

# Analyse de la typologie et des motivations des patients consultant au service des urgences du C.H.U. de Nancy pour un motif relevant de la médecine ambulatoire: étude prospective de 239 admissions

Catherine Mangin

▶ **To cite this version:**

Catherine Mangin. Analyse de la typologie et des motivations des patients consultant au service des urgences du C.H.U. de Nancy pour un motif relevant de la médecine ambulatoire: étude prospective de 239 admissions. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01732538

**HAL Id: hal-01732538**

**https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732538**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2007

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Catherine MANGIN**

le 3 octobre 2007

# ANALYSE DE LA TYPOLOGIE ET DES MOTIVATIONS DES PATIENTS CONSULTANT AU SERVICE DES URGENCES DU C.H.U. DE NANCY POUR UN MOTIF RELEVANT DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE :

Étude prospective de 239 admissions

Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| Monsieur le Professeur A. BELLOU | Président |
| Monsieur le Professeur S. BRIANÇON | Juge |
| Monsieur le Professeur P.E. BOLLAERT | Juge |
| Monsieur le Professeur A. AUBREGE | Juge |
| Monsieur le Docteur M. SI ABDALLAH | Juge |

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

---

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Assesseurs :**

| | |
|---|---|
| du 1er Cycle : | **M. le Docteur François ALLA** |
| du 2ème Cycle : | **M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI** |
| du 3ème Cycle : | **M. le Professeur Marc BRAUN** |
| de la Vie Facultaire : | **M. le Professeur Bruno LEHEUP** |

## DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

## PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

==========

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
## PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

**1ère sous-section :** ***(Anatomie)***

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2ème sous-section :** ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

**3ème sous-section :** ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

---

### 43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

**1ère sous-section :** ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2ème sous-section :** ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1ère sous-section :** ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2ème sous-section :** ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**4ème sous-section :** ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

---

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1ère sous-section :** ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

**2ème sous-section :** ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

**3ème sous-section :** ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

---

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1ère sous-section :** ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**2ème sous-section :** ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3ème sous-section :** ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

**4ème sous-section :** ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

---

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3ème sous-section :** ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4ème sous-section :** ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

---

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1ère sous-section :** ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2ème sous-section :** ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4ème sous-section :** ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

---

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1ère sous-section :** ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2ème sous-section :** ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3ème sous-section :** ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4ème sous-section :** ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5ème sous-section :** ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

---

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1ère sous-section :** ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2ème sous-section :** ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3ème sous-section :** ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4ème sous-section :** ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

---

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1ère sous-section :** ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2ème sous-section :** ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

**3ème sous-section :** ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4ème sous-section :** ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

---

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1ère sous-section :** ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2ème sous-section :** ***(Chirurgie digestive)***

**3ème sous-section :** ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4ème sous-section :** ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

---

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1ère sous-section :** ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2ème sous-section :** ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

---

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1ère sous-section :** ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

**2ème sous-section :** ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

**3ème sous-section :** ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

**4ème sous-section :** ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

---

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1ère sous-section :** ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2ème sous-section :** ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3ème sous-section :** ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1ère sous-section :** ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2ème sous-section :** ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3ème sous-section :** ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

---

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1ère sous-section :** ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

---

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1ère sous-section :** ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

**2ème sous-section :** ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

**4ème sous-section :** ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

---

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1ère sous-section :** ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2ème sous-section :** ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

---

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1ère sous-section :** ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

**4ère sous-section :** ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Pierre GILLOIS

---

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteur François SCHOONEMAN

**3ème sous-section :** ***(Immunologie)***

Docteur Anne KENNEL

**4ème sous-section :** ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

---

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1ère sous-section :** ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

---

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**5ème sous-section :** ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Docteur Jean PAYSANT

---

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5ème sous-section :** ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

**5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

---

**40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

---

**60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

---

**61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

---

**65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE**
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

---

**67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**
Madame Nadine MUSSE

---

**68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**
Madame Tao XU-JIANG

==========

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

**Médecine Générale**
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

==========

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

==========

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*
Professeur Charles A. BERRY (1982)
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
*Brown University, Providence (U.S.A)*
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*
Harry J. BUNCKE (1989)
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
*Institut d'Anatomie de Würtzburg.(R.F.A)*
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*
Professeur James STEICHEN (1997)
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

**A NOTRE PRESIDENT DE JURY**

**Monsieur le Professeur A. BELLOU**

Professeur de médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement

En témoignage de notre gratitude pour l'honneur que vous nous faites de bien vouloir présider notre jury de thèse.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant de nous avoir confié le sujet de cette thèse et de nous avoir guidé par vos conseils avisés dans son élaboration.

Nous vous prions de trouver dans cet hommage l'expression de nos sincères remerciements pour votre disponibilité ainsi que la marque de notre profond respect.

**A NOS JUGES**

**Monsieur le Professeur S. BRIANÇON**

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et Prévention

Nous vous sommes très reconnaissant de nous accorder votre temps et votre attention pour juger cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Professeur P.E. BOLLAERT**

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Professeur A. AUBREGE**

Professeur de Médecine Générale

En acceptant de participer au jury de cette thèse, vous nous faites l'honneur de partager votre expérience et votre sagesse.

