très faible recueil sur le seul jour férié de notre étude.
  Malgré tout, nos données recueillies sont en harmonie avec l'ensemble des questionnaires qui auraient pu être idéalement recueillis.

- De façon identique aux données de la littérature (21), les consultations se répartissent de façon équivalente sur les jours de semaine et en période de weekend avec environ 85% du passage effectué sur la période de journée et 17% en période de nuit/période de garde.

- La population pédiatrique passe de façon relativement similaire sur les périodes de gardes et sur la période de jours ouvrés.

D. Connaissance du système de la permanence des soins

a) <u>Utilisation de la permanence des soins et connaissances du patient</u>

- 9.1% des patients soit 43 patients ont pensé à appeler le centre de régulation afin d'obtenir une aide à l'orientation. 28 sur la période de garde et 15 en jour ouvré.
  Ceux-ci ont reçu majoritairement une orientation vers les urgences, ainsi qu'un conseil téléphonique, de façon concordante avec les données de la littérature. (32)

- Seuls 13 patients ont appelé le médecin de garde. 10 en période de garde et 3 en jour ouvré. *Seuls 2 patients l'ont consulté***.** 7 patients n'ont pas renseigné le motif de non consultation. Les autres ont justifié cette non consultation par

la distance longue à parcourir pour consulter, un délai de consultation long et le fait que le médecin n'était pas joignable.

- Trois quart des patients estiment ne pas avoir été informés par le médecin traitant des numéros d'urgences à contacter en cas de symptôme évoquant une prise en charge rapide ou urgente.

On ressort de ces éléments une méconnaissance globale de la permanence des soins par la population générale avec une nette sous-utilisation des numéros d'urgence.
Toutefois le ressenti des patients indique un manque d'information de la part du médecin généraliste ambulatoire.
L'éducation réalisée est-elle mal comprise/perçue par le patient ? Le manque de médecins généralistes dans l'arrondissement favorise-t-il une durée de consultation plus limitée, entrainant ainsi une diminution de l'éducation dédiée à la consultation d'urgence par les médecins généralistes ambulatoires ?

Le bilan de la permanence des soins en Vendée réalisé sur la période de 2014 met en évidence une augmentation progressive de l'activité des médecins mobiles surtout en nuit profonde. Le nombre d'actes par médecin et par nuit reste faible à 0.92 mais le nombre de nuits sans acte est minime (7.65%). Il faut en moyenne 44 minutes au médecin mobile pour arriver sur les lieux (domicile majoritairement). (33)

b) <u>Systèmes d'informations permettant l'éducation aux numéros d'urgences</u>

- Dans notre population, les patients ont été informés de la conduite à tenir en cas de symptomatologie urgente majoritairement oralement par leur médecin traitant et par l'intermédiaire d'affiches.

- Ils ont obtenu le numéro du médecin de garde par l'intermédiaire d'un carton d'information, et de façon équivalente par le centre 15, la pharmacie, le répondeur téléphonique, internet et le journal. Toutefois la moitié des patients n'a pas répondu à cet item du questionnaire.

Il semble qu'une faible proportion de la population ait été sensibilisée par les campagnes d'éducation réalisées par l'état par l'intermédiaire des affiches. L'information communiquée par le médecin généraliste ambulatoire est primordiale puisqu'elle entre directement dans le cadre de la relation de confiance instaurée avec le patient et doit se pérenniser autant que possible.

IV.3) Perspectives d'améliorations

Les moyens pour parvenir à l'application du concept de soins primaires reposent notamment sur l'éducation, la promotion de la santé ainsi que sur les principes de prévention.

Dans un contexte de pénurie en médecine générale ambulatoire sur l'arrondissement fontenaisien avec une moyenne d'âge élevée des praticiens présageant de nombreux départs à la retraite dans les prochaines années, l'inquiétude est forte pour l'évolution de la pratique médicale dans les années à venir.

Malheureusement, les moyens d'application du concept de soins primaires sont en grande majorité réalisés par le médecin généraliste ambulatoire. La relation de confiance construite sur la longue durée avec le patient permet une amélioration de la compréhension, ce qui tend vers une amélioration de l'application de ces principes.

De notre étude ressort qu'une grande majorité des patients ne se sent pas informée et ne sait pas la capacité du médecin généraliste ambulatoire à prendre en charge le symptôme. Ce manque d'éducation peut provenir du manque de temps du médecin généraliste (de plus en plus sollicité) et de la capacité du patient à recevoir de façon satisfaisante l'information qui peut être expliquée.
Puisqu'un grand nombre de consultations de médecine générale ambulatoire finissent par être prises en charge par le service des urgences de Fontenay Le Comte, plusieurs propositions d'améliorations peuvent être envisagées.