Veuillez trouver ici le témoignage de nos sincères remerciements.

**Monsieur le Docteur M. SI ABDALLAH**

Médecin

Nous sommes sincèrement reconnaissant de l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant de le juger.

Vous avez, par votre aide, contribué à la réalisation de ce travail avec beaucoup de gentillesse. Nous tenons à vous en remercier tout particulièrement.

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont apporté leur soutien pour réaliser ce travail :

Monsieur Virion, du département de Santé Publique et d'Epidémiologie de l'Hôpital Marin, pour son aide précieuse et indispensable dans l'exploitation des données et leur analyse statistique.

Monsieur le Dr Naude et Madame le Dr Unvois pour avoir eu la gentillesse de nous communiquer les informations relatives à la Maison Médicale de Nancy et Médigarde Lorraine.

Monsieur le Docteur P. Atain-Kouadio pour nous avoir aidé à réunir les informations concernant les urgences de l'Hôpital Central.

Toute l'équipe médicale et para-médicale du S.A.U. de l'Hôpital Central pour leur contribution à la réalisation de l'étude. Cette thèse n'aurait pas été possible sans leur collaboration. Je remercie tout particulièrement Evelyne pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Et toutes les personnes qui m'ont conseillée et aidée pour la rédaction de ce travail : mes parents, ma sœur, Virginie, Emilie, Jamy, Badou, Lisa et Laurent Durin.

# *SERMENT*

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

# SOMMAIRE


**I. INTRODUCTION..... 15**

**II. L'URGENCE ET LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMEE..... 17**

A. DEFINITION ET LEGISLATION..... 17
1. Définition de l'urgence et hiérarchisation des demandes de soins non programmées..... 17
2. Les demandes de soins aux urgences hospitalières..... 18
3. Obligations réglementaires face à la demande de soins en urgence..... 18

B. EVOLUTION ET SITUATION ACTUELLE DE L'ACTIVITE DE SOINS NON PROGRAMMES..... 20
1. La consultation non programmée en médecine ambulatoire..... 20
2. Le recours à la régulation médicale..... 20
3. Evolution de l'activité des services d'urgence..... 21
4. Activité actuelle des S.U. : statistiques nationales de 2002..... 22

C. ACTUALITES SUR LA PRISE EN CHARGE DES DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMEES EN MEDECINE AMBULATOIRE..... 24
1. Une nouvelle organisation de la permanence des soins (PDS)..... 24
a) Définition et concept de la PDS..... 24
b) Une mutation récente..... 24
c) Dispositif actuel..... 25
2. L'émergence des maisons médicales de garde..... 26
a) Concept..... 26
b) Evolution et dénombrement actuel..... 26
c) Mode de fonctionnement..... 27
d) Financement..... 27
e) Impact sur les urgences..... 28
3. L'essor des associations de médecins de garde..... 28

D. PROBLEMATIQUE DE L'ENGORGEMENT DES URGENCES..... 28
1. Etat des lieux..... 28
2. Les usagers réguliers des urgences..... 29
3. Les patients usant des urgences comme source habituelle de soins..... 30
4. L'afflux de patients se présentant aux urgences pour des motifs bénins.. 30

**III. ENQUETE REALISEE AU S.AU. DU C.H.U. DE NANCY AUPRES DE CONSULTANTS SE PRESENTANT POUR DES MOTIFS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE..... 32**

A. OBJECTIFS..... 32

B. MATERIEL ET METHODE..... 32
1. Type et lieu de l'étude..... 32
2. Déroulement de l'étude..... 32
3. Population cible..... 33
4. Nature des données recueillies..... 34
5. Exploitation des données..... 34

C. RESULTATS..... 35
1. Données socio-démographiques..... 35
2. Motifs de venue..... 37
3. Habitudes de soins..... 40
4. Opinion sur les urgences..... 42
5. Opinion sur la prise en charge..... 43
6. Conduite ultérieure..... 45
7. Jour, horaire et durée de prise en charge..... 46
8. Analyse de la prise en charge par le médecin..... 47

D. DISCUSSION..... 48
1. Biais et limites de l'étude..... 48
2. Profil de la population sondée..... 49
3. Habitudes des consultants en matière de recours au système de soins.... 50
4. Motif de consultation auprès des urgences..... 50
5. Influence de la prise en charge et de l'information sur la conduite future..... 52
6. Des résultats à l'encontre des idées reçues..... 53

**IV. REFLEXION ET PERSPECTIVES D'ORGANISATION..... 54**

A. LES MODELES D'ORGANISATION..... 54

B. PISTES DE TRAVAIL..... 56
1. Définir le rôle des acteurs de la PDS..... 56
a) Les médecins libéraux..... 56
b) Les maisons médicales de garde..... 56
c) La place des services d'urgence..... 58
2. Développer les moyens des services de régulation..... 59
3. Sensibiliser et informer la population..... 60

**V. CONCLUSION..... 62**

**BIBLIOGRAPHIE..... 64**

**GLOSSAIRE..... 72**

**ANNEXES..... 74**

# I. INTRODUCTION

En un quart de siècle, les habitudes de soins de la population française en cas de problème médical imprévu se sont considérablement transformées. Auparavant, en cas d'ennui de santé inopiné, le premier réflexe du patient était de se tourner vers son médecin traitant. Celui-ci se rendait souvent disponible à toute heure pour une consultation ou une visite à domicile. Le passage par les urgences, services qui étaient encore peu structurés avant les années 90, n'était réservé qu'aux cas les plus graves ou à ceux requérant un plateau technique spécialisé.

Actuellement, les usages sont tout autres. La féminisation de la profession médicale couplée au souci grandissant des médecins d'améliorer leur qualité de vie et de privilégier leur vie personnelle et familiale ont entraîné un allègement des horaires de consultation et une planification accrue de l'activité des généralistes (1, 2, 3, 4). De ce fait, leur disponibilité n'est plus la même et les délais de prise en charge augmentent. De plus, dans certains secteurs géographiques, le déclin de la démographie médicale est déjà patent. Il devient donc de plus en plus difficile pour les médecins libéraux d'assurer leur mission de permanence des soins et de gestion de l'urgence. En témoigne le mouvement de grève des généralistes survenu pendant l'hiver 2002 au cours duquel ils ont clairement manifesté leur désir d'être détachés des contraintes du système de garde tel qu'il fonctionnait auparavant (4). En corollaire à ces changements, l'organisation de la permanence des soins en France a subi de nombreuses mutations : les associations de médecins de garde ont pris de l'ampleur, des maisons médicales ont été créées... Mais, pour l'heure, la population n'a pas toujours intégré ce nouveau paysage médical. Les urgences hospitalières constituent alors une solution simple pour les patients qui ne savent à quelle structure ambulatoire s'adresser (5, 6).

Parallèlement, les services d'urgence se sont organisés, développés et professionnalisés (7, 8, 9). Le nombre de passages y a considérablement augmenté : il a été multiplié par deux en 15 ans passant de 7 millions en 1990 à 14 millions en 2005 (10, 11, 12, 13, 14, 15). Cet accroissement est plurifactoriel : il est tout d'abord le reflet d'une volonté d'amélioration de la prise en charge médicale des français. Le développement d'une notion de droit à la santé ainsi que le vieillissement de la population sont des facteurs qui participent à l'augmentation de la demande de soins de façon générale, les services d'urgence en subissent obligatoirement les conséquences. Mais, au-delà de ce phénomène, le mode de recours aux urgences a changé. N'y entrent plus uniquement les patients adressés par leur médecin, le SMUR ou les pompiers, au contraire la majorité des consultants s'y présente aujourd'hui spontanément (10, 16). Le statut des urgences s'est transformé : le lieu de prise en charge des urgences vitales est devenu aussi celui synonyme de prise en charge immédiate des soins, quels qu'ils soient. Ces services sont devenus un repère médical pour les patients, assimilés à un moyen commode pour obtenir des soins rapides en offrant de surcroît l'avantage d'un plateau technique et humain complet. Nombre de patients se sont accoutumés à aller y consulter pour des soins non programmés aussi facilement qu'ils se rendraient dans un cabinet de ville (6).

Cette évolution a conduit les professionnels de santé à s'interroger sur la fonction réelle des urgences. Le spectre de la saturation complète de ces services qui ne pourraient plus alors assurer correctement leur mission initiale, conjugué au coût important qu'entraîne leur développement a alerté les pouvoirs publics qui cherchent maintenant des solutions pour maîtriser l'accroissement de leur fréquentation (14, 17).
Un des changements les plus décriés est la part grandissante des consultants venus aux urgences pour des motifs sans caractère d'urgence ni de gravité. On estime leur proportion à

30% des passages dans la plupart des études (18, 19). De nombreux auteurs estiment que ce sont ces patients qui, en ayant une utilisation inadaptée du système de soin, sont responsables de l'engorgement naissant de ces services et du surcoût qu'il génère.

Nous avons souhaité mieux comprendre ce phénomène en cherchant les spécificités de cette population qui consulte les urgences pour des motifs dits « bénins » et en analysant leurs besoins de santé. Nous avons voulu savoir si ce sont effectivement des usagers qui pourraient être pris en charge en médecine ambulatoire et comprendre pourquoi ils choisissent de s'adresser au système hospitalier. La finalité de ce travail est de déterminer si ces patients sont réellement mal orientés et, si c'est le cas, quelles pourraient être les solutions à leur proposer pour une prise en charge plus adaptée.

En préambule à notre étude, nous ferons une présentation de l'activité des services d'urgence et du contexte actuel de la permanence des soins en France. Puis, nous développerons notre protocole de travail et nos résultats. Enfin, nous essayerons d'apporter des éléments de réflexion sur l'organisation de la prise en charge des demandes de soins non programmées dans notre pays et les améliorations envisageables du système actuel.