- Il semblerait initialement évident d'améliorer l'information fournie au patient et de revoir le principe d'éducation du patient à la consultation en urgences par l'intermédiaire du médecin généraliste.
  Il ne semble pas adapté de renvoyer cette éducation isolément au médecin généraliste ambulatoire dans les conditions d'exercice actuelles.
  Toutefois il semble aussi nécessaire de trouver une solution adaptée pour tenter de diminuer l'afflux massif de ces consultations inappropriées au SAU.
  Il serait envisageable de créer une plaquette informative permettant une orientation préalable du patient selon sa symptomatologie. Celle-ci pourrait expliquer les numéros informatifs à contacter en cas de besoin, notamment le numéro du médecin généraliste régulateur de garde ainsi que la conduite à tenir à réaliser en cas de traumatisme ou en cas de douleur persistante…
  Toutefois, réaliser ce type de projet ne peut se faire sans l'acteur principal qu'est le médecin généraliste ambulatoire. Il serait dans ce contexte nécessaire d'avoir une concertation hospitalo-ambulatoire afin de tenter d'aller ensemble vers une amélioration de l'éducation des patients à la consultation de médecine d'urgence.

A noter, que courant d'année 2017 a été mis en place dans les Pays de la Loire ainsi qu'en Normandie et en Corse un numéro d'appel commun et facile d'apprentissage : le 116 117, diffusé par l'intermédiaire d'un système d'affiches *(Annexe 9).* Ce numéro d'appel vise à favoriser la prise de contact avec un médecin généraliste régulateur de garde afin d'optimiser l'orientation et la prise en charge de ces consultations ambulatoires. Ce système tend à se généraliser courant d'année 2018 à l'ensemble du territoire. (34)

Il existe sur le centre hospitalier de Fontenay Le Comte, un réseau d'éducation thérapeutique relatif à la prise en charge de l'obésité et la prise en charge du diabète, une équipe mobile de soins palliatifs et un réseau mémoire. Ces dispositifs rentrent en compte dans la prévention et la promotion de la santé qui s'effectuent dans le parcours de soin (35). Serait-il envisageable de créer un réseau d'éducation ville-hôpital concernant la permanence des soins en coordination avec les médecins généralistes ambulatoires ?

En ce qui concerne le délai très rapide de consultation des patients, avant même toute prise médicamenteuse : l'éducation pourrait permettre d'améliorer les choses. Les patients expriment régulièrement ne pas comprendre l'attente aux urgences, mais tous souhaitent pourtant l'accès rapide à une prise en charge pour pallier à leur symptomatologie.

- De plus, il n'existe pas de maison médicale de garde sur l'arrondissement fontenaisien. Une structure permettant de recevoir un Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) existe mais n'est pas fonctionnelle. Il serait idéal d'envisager l'ouverture d'une maison médicale de garde vers laquelle l'IAO, après évaluation de critères d'orientations spécifiques, pourrait orienter le patient. Ce type de coopération existe dans le Val de Marne, avec notamment un retour positif des patients. L'information transmise par l'IAO sert d'éducation thérapeutique et une prise de conscience sur le caractère non urgent du symptôme a été observée (36)(37). Les retours sont positifs quant à l'aide apportée au cours de la permanence des soins. (38)

- En parallèles d'actions en ambulatoire, plusieurs actions au SAU pourraient être mises en place.
  Le SAU du CH de Fontenay Le Comte ne dispose pas de circuit debout ou de circuit court permettant de prendre en charge une partie de cette patientèle relevant de critères de gravité faibles ou d'une consultation ambulatoire. Ces consultations engorgent le circuit habituel et allongent la durée d'attente. La création d'un tel circuit pourrait être envisagée en semi permanence ou en permanence en fonction de la demande. Ces patients seront triés à l'entrée via l'IAO (32) secondairement à l'évaluation de critères d'éligibilité et d'exclusion, afin d'obtenir une optimisation et de réagencer le temps d'attente des patients en fonction de leur orientation.(39)

De multiples hôpitaux de taille similaire au Centre Hospitalier (CH) de Fontenay Le Comte ont eu des retours positifs sur la création de ces secteurs dédiés.(40)

On se questionne sur la possibilité de créer un poste pour un médecin généraliste salarié de l'hôpital au sein du service des urgences, dédié à ces consultations relevant de prime abord d'une consultation de médecine générale ambulatoire.
Dans l'immédiat, lors du second semestre 2017, la création d'un poste pour un Stagiaire Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) associé aux urgences a été réalisée au sein du CH de Fontenay Le Comte. Cette option s'est présentée devant des difficultés croissantes à trouver des maîtres de stage encadrant la formation et favorisant éventuellement une installation ultérieure des internes.
Celui-ci effectue durant trois jours par semaine, des consultations en autonomie pour des motifs d'entrée relevant de la médecine générale ambulatoire avec possibilités de réévaluation ultérieure si nécessaire. La mise au point secondaire s'effectue par un médecin référent sénior des urgences en collaboration avec le Département de Médecine Générale. Cette expérience semble actuellement avoir un retentissement positif sur la population et sur le fonctionnement du service des urgences. Un travail est actuellement en cours afin d'évaluer la pérennisation ultérieure de cette expérience.

Il existe donc une nécessité de réorganisation de l'accès aux soins primaires dans l'arrondissement fontenaisien. Ce problème est récurrent depuis de nombreuses années sur l'ensemble du territoire français. Un groupe de réflexion nommé PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers REcours) a été créé en ce sens afin d'étudier les différents modes d'organisation de l'accès aux soins de premiers recours et l'étude de la structuration et du système de soins en France. (41)(42)

V. CONCLUSION

Plus d'un tiers des patients de notre étude consultent au SAU de Fontenay Le Comte pour un motif relevant d'une prise en charge ambulatoire.

Malgré une majorité de patients ayant déclaré un médecin traitant, seulement une faible proportion pense à le contacter avant de consulter aux urgences. Le délai de prise en charge avant consultation du médecin généraliste ambulatoire est pourtant relativement court mais semble long pour ces patients qui consultent dans un délai très court après l'apparition du symptôme.
Le fait que le médecin traitant ne soit pas joignable semble être un élément déterminant de la consultation aux urgences.

De plus, une majorité ne semble pas capable de juger de la possibilité de prise en charge du symptôme au cabinet de médecine générale et rapporte ressentir un manque d'information et d'éducation concernant la consultation devant un symptôme évoquant une prise en charge urgente. On observe une large sous-utilisation du médecin de garde. Il y a donc une méconnaissance globale du système de permanence des soins par ces patients. Il semble indispensable de tenter de trouver un dispositif afin de sensibiliser la population à la consultation au SAU idéalement en coordination avec les médecins généralistes ambulatoires. Une éducation minimale pourrait être tentée au SAU et il est nécessaire de poursuivre les campagnes d'information et de sensibilisation nationales.

Au niveau du SAU, la création d'un circuit court accueillant cette population selon des critères spécifiques pourrait permettre d'absorber à minima et à court terme cette population. De même, la création d'un SASPAS associé au SAU semble être une aide temporaire pour ces consultations relevant de la médecine générale ambulatoire. Toutefois le problème de fond ne sera pas réglé.
Avec l'augmentation de la moyenne d'âge des médecins généralistes dans l'arrondissement fontenaisien, les patients seront de plus en plus confrontés à la difficulté de joindre le médecin généraliste ambulatoire et les délais de consultations risquent de s'allonger s'il n'y a pas de nouvelles installations dans les années à venir. C'est l'ensemble du système de soins ambulatoires dans ces régions défavorisées qui devrait être réétudié.

La population âgée n'est pas concernée par ces consultations de médecine ambulatoire. C'est une population jeune qui est concernée, d'environ 31 ans, d'hommes autant que de femmes. Ceux-ci consultent en majorité de leur propre chef et les motifs principaux de consultation sont la traumatologie et la composante douloureuse. Pour autant la moitié de notre population ne prend pas de médicament pour tenter d'améliorer la symptomatologie avant consultation.

Il aurait été justifié de s'intéresser à l'attrait de l'accessibilité rapide au plateau technique des urgences pour ces consultations, qui pourrait expliquer le délai très rapide de consultation.

Enfin il semblerait utile de poursuivre cette étude à la recherche des facteurs subjectifs poussant les patients à consulter avec rapidité, notamment sur la représentation de la douleur et de la maladie.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Internet]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6) ; 2013. Disponible sur : http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet_these.pdf

2. République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article 7 | Legifrance [Internet]. Août, 2004.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DEFFAE5C905D4337EAC955C5F230B39B.tpdila07v_3?idArticle=JORFARTI000002259691&cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=29990101&categorieLien=id

3. République Française. Ministère de la Santé et des sports. Parcours de soins coordonnés. [Internet]. 2009.
Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf

4. Cour des comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [Internet]. 2013 févr, p. 187 à 218.
Disponible sur :
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf

5. Sénat. Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : examen des articles [Internet]. 2009.
Disponible sur : https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl08-290.html

6. République Française. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et de la Vie Associative. Une organisation des soins de premiers recours plus attractive pour un service plus efficient et mieux réparti - Synthèse des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS) [Internet].
Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

7. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Juill, 2009.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

8. Ministère des solidarités et de la santé. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ? | Agence Régionale de Santé [Internet]. 2017.
Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante

9. DGOS. Le principe du Contrat Engagement Service Public (CESP) [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2010
Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp

10. Ordre des Médecins de Vendée. Démographie médicale en Vendée. Nombre de médecins par habitants. 2017.

11. Délégation Territoriale de l'ARS pour la Vendée. Garantir l'accès au conseil médical aux horaires de fermeture des cabinets : l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en Vendée [Internet]. 2013 oct 25
Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_espace_presse/dossiers/2013/PDSA/DP-Permanence_des_soins_ambulatoires-Vendee.pdf

12. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. La santé observée. Evolution et structure de la population. [Internet]. 2016 janv 28
Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/Demographie/EvolPopulation/pdf_population_lsoonline.pdf

13. ORS. Projections de population. La santé observée dans les Pays de la Loire [Internet]. 2012
Disponible sur : http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/LSO2012/2012lsopdl_i.1.2.pdf

14. République Française. Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Evolution de la population dans les EPCI de la Région Pays de la Loire. Académie de Nantes [Internet]. 2016 avr Report No. : 6.
Disponible sur : http://www.ac-nantes.fr/medias/fichier/etudes-stats-n6-avril-2016-evolution-population-epci_1461771518488-pdf?INLINE=FALSE

15. AGUER, GOIN. Une démographie dynamique malgré un léger ralentissement - Insee Analyses Pays de la Loire - 27 [Internet]. 2016.
Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908379

16. RODRIGUES A. Vendée : une croissance démographique forte - Insee Flash Pays de la Loire - 37 [Internet]. 2015.
Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895085