# II. L'URGENCE ET LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMEE

## A. Définition et législation

### 1. Définition de l'urgence et hiérarchisation des demandes de soins non programmées

En avant-propos à notre travail, il convient tout d'abord de définir et d'essayer de distinguer ce qu'est une « urgence médicale » de ce qui est une demande de soins ne relevant pas de l'urgence. Il n'existe pas de définition universelle de ce que constitue une urgence, d'autant plus que cette notion ne sera pas identique pour un individu sans formation médicale et pour un professionnel de santé.
Dans le sens commun (dictionnaire Quillet), l'urgence est définie « par référence à une situation médicale exigeant une décision thérapeutique immédiate », c'est-à-dire «une situation résultant de la réalisation d'un évènement pathologique, traumatologique ou de l'évolution d'une maladie qui fait naître un péril imminent de l'individu ».

Parmi toutes les demandes de soins des patients pour ce qu'ils ressentent comme une urgence, on peut en réalité hiérarchiser des situations cliniques ayant un degré d'urgence différent, chaque situation ne relevant pas des mêmes structures de soins.
Selon la circulaire relative aux urgences de 2003, parmi les besoins de soins exprimés en urgence, on peut distinguer en fonction de leur degré réel d'urgence (13, 14) :

- Le besoin de soins immédiats qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel du patient et qui exige, quels que soient l'endroit et les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds (SMUR).
- Le besoin de soins urgents qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (médecin de garde, SOS Médecin, médecin des urgences ou d'astreinte).

Ces deux situations où le péril du patient est réel relèvent de l'Aide Médicale Urgente et nécessitent la mobilisation immédiate d'une structure de soins qui sera différente selon que le patient se trouve en ville ou à l'hôpital.

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

Dans cette dernière catégorie, il faut encore distinguer les demandes de consultations exprimées en urgence par le patient mais qui se ramènent en fait à une simple demande de renseignements. C'est une situation fréquente dans le recours téléphonique au centre 15 quand le patient demande des soins pour ce qu'il ressent comme une urgence mais qui, après expertise médicale et dédramatisation de la situation, peut justifier d'une consultation différée ou même d'un simple conseil.

Cette typologie des urgences montre bien que derrière une demande de soins en urgence de la part du patient, on retrouve des situations très hétérogènes (1). Mais, pour les distinguer, une expertise médicale est bien souvent nécessaire. Ceci est possible quand le patient demande un avis médical (15, médecin traitant...) avant de s'orienter vers une structure de soins. Mais bien souvent il va prendre spontanément l'initiative de s'adresser au service d'urgence (SU), que cette option soit la plus adaptée ou non (13).

## 2. Les demandes de soins aux urgences hospitalières

La démarche du patient de consulter auprès d'un service d'urgence n'est pas déterminée uniquement par « l'urgence ressentie » de sa situation mais également par son pressentiment d'avoir besoin d'un plateau technique spécialisé (pour des soins ou des examens complémentaires). Selon une étude réalisée par un S.U., cette anticipation par le patient du recours à un plateau technique est fondée dans 80 % des cas (13, 20).

Au sein d'un service d'urgence, on se retrouve confronté à des demandes de soins très variées que l'on peut schématiquement résumer ainsi (1, 18, 21):

- La situation médicale du patient fait que le recours à des soins est nécessaire immédiatement ou dans un délai assez court ; même si, dans certains cas, ces soins auraient pu être réalisés en ambulatoire
- La consultation n'est pas urgente, en terme de délai ou de pronostic vital, mais le problème du patient requiert des soins techniques difficiles à réaliser en ambulatoire (immobilisation plâtrée, suture...)
- Le problème de santé du patient aurait pu être pris en charge de façon compétente et adaptée par un médecin généraliste disposant d'un cabinet bien équipé. C'est à cette dernière catégorie de patients que nous avons décidé de nous intéresser.

## 3. Obligations réglementaires face à la demande de soins en urgence

- Statut du médecin

Quels sont les droits et devoirs du médecin face à un patient qui demande des soins en urgence? Selon le code de déontologie (22, 23):

- Article 9 : Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.
  Face à une situation d'urgence vitale, le médecin a obligation de soins et de secours.

- Article 47 : Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins au malade doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Ainsi, si le médecin peut refuser ses soins, cette possibilité s'effrite sous le coup de l'urgence (24). Il est délicat pour le médecin de refuser une intervention rapide demandée par le patient tant qu'il n'a pu s'assurer qu'il n'y a pas de caractère d'urgence donc au moins après un interrogatoire et/ou un examen clinique sommaire.

A titre individuel, un médecin libéral à qui on demande une consultation urgente peut difficilement la refuser, même si elle lui semble d'indication douteuse, sous peine de s'exposer à une sanction pénale ou disciplinaire. Par contre, un médecin des urgences pourrait

en théorie, après avoir pris connaissance du problème médical du patient et de son caractère de gravité, s'il estime qu'il ne relève pas d'un S.U., renvoyer le patient vers une autre structure de soins ou vers une consultation différée.

- Statut légal du service d'urgence

Les textes législatifs stipulent clairement l'obligation pour les établissements publics de santé d'accueillir les patients en urgence (24).
Le décret relatif aux urgences de 1995 précise qu'un S.A.U. doit accueillir sans sélection 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale (25, 26). La loi demande donc aux S.U. d'accueillir des patients en situation d'urgence mais sans définir celle-ci. Elle ne précise pas clairement si les services doivent prendre en charge tous les patients en demande de soins non programmés. Les derniers décrets sur les urgences publiés en 2006 ne sont pas beaucoup plus précis : ils mentionnent que le S.U. est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressé par le S.A.M.U. mais ne donnent pas d'indication sur la conduite à tenir vis-à-vis des autres patients (27).

Il est communément admis que toute personne qui se présente aux urgences et n'a pas pu ou voulu avoir recours à un autre acteur du système de santé doit être accueilli et pris en charge (13). Cependant, la circulaire de 2003 relative aux urgences stipule qu'une organisation efficiente du système de soins implique que les S.U. aient vocation à dispenser des soins urgents et non à assurer la prise en charge des soins non programmés...que ce n'est pas la mission des urgentistes d'apporter des soins relevant de la médecine ambulatoire... tout en reconnaissant plus loin qu'il est difficile de limiter l'afflux de patients ne nécessitant pas de soins véritablement urgents dans les S.U. hospitaliers (14).

Il est évident que les S.U. se doivent d'accueillir les patients en situation de détresse et qu'ils ne devraient pas à avoir à assurer la prise en charge des patients requérant des soins non programmés non urgents. Mais, en France, à ce jour, les S.U. continuent à prendre en charge tous les patients qui se présentent à leur porte sans exercer de tri ou de réorientation, même si cette pratique commence à se développer dans les services auxquels est annexée une MMG (28). Dans d'autres pays tels que les U.S.A. (29) ou l'Allemagne (30) par contre le tri des patients et leur réorientation éventuelle sont admis.
Cependant, les pratiques dans ce domaine seront probablement amenées à évoluer dans les années à venir. Les décrets de 2006 précisent qu'après l'accueil du patient, l'établissement peut organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le S.U., l'U.H.C.D., dans un autre établissement ou en l'orientant vers un médecin de ville ou tout autre structure de soins sanitaire ou médico-sociale, à condition que des protocoles soient préalablement établis avec ces structures (27). Cette partie du texte ouvre donc des portes pour qu'un tri devienne possible à l'accueil des urgences à condition qu'un premier examen du patient soit assuré. Mais, pour l'instant, ces nouvelles dispositions ne sont pas encore vraiment mises en application sur le terrain.

## B. Evolution et situation actuelle de l'activité de soins non programmés

### 1. La consultation non programmée en médecine ambulatoire

La DRESS a réalisé en 2004 une enquête auprès des médecins généralistes libéraux concernant leur activité urgente ou non programmée (31). Celle-ci représente 12 % de leur activité totale.
Ces consultations ont majoritairement lieu aux heures ouvrables (seules 9% ont lieu la nuit et 6% le week-end). Les pics d'activité sont superposables à ceux des urgences hospitalières.
Le motif de recours est une affection aiguë dans 80% des cas. Les pathologies somatiques non traumatiques représentent 75% des consultations ; en premier lieu, les pathologies infectieuses, l'ORL (ces 2 items recouvrant 70% des consultations chez l'enfant), l'ophtalmologie et la stomatologie. La traumatologie ne concerne que 12% des consultations.

Les patients vus ne sont jugés dans un état stable que dans 70% des cas (contre 87% au sein des urgences hospitalières (10)) ; cette différence s'explique par une estimation différente de la gravité à l'hôpital et par la part moindre de la traumatologie en ambulatoire.

Ces consultations donnent lieu à la prescription de médicaments dans 90% des cas, d'un examen radiologique dans 10% des cas et d'un examen biologique dans 11% des cas. Des actes techniques ne sont pratiqués qu'au cours de 10% des consultations : pansement ou injection dans 8% des cas, immobilisation ou chirurgie dans 2% des cas. Au terme de cette prise en charge, 5% des patients sont hospitalisés, 34% ont une consultation de contrôle ultérieure.

Cas particulier des urgentistes de ville (association de type SOS Médecin) (32):

Ces médecins assurent 5% des consultations urgentes et non programmées ambulatoires. Ils sont beaucoup plus sollicités la nuit et le week-end (60% des cas) et par des patients au profil différent de ceux vus par les autres généralistes ( patients plus jeunes, beaucoup d'enfants, plus d'inactifs et de chômeurs). Les motifs de recours sont sensiblement les mêmes (92% d'affections aiguës). Ces consultations donnent plus souvent lieu à la prescription de médicaments et surtout à la réalisation immédiate d'actes médicaux (dans 27% des cas).
Ces médecins orientent plus souvent les patients vers une hospitalisation (9% des visites) et préconisent une consultation de contrôle dans 53% des cas.

### 2. Le recours à la régulation médicale

Selon une enquête réalisée en 1998 par la DRESS (33), le recours de la population au centre 15 n'a cessé de croître : le nombre d'appels a augmenté de 10% par an entre 87 et 97.
En 1997, on dénombrait 11 millions d'appels dont 4 millions seulement donnaient lieu à un dossier médical. En 1988, 3,5 millions d'appels généraient 2 millions de dossiers.