17. ARS Pays de la Loire. Indicateurs de santé. Spécificités territoriales en Vendée [Internet]. 2011 oct
Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/etudes_publications/observation_analyses/indicateurs-sante-ars-vendee-oct2011.pdf

18. Dossier complet - Commune de Fontenay-le-Comte (85092) | Insee [Internet]. 2017
Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-85092#tableau-POP_G2

19. 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) | Legifrance [Internet]. Mai 2006.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&categorieLien=id

20. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé. Edition 2016. Panorama de la DREES [Internet].
Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf

21. ORU Pays de la Loire. Observatoire régional des urgences. Panorama 2015 [Internet]. 2016 mai.
Disponible sur : http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/36/00013620-a39107e67ce8c1f66625d8bd8da0bea4/panoramaorupdl2015.pdf

22. WAKSMAN N. Inégalités sociales d'accès aux soins primaires : l'exemple des consultations inappropriées aux urgences [Thèse d'exercice]. [France]: UFR Médecine Pierre et Marie Curie (Paris).; 2011.

23. Netgen. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? [Internet]. Revue Médicale Suisse.
Disponible sur : https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-75/31553

24. KASPROWSKI A. Thèse d'exercice. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. [Internet]. Faculté de Médecine de Nantes ; 2013
Disponible sur : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/2d6e1aea-0ae9-42b0-9f70-99f4c3d3f8ad

25. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND AC, BONGIONVANNI I, HARO J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. Santé Publique. 16(1) : 63-74.

26. Pôle emploi. Diagnostic Socio-économique Pays de le Loire [Internet]. 2012 Décembre p. 44. Report No. : 11.
Disponible sur : http://www.observatoire-emploi-paysdelaloire.fr/telecharger/pole-repere-n-11.pdf

27. IRDES ; Prospere, FRA. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? sept 2012;(179) : 8.

28. GENTILE S, Collège PACA de Médecine d'Urgence. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé [Internet]. 2007 mai.
Disponible sur : http://copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte_-_Analyse_du_comportement_des_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_ReI_sultats_de_la_reI_gion_PACA.pdf

29. Pr BAUDON J. Un enfant aux urgences....ce n'est pas toujours justifié. Journal International de Médecine. Juin 2017;

30. DREES. Résultats du questionnaire patients-parcours avant l'arrivée aux urgences [Internet]. 2014 juin
Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf

31. VERCRUYSSE A. Thèse d'exercice. Recours aux Urgences Pédiatriques Après Consultation de Soin primaire RUPACS [Internet]. Université de Nantes, faculté de Médecine ; 2011
Disponible sur : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=fb16857e-f078-4caf-9ad8-91a09e9b8785

32. DREES. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières 2014. [Internet]. 2015 juin, p. 74. Report No. : 63.
Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf

33. ARS Pays de la Loire. Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2012-2014. L'évaluation de son organisation et de son fonctionnement-Les chiffres clés. [Internet]. 2015 juillet.
Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_accompagnement_soins/Permanence_des_soins/CHIFFRES_CLES_EVAL_EXPE_PDSA.pdf

34. République Française. Accès aux soins -116 117 : ouverture dans 3 régions d'un numéro de téléphone unique pour trouver un médecin de garde | service-public.fr [Internet].
Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A11579

35. Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. Présentation régionale de santé des Pays de la Loire-Etat des lieux de la santé en Pays de la Loire [Internet]. 2012 mars
Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/6-4-Annexe1-Etat-des-lieux-de-l_offre-en-sante-partie1.pdf

36. CARON J. Thèse d'exercice. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint–Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny–Villiers. [Internet]. UNIVERSITE PARIS ;
Disponible sur : http://doxa.u-pec.fr/theses/th0585127.pdf

37. Trop de monde aux urgences : la solution des généralistes [Internet]. RTBF Info. 2015
Disponible sur : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_trop-de-monde-aux-urgences-la-solution-des-generalistes?id=9003369

38. HAROCHE D. Thèse d'exercice. Mise en parallèle de l'activité des CAPS de Pornic, Guérande et Pontchâteau avec celle des urgences de Saint-Nazaire pendant les horaires de permanence des soins [Internet]. 2010
Disponible sur : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5e32e1fa-7ea7-45c6-a33d-ccb89941db92

39. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Service d'urgences - Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'un circuit court au sein du service des urgences [Internet]. 2017
Disponible sur : http://urgences.anap.fr/publication/1760

40. Circuit court aux Urgences : un bilan positif | Actualités- Centre Hospitalier du Chinonais (Chinon) [Internet]. 2009
Disponible sur : http://www.ch-chinon.fr/actualites/circuit-court-aux-urgences-un-bilan-positif.html

41. IRDES, CERMES, SFMG. Projet de constitution d'une équipe émergente pluri-institutionnelle et pluridisciplinaire pour le développement de la recherche sur les services de soins de premiers recours. Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiErs REcours (PROSPERE) [Internet]. 2008 mai
Disponible sur : http://www.irdes.fr/recherche/partenariats/prospere-partenariat-pluridisciplinaire-de-recherche-sur-l-organisation-des-soins-de-premiers-recours/projet.pdf

42. Institut de Recherche en Santé Publique GIS-IReSP. Rapport final 2009-2013 pour l'équipe émergente PROSPERE [Internet]. p. 70.
Disponible sur : http://www.irdes.fr/recherche/partenariats/prospere-partenariat-pluridisciplinaire-de-recherche-sur-l-organisation-des-soins-de-premiers-recours/prospere-rapport-final.pdf

VII. TABLE DES FIGURES

Figure 1 : répartition des âges dans la population étudiée……21
Figure 2 : répartition des déclarations d'un médecin traitant dans notre population……...22
Figure 3 : motifs de non déclaration d'un médecin traitant……...22
Figure 4 : Mode de déclenchement en cas d'arrivée en ambulance au SAU…….23
Figure 5 : répartition des appels au médecin traitant ou au médecin généraliste avant l'arrivée au SAU……..24
Figure 6 : répartition des consultations réalisées avant l'arrivée au SAU…….24
Figure 7 : orientation des patients après consultation médicale avant l'arrivée au SAU…...25
Figure 8 : répartition des appels au Médecin de garde avant consultation au SAU……...27
Figure 9 : répartition des conseils reçus motivant la consultation au SAU……28
Figure 10 : conseils donnés avant consultation aux urgences…….28
Figure 11 : répartition des délais depuis l'apparition du symptôme motivant la consultation au SAU……..30
Figure 12 : prises médicamenteuses sur prescription médicale avant consultation……31
Figure 13 : Conseils reçus entrainant la prise médicamenteuse avant consultation……...32
Figure 14 : Périodes de passages sur les jours de semaine…….34
Figure 15 : horaires de passage sur les week-ends et jour férié……..34
Figure 16 : répartition des passages entre la période scolaire et les vacances……...35
Figure 17 : période de passage de la population pédiatrique……..35
Figure 18 : motifs de non consultation du médecin généraliste ou du médecin traitant……..36
Figure 19 : capacité de prise en charge au cabinet de médecine générale……..37
Figure 20 : informations sur les numéros d'urgence par le médecin traitant……..38
Figure 21 : moyens d'information sur les numéros d'urgence…….39
Figure 22 : moyen d'obtention du numéro du Médecin de garde……40

VIII. TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : recueil et obtention de la population étudiée……..20
Tableau 2 : répartition selon le sexe dans la population étudiée……...21
Tableau 3 : moyen d'arrivée au SAU…….23
Tableau 4 : mise en corrélation de l'appel et de la consultation du médecin généraliste….25
Tableau 5 : répartition des appels au centre 15 avant consultation au SAU…….……26
Tableau 6 : information reçue lors du contact téléphonique avec le centre 15…….26
Tableau 7 : motif de non consultation du Médecin de garde après contact téléphonique….27
Tableau 8 : représentation des motifs de consultation aux urgences…….29
Tableau 9 : répartition de la prise médicamenteuse avant consultation……31
Tableau 10 : période de fréquentation au SAU……...33
Tableau 11 : période de fréquentation sur le recueil théorique……..33
Tableau 12 : délais estimés longs avant consultation d'un médecin généraliste ou du MT...36
Tableau 13 : périodes d'utilisation des numéros d'urgences…….40

IX. ANNEXES

Annexe 1 : Affiche informative du numéro du médecin régulateur de garde avant 2017

Annexe 2 : Informations relatives au nombre de passage au SAU de Fontenay Le Comte de 2014 à 2016 inclus.

Centre Hospitalier
FONTENAY-Le-COMTE

Urgences/ZCSD/SMUR
FONTENAY LE COMTE

ANNEES	2014	2015	2016
Nombre de passages	19400	19688	19531

ANNEES	2014	2015	2016
NB de sorties SMUR	539	568	545

ANNEES	2014	2015	2016
NB de ZSCD	1621	1606	1586

Pour la moyenne globale du nombre de consultations quotidiennes aux urgences, les résultats sont les suivants :

- 2014 : 53,2
- 2015 : 53,9
- 2016 : 53,5

F.Chambragne
Le 20/07/2017

Annexe 3 : Feuille informative IAO concernant les informations à fournir aux patients et les motifs d'exclusion

INFORMATIONS IAO
Thèse Clémence

Les patients consultant pour les motifs suivants **ne doivent pas** remplir de questionnaire :
Patients amenés par le SMUR

Cardio : Tachycardie / Oppression thoracique/ Arythmie / Malaise et perte de connaissance Immédiate / Suspicion embolie pulmonaire/ Ischémie aigue de membre inférieur

Pneumo : Désaturation/ Détresse respiratoire aigüe/ Inhalation de fumée/ Hémoptysie

Traumato : Accident de la Voie Publique amenés par les pompiers/ Déformation de membre Evidente

Psychiatrie : Idées suicidaires/ Demande de sevrage/ Tentative autolyse médicamenteuse/ Demande d'hospitalisation en psychiatrie/ Troubles du comportement

Neuro : Paralysie faciale/ Confusion / Troubles de la conscience/ Convulsion / Crise épilepsie/ Dysarthrie/ Hémiplégie

Hématologie : Anémie / Accident d'exposition au sang

Digestif : hématémèse

Autres : Allergie après l'injection produit de contraste/ Ivresse et alcoolisation aigue
Certificats de non hospitalisation / Incarcérés/ Gendarmerie Nationale

Consultations programmées et consultations directes : pédiatrie/ gynécologie/ophtalmologie

Expliquer au patient que ce questionnaire permettrait d'améliorer la prise en charge aux urgences, et que la participation de chaque patient est volontaire et anonyme. Explication donnée sur la feuille du questionnaire.