En 1997, les décisions médicales se répartissaient ainsi :

- 30% : conseil médical
- 20% : envoi d'un médecin à domicile (traitant, médecin de garde ou SOS)
- 36% : envoi d'une ambulance privée ou des pompiers
- 12% : envoi d'un SMUR (patients transportés vers l'hôpital dans 80 % des cas)

A titre de comparaison, en 1988, le conseil ne concernait que 18% des dossiers alors que l'envoi d'un SMUR avait lieu dans 22% des cas.

Evolution de l'activité des SAMU et SMUR entre 1987 et 2003 (28):

| ANNEE | 1988 | 1997 | 2000 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| Nombre d'appels reçus | 3,5 millions | 11 millions | 13,8 millions | 17,2 millions |
| Nombre d'affaires/1000 habitants | 36 | 69 | 95 | 123 |
| Nombre de sorties primaires/1000 habitants | 8,64 | 11 | 9,7 | 9,9 |
| Nombre de sorties secondaires/1000 habitants | 2,05 | 2,24 | 2,17 | 2,25 |

On constate que, si le nombre d'appels croît de façon importante, la proportion d'appels donnant lieu à l'ouverture d'un dossier diminue et surtout que le nombre de sorties SMUR reste stable. Il existe donc un changement de comportement dans la population qui a acquis le « réflexe 15 » dans de nombreuses situations, expliquant l'augmentation des appels inadéquats et des affaires relatives à des problèmes médicaux bénins (14).

### 3. Evolution de l'activité des services d'urgence

- Evolution du nombre d'entrées

| ANNEE | 1990 | 1994 | 1998 | 2003 |
|---|---|---|---|---|
| Nombre d'entrées | 7,2 millions | 8,6 millions | 11,3 millions | 14,5 millions |

L'activité des services d'urgence augmente de façon régulière depuis plus de 15 ans. Pour exemple, le taux de passage (nombre annuel de passages aux urgences/population totale) est passé de 17,5% en 96 à 23,7% en 2003 (11, 12).
L'accroissement de l'activité des S.U. n'est pas un phénomène isolé. Elle reflète l'augmentation globale de la demande de soins de la part de la population qui se manifeste aussi dans le recours plus général à l'aide médicale urgente, comme en témoigne l'activité croissante de la régulation médicale. On observe la même augmentation de la demande en médecine de ville. En effet, entre 1990 et 2000, le nombre de consultations auprès des médecins généralistes et le nombre de passages aux urgences ont connu la même croissance (de 3,8 et 4%/an respectivement) (12).

C'est le secteur privé qui augmente le plus son activité ces dernières années (la part du privé est passée de 6% en 2000 à 10% en 2003).
En 2003, l'activité se répartit entre 632 services d'urgence (en France métropolitaine et DOM-TOM), 75% des consultations étant assurées par le secteur public (12).

- Proportion de patients hospitalisés

Durant la même période, le nombre de patients hospitalisés après un passage aux urgences n'a augmenté que de 1% par an (11, 12). En 2005, le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences est d'environ 20% alors qu'il était proche de 50% en 1990 (10, 15). Cette évolution pourrait s'expliquer par l'augmentation de la proportion de patients venant pour des motifs bénins, par la difficulté croissante à trouver des lits d'hospitalisation donnant lieu à un retour à domicile plus fréquent dans les cas où l'hospitalisation n'est pas impérative et par la séniorisation des urgences.

### 4. Activité actuelle des services d'urgence : statistiques nationales de 2002 (10)

- Profil des patients

Les usagers des urgences sont majoritairement de sexe masculin, plus jeunes en moyenne que la population générale (43% des usagers ont moins de 25 ans).
Les classes d'âge les plus représentées sont les nourrissons de moins d'un an, les personnes âgées de plus de 80 ans puis les enfants de 1 à 5 ans.

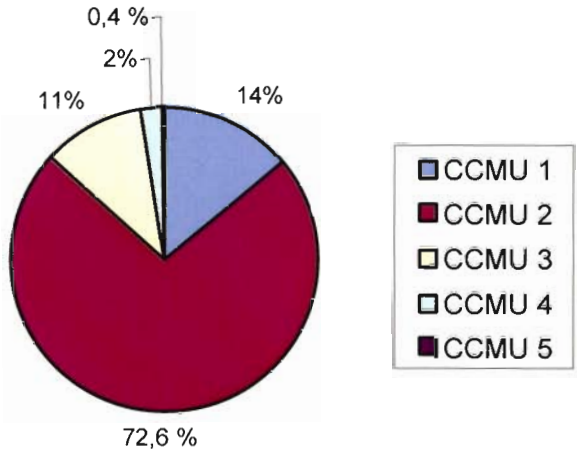
- Horaire et mode d'arrivée

Les consultations ont lieu la nuit dans 21% des cas et le week-end concentre 28% de l'activité (c'est-à-dire une activité moyenne équivalente à celle des jours de semaine). Le lundi est le jour où le nombre de consultants est le plus important. Les pics d'activité principaux ont lieu entre 10 et 11H puis entre 14 et 16h quel que soit le jour.
Les patients arrivent par leurs propres moyens dans les ¾ des cas (50% des cas en 1990 (15)).
70% des patients se présentent spontanément sans contact préalable avec un médecin.