Remplir le motif IAO du questionnaire (comme celui indiqué sur la main courante) et **l'heure de consultation** avant de le donner au patient

Pour les enfants : questionnaire à remplir par les parents (en indiquant bien l'âge de l'enfant)

Bannette orange pour rassembler les questionnaires dans le PC de soin

A récupérer par le médecin référent ou par toute personne recueillant un questionnaire *esseulé*

En vous remerciant pour votre aide :-)

Annexe 4 : Questionnaire test

Questionnaire Test

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine générale, nous cherchons à recueillir des informations sur les démarches réalisées par les patients avant leur arrivée aux urgences de Fontenay-Le-Comte.

Ce questionnaire est anonyme, non obligatoire et est réalisé dans le but d'améliorer la prise en charge aux urgences.

Ce questionnaire est actuellement en phase de test. Merci de nous indiquer si certaines questions ne sont pas compréhensibles, ou toute remarque susceptible d'améliorer ce questionnaire.

Vos
remarques : ……
……
……
……
……
……
……

Motif d'accueil IAO : ……..

Date du jour : …/…./201... Heure de consultation : ….h.…

Date et heure de début des symptômes motivant la consultation : …/…/….. ...h...

Etes-vous : une femme un homme Votre âge : ……
Votre moyen d'arrivée : Véhicule personnel Pompiers
Ambulance :
si oui, de quelle façon ? Via le centre 15 Médecin traitant Seul

Avez-vous déclaré à ce jour un Médecin traitant ?
Oui Non
Si non, pourquoi ? Déménagement (date :……..…)
Arrêt de l'activité du médecin habituel Autre……

Avant votre arrivée, avez-vous :
Appelé un médecin généraliste ? Oui Non

Consulté un médecin généraliste ?
Oui : êtes-vous adressé(e) par celui-ci ? Oui Non
Non
Si non, pourquoi ?
Délai de consultation long ?
Si oui, dans combien de temps était prévu ce rendez-vous : ……
Médecin non joignable
Refus de la consultation par le médecin

Appelé le centre 15 : Non Oui
Si Oui : Conseil téléphonique Envoi d'une ambulance
Orientation vers les urgences Médecin de garde

Appelé le médecin de garde :
Non Oui
Si Oui, comment avez-vous obtenu son numéro ? Pharmacie Carton d'information
Autres :……
Si oui, l'avez-vous vu ? Oui Non *Si non,* pourquoi ? Nombre de km Autre : …….

Avez-vous pris conseil auprès de quelqu'un avant de consulter aux urgences ?
Non Oui
Si Oui : Pharmacien Infirmière Kinésithérapeute Ostéopathe Autres :……...

Avez-vous pris des médicaments pour vos symptômes ?
Non Oui
Si Oui : Sur prescription médicale ? Oui Non
Sur conseil ? Oui Non *Si Oui* : Par qui ? ……..

Votre médecin traitant vous a-t-il déjà informé des numéros à contacter en cas de symptôme vous évoquant une prise en charge rapide ou urgente ?
Non Oui
Si Oui, de quelle façon ? Oralement Affiche en salle d'attente Autres :……...

Pensez-vous que votre médecin traitant aurait pu prendre en charge votre symptôme à son cabinet ?
Non Oui

Avez-vous été satisfait(e) de cette consultation d'urgence ? Oui Non

Annexe 5 : Questionnaire définitif

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine générale, nous cherchons à recueillir des informations sur les démarches réalisées par les patients avant leur arrivée aux urgences de Fontenay-Le-Comte.

Ce questionnaire est anonyme, non obligatoire et est réalisé dans le but d'améliorer la prise en charge aux urgences.

Certaines questions peuvent vous sembler répétitives mais seront nécessaires à l'analyse des données.
Merci de remplir de façon la plus complète possible ce questionnaire (3 à 5 minutes environ), et de le donner au médecin ou à l'infirmière vous prenant en charge.

Le personnel soignant et médical est à votre disposition pour toute question ou aide concernant le remplissage de ce questionnaire.

En espérant que les urgences de Fontenay-Le-Comte vous apporteront satisfaction.

Le service des urgences

1/4

Motif d'accueil IAO : ……..

Date du jour : …/…./201... Heure de consultation : …….h….

Date et heure de début des symptômes motivant la consultation : …/…/….. ...h...