- Motif de recours et gravité

Les motifs de recours se répartissent en part égale entre pathologies somatiques et traumatologiques (48% chacun), la psychiatrie ne représente que 2,5% des entrées.
La part importante de la traumatologie est une des différences principales avec les consultations non programmées en ambulatoire où elle ne concerne que 12% des consultants.

**Figure 1 : Répartition selon la classe CCMU**




La gravité de l'état clinique des patients varie en fonction de leur âge. Par exemple, la classe CCMU 3 ne concerne que 8% des patients avant 50 ans, 15% des 50-70 ans et 25% des plus de 70 ans.

NB : Une présentation de la classification C.C.M.U figure en annexe 1 (34)

De même, les pathologies rencontrées diffèrent selon l'âge. La traumatologie mise à part, les pathologies les plus fréquentes sont :

- Chez les moins de 25 ans : l'hépato-gastro-entérologie (HGE)
- De 26 à 50 ans : la psychiatrie, la toxicologie et l'HGE
- Après 51 ans : les pathologies cardio-vasculaires, pulmonaires, l'HGE et la neurologie

- Actes réalisés et orientation

- 1/3 des patients bénéficient d'un acte thérapeutique sur place (immobilisation : 14% des patients, suture : 8%, aérosol : 3%, pansement : 2%)
- 75% ont au moins un acte diagnostique et/ou thérapeutique
- 66% des patients bénéficient d'un ou plusieurs actes diagnostiques (radiographie : plus de 50% des patients, biologie : 28%, ECG : 19%, consultation spécialisée : 4%, échographie : 2,8%, scanner : 2,8%)

Au terme de leur passage aux urgences, les patients sont hospitalisés dans 19% des cas (MCO : 86%, psychiatrie : 6%), 3% des patients restent en surveillance prolongée en UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, dépendant des S.U.).
Le profil des patients hospitalisés se distingue de celui de l'ensemble des consultants : ils sont en moyenne plus âgés (38% ont plus de 70 ans) et ont plus souvent été adressés aux S.U. par un médecin (60% des hospitalisés).

NB : Une présentation spécifique de l'évolution et de l'activité actuelle du S.A.U. de l'hôpital Central à Nancy figure en annexe 2.

## C. Actualités sur la prise en charge des demandes de soins non programmés en médecine ambulatoire

Le début du XXIème siècle a été une période de mutation dans l'organisation de la prise en charge des soins non programmés en médecine de ville avec la définition d'une nouvelle politique de permanence des soins, l'émergence des maisons médicales et l'essor des structures de médecins de garde.

### 1. Une nouvelle organisation de la permanence des soins (PDS)

#### a) Définition du concept de permanence des soins

La permanence des soins se définit comme l'organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence du médecin traitant (35).

La PDS est une organisation du système de santé qui doit garantir un accès identique aux soins à tout moment à l'ensemble de la population, elle concerne tous les médecins et le système de santé dans son ensemble, tant hospitalier que libéral (14). Cependant, la législation à ce sujet traite surtout de l'organisation des soins de ville. La PDS ambulatoire doit être coordonnée et régulée conjointement avec les urgences hospitalières pour que la gestion des soins non programmés soit efficace et cohérente (35).

#### b) Une mutation récente

Actuellement, la PDS s'organise de façon structurée et homogène sur tout le territoire et s'inscrit dans un cadre législatif précis ce qui n'était pas le cas à la fin des années 90.
L'engorgement progressif des S.U. et de nombreux dysfonctionnements du système de soins ont conduit les pouvoirs publics à initier une réorganisation de la PDS.

Il y a une dizaine d'années, l'organisation des gardes libérales était obsolète et inefficiente dans bien des cas. On constatait une désaffection croissante des médecins libéraux pour les astreintes, l'explosion des demandes d'exemption de gardes par les médecins auprès du conseil de l'ordre durant les années 90 en témoigne (1, 36). Il s'est produit un changement de mentalité chez les médecins généralistes, ils désirent accorder plus de temps à leur vie personnelle et ne veulent plus être corvéables à merci alors que la charge de travail au quotidien dans leur cabinet s'accroît. D'autre part, ces réticences à assurer les gardes et visites sont aussi dues dans certaines zones urbaines à un problème d'insécurité alors qu'en zone rurale, la désertification médicale rend bien souvent impossible la mise en place d'un tableau de garde (4, 5). Enfin, les médecins libéraux estimaient que la valorisation financière des consultations d'urgence et des visites à domicile n'était pas corrélée au surcroît de travail qu'elles génèrent.
De plus, le système des gardes n'était pas réellement structuré et se basait essentiellement sur des accords informels entre confrères ; la PDS devenait impossible à assurer du fait de la diminution du nombre de volontaires pour participer aux tours de gardes.