Etes-vous : une femme ☐ un homme ☐ **Votre âge** : ……. ans (ou de votre enfant)

Votre moyen d'arrivée : Véhicule personnel ☐ Pompiers ☐
Ambulance ☐ :
Si oui, de quelle façon ? ☐ Via le centre 15 ☐ Médecin traitant ☐ Seul

Avez-vous déclaré à ce jour un Médecin traitant ?
Oui ☐ Non ☐
Si non, pourquoi ? ☐ Déménagement (date :……..)
☐ Arrêt de l'activité du médecin habituel ☐ Autre……

Avant votre arrivée :
1) Avez-vous appelé un médecin généraliste ou votre médecin traitant ? Oui ☐ Non ☐

2) Avez-vous consulté un médecin généraliste ou votre médecin traitant ?
☐ Oui : êtes-vous adressé(e) par celui-ci ? ☐ Oui ☐ Non
☐ Non
Si non, pourquoi ?
☐ Délai de consultation long ?
Si oui, dans combien de temps était prévu ce rendez-vous : …….
☐ Médecin non joignable
☐ Refus de la consultation par le médecin

3) Avez-vous appelé le centre 15 ? ☐ Non ☐ Oui
Si Oui : ☐ Conseil téléphonique ☐ Envoi d'une ambulance
☐ Orientation vers les urgences ☐ Médecin de garde

4) Avez-vous appelé le médecin de garde ?
☐ Non ☐ Oui
Si Oui, comment avez-vous obtenu son numéro ? ☐ Pharmacie ☐ Carton d'information
Autres :……
Si oui, l'avez-vous vu ? ☐ Oui ☐ Non *Si non*, pourquoi ? ☐ Nombre de km ☐ Autre : …….

Avez-vous pris conseil auprès de quelqu'un avant de consulter aux urgences ?
☐ Non ☐ Oui
Si Oui : ☐ Pharmacien ☐ Infirmière ☐ Kinésithérapeute ☐ Ostéopathe ☐ Autres :……..

Avez-vous pris des médicaments pour vos symptômes ?
☐ Non ☐ Oui
Si Oui : Sur prescription médicale ? ☐ Oui ☐ Non
Sur conseil ? ☐ Oui ☐ Non *Si Oui* : Par qui ? ……..

Votre médecin traitant vous a-t-il déjà informé des numéros à contacter en cas de symptôme vous évoquant une prise en charge rapide ou urgente ?
☐ Non ☐ Oui
Si Oui, de quelle façon ? ☐ Oralement ☐ Affiche en salle d'attente ☐ Autres :……..

Pensez-vous que votre médecin traitant aurait pu prendre en charge votre symptôme à son cabinet ?
☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sais pas

Partie à remplir par le Médecin ayant effectué votre prise en charge :

Conclusion de la consultation : ……

Recours adapté au SAU : ☐ Oui ☐ Non

Annexe 6 : Note informative pour l'ensemble du personnel participant au recueil, mise à disposition dans le cahier de transmissions

Bonjour à toutes,

Avec l'autorisation de Françoise, je me permets de vous contacter par ce biais pour vous expliquer l'objectif de mon travail de thèse.

M'étant attachée en un an à l'hôpital de Fontenay et particulièrement au service des urgences, j'ai voulu faire ce travail qui cloturera mes années d'études, dans votre service.
Quand je travaillais avec vous, vous m'avez de nombreuses fois entendue "râler" que les motifs d'entrées relevaient "de la médecine générale" que "ça n'avait rien à faire là" et j'en passe....

Dans cet optique, j'ai voulu comprendre qu'*elles étaient les démarches mises en place par les patients avant leur arrivée*, et surtout si auparavant ils avaient déjà été renseignés sur la conduite à adopter avant d'arriver aux urgences !

Il m'a semblé évident lors de la réalisation de mon questionnaire, que c'était vous, les IAO (et ambulanciers/Aide soignantes), qui seriez les premièr(e)s à pouvoir efficacement donner mon questionnaire. En sachant que généralement vous posez déjà aux patients les questions que j'ai choisies d'intégrer à mon questionnaire (sur leur médecin traitant, s'ils ont déjà pris des médicaments...).

Pendant leur temps d'attente, ils pourront donc remplir ce questionnaire s'ils le veulent bien.

Evidemment, le but n'est en aucun cas de vous ajouter une charge supplémentaire de travail, et après la journée test, il semble que cette démarche soit réalisable sans trop imputer sur votre temps.
Il est évident, que les jours de Rush , il y aura forcément des questionnaires oubliés d'être donnés ou des informations moins bien renseignées, mais ceci fait PARTIE des aléas d'une étude par questionnaire.
Je viendrai régulièrement receuillir les questionnaires et noterai les oublis de questionnaire et me renseignerai sur ces périodes où la charge de travail se majore.

En ce sens, je vous remercie de bien vouloir m'aider dans ma démarche au mieux que vous pourrez.

Mon but étant éventuellement de faire ressortir qu'une adaptation au sein du service des urgences (à type de circuit court) est nécessaire et voir si l'éducation des patients pourrait être améliorée (malgré la diminution du nombre de Médecin Généraliste, argument souvent avancé par les patients)

J'espère que cette étude pourra être menée au mieux grâce à votre implication.

Je vous remercie de votre aide.

Clémence NOSJEAN
(ancienne interne du service des urgences)

Annexe 7 : mails d'informations aux médecins urgentistes séniors concernant le recueil de données

Bonjour,

Je m'appelle Clémence NOSJEAN et je suis actuellement en 5ème semestre de médecine générale. Pour la plupart, nous avons déjà travaillé de multiples fois ensemble lors de mon année passée à Fontenay Le Comte en Médecine Polyvalente puis aux Urgences.

Certain(e)s le savent déjà, j'ai choisi de réaliser ma thèse d'exercice aux urgences de Fontenay-Le-Comte, encadrée par le Dr DESBUARDS Claire. Son intitulé est : "Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay le Comte ?"

Dans cet optique, d'ici quelques jours, le recueil de données devrait commencer pour 5 semaines (ceci devant probablement se reproduire en été puis vers l'automne).
Ce questionnaire sera distribué, aux patients qui l'acceptent, par les infirmières d'accueil.
Il comportera : une partie à remplir par le patient **puis une partie médicale**

Je vous sollicite donc pour cette partie médicale qui consistera à **indiquer la conclusion de la consultation et à cocher une case** (recours adapté ou non au SAU selon votre évaluation).
Cette étape est rapide et importante pour mon recueil de données.

Le questionnaire devra ensuite être laissé dans le dossier et sera récupéré par les secrétaires (*sauf en cas d'hospitalisation où il serait souhaitable de le retirer et le mettre dans la bannette orange du pc de soins*)

Je compte sur votre aide pour le bon déroulement de ce recueil.

En vous remerciant par avance,

Clémence NOSJEAN

Annexe 8 : note d'informations aux internes

Bonjour tout le monde,
Je vous adresse ce message car dans une semaine normalement, mon recueil de données dans le cadre de ma thèse d'exercice devrait commencé dans vos chères urgences... !!

C'est un questionnaire qui sera délivré au patient par l'infirmière d'accueil (selon certains critères de non inclusion) , que celui ci devra remplir le plus complètement possible puis il y a une partie médicale à remplir!
Le but c'est que ce questionnaire reste dans le dossier pour que les secrétaires le récupère.

Je vous sollicite donc :-)
1) pour bien veiller à ce que la conclusion médicale de votre sénior apparaisse de façon courte avec la case cochée associée en fonction de l'évaluation!!
2) si vous hospitalisez vos patients, essayer de sortir le questionnaire du dossier et de le mettre dans la bannette orange dans le pc de soin (sinon il va monter dans les étages avec le dossier ! ;))

en espérant que vous pourrez m'aider comme j'espère vos cointernes vous aideront aussi lorsque ce sera votre tour!

merci par avance

Clémence

Annexe 9 : Affiche informative du nouveau numéro d'appel du Médecin Régulateur de garde 116 117

Vu, le Président du Jury,

Professeur LE CONTE
Philippe

Vu, la Directrice de Thèse,

Docteur DESBUARDS Claire

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : NOSJEAN **PRENOM : Clémence**

Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay Le Comte ? Etude descriptive, prospective, monocentrique, réalisée entre février 2016 et septembre 2016.

RESUME

Introduction : Les soins primaires sont les soins de santé essentiels, accessibles à tous les individus, réalisés par le médecin qui introduit le premier contact avec le système de santé. Depuis 2004, le médecin traitant déclaré doit être le pivot du parcours de soins. Toutefois, dans l'arrondissement fontenaisien, un grand nombre de départs en retraite des médecins généralistes ambulatoires (MG) a été observé sans installation secondaire compensatoire. Dans ce contexte, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Fontenay Le Comte enregistre une augmentation du nombre des consultations depuis plusieurs années. Dans ce cadre, nous nous sommes intéressés aux éléments du parcours de soins des consultations relevant de la médecine générale, préalablement réalisés avant le recours au SAU.

Matériel et Méthodes : Etude descriptive, prospective, monocentrique menée au sein du SAU de Fontenay Le Comte sur trois périodes entre février et septembre 2016. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme, rempli par le patient ne présentant pas de facteur d'exclusion, fourni par l'IAO après recueil du consentement oral du patient. Une évaluation médicale a été réalisée par le médecin urgentiste sénior référent, permettant d'évaluer le caractère adapté ou non de la consultation. Notre population concerne les consultations relevant de la médecine générale ambulatoire dites inappropriées.

Résultats : 82% des patients ont déclarés un médecin traitant. 72% n'ont pas tenté d'appeler un MG. Seuls 15% ont consulté un MG avant arrivée au SAU. C'est une population jeune de 31 ans en moyenne, qui consulte principalement pour de la traumatologie et dans un contexte douloureux, dans un délai médian très court de 8 heures. Un médecin non joignable et un délai estimé long avant consultation favoriseraient la non consultation du MG. On observe une méconnaissance de la capacité de prise en charge du symptôme au cabinet par le MG ainsi qu'une méconnaissance du système de la permanence des soins et de son utilisation. Parallèlement, 73% des patients estiment ne pas avoir été informés par le MG des numéros à contacter en cas de symptomatologie estimée urgente.

Conclusion : La méconnaissance du système de la permanence des soins associée à une incapacité d'évaluation par le patient de la possibilité de prise en charge au cabinet du MG semble favoriser les consultations de soins primaires aux urgences. Devant un ressenti péjoratif de l'éducation à la consultation au SAU, il semblerait justifié de trouver un dispositif en collaboration avec les MG de l'arrondissement afin de diminuer ces consultations. Toutefois devant des MG surchargés, il peut être envisagé d'ouvrir un circuit court au SAU. Pour l'instant, une aide temporaire s'effectue par l'intermédiaire d'un SASPAS associé au SAU, en cours d'évaluation.

MOTS-CLES : Soins primaires, Premiers recours, Consultations inappropriées, Permanence des soins ambulatoires