Ces difficultés ont conduit à une grève des gardes prolongée de la part des médecins libéraux durant l'hiver 2001-2002. Elle a induit un changement de comportement dans la population qui s'est accoutumée à avoir moins recours aux visites à domicile et aussi, encore plus qu'avant, à s'orienter spontanément vers les urgences en cas de problème de santé imprévu (4).
Au terme de la grève, les pouvoirs publics ont initié une réflexion afin de rénover le dispositif de la PDS. Il était nécessaire de remotiver les médecins libéraux à y participer en rendant les gardes moins contraignantes, mieux rémunérées et moins fréquentes. Le second objectif était d'optimiser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés en améliorant la coordination entre les structures libérales et hospitalières (37). Un groupe de travail dirigé par le sénateur Descours a été chargé en 2002 de faire le point sur la PDS (35). Sur la base de son rapport, deux décrets ont été promulgués en septembre 2003 pour organiser le nouveau dispositif (23, 38).

### c) Dispositif actuel

La PDS est assurée, pendant la fermeture des cabinets libéraux, de 20 à 8h les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde ou d'astreinte (35, 38).
Elle est organisée au niveau départemental par le CODAMUPS (Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires). Le système fonctionne sur la base d'un tableau de garde, chaque garde étant prise par un médecin indépendant ou par une association de PDS, comme SOS. Ce tableau est établi sur le principe du volontariat (23, 39, 40). En cas de problème, le CODAMUPS en réfère au préfet et au conseil de l'Ordre, chargés de trouver une solution, une réquisition si nécessaire.
Le département est découpé en secteurs dont la taille varie selon la démographie locale et l'offre de soins existante (40).

Les dispositions législatives sur la PDS ont aussi modifié le fonctionnement de la régulation médicale en renforçant le rôle de celle-ci. Les médecins généralistes sont maintenant invités à participer soit à la régulation téléphonique du SAMU où ils peuvent prendre des permanences soit à la régulation libérale. Cette régulation des appels concernant les médecins libéraux pour l'ensemble d'un département a été mise en place parallèlement à celle du SAMU. La réception des appels y est assurée de 20h à 8h et les jours non ouvrés par des médecins de ville qui viennent y prendre des astreintes. Généralement, cette structure se trouve dans les locaux du SAMU en connexion avec celui-ci, les permanenciers pouvant basculer les appels vers l'un ou l'autre selon le motif d'appel. (1, 14, 35, 41)
Ainsi, actuellement, le patient qui souhaite une visite du médecin de garde est obligé de contacter la régulation. L'objectif est de trier les appels pour orienter les patients vers la structure la plus adaptée à leur problème et de limiter le recours au médecin de garde aux cas où la visite est nécessaire en différant certaines consultations ou en donnant un conseil par téléphone dans les autres cas. Le régulateur peut aussi proposer au patient de consulter au cabinet du médecin plutôt que de le faire venir en visite, ou l'orienter vers une maison médicale.

Enfin, pour inciter les généralistes à prendre part à cette PDS, une revalorisation financière des visites à domicile, des consultations de nuit et de dimanche a été accordée au lendemain de la grève ainsi qu'une majoration du tarif des consultations en cas de situation

d'urgence. Mais surtout, les astreintes sont maintenant rémunérées : le médecin de garde pour un secteur se voit verser un forfait de 150 euros/garde de 12h qu'il soit ou non sollicité pendant cette astreinte. La participation à la régulation libérale est rémunérée 60 euros/h (42).

## 2. L'émergence des maisons médicales de garde (MMG)

### a) Concept

Lors de leur création, les MMG avaient vocation à remplir plusieurs objectifs (41):

- Créer un lieu de consultation où exercent plusieurs professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) afin de rompre l'isolement des praticiens en zone rurale pour inciter aux installations dans ces secteurs. Dans les zones vraiment désertées, l'idée était de faire intervenir sur un site, à tour de rôle, différents praticiens des zones limitrophes afin d'assurer une présence médicale minimale.
- Mettre en place un lieu de consultation sécurisé pour assurer à nouveau une présence médicale dans les zones urbaines sensibles où les médecins ne veulent plus réaliser de visites à domicile.
- Avoir un lieu où faire venir les patients lors des gardes pour faciliter le travail et garantir la sécurité du médecin qui voit tous les patients sur place et n'a plus la pénibilité des déplacements. Ainsi a émergé l'idée d'un cabinet dévoué aux gardes où les médecins interviennent à temps partiel en alternance avec d'autres praticiens.
- Créer un lieu de consultation fonctionnant 24h/24, bien identifié pour les patients. En améliorant la lisibilité du système des gardes pour la population, on espère qu'elle privilégiera la médecine ambulatoire pour les simples consultations plutôt que de se rendre spontanément aux urgences (20).

### b) Evolution et dénombrement actuel

Derrière une dénomination commune, on peut distinguer trois types de MMG avec une finalité différente :

- Les MMG en milieu rural qui ont pour but de rompre l'isolement des médecins.
- Les MMG créées en zone urbaine à l'initiative de plusieurs médecins libéraux pour faciliter l'organisation des gardes.
- Les MMG fonctionnant au sein des hôpitaux ou à proximité de ceux-ci pour compléter l'offre de soins des services d'urgence.

Ce sont surtout les deux derniers types de MMG qui se sont développés. Les premières créations ont eu lieu à la fin des années 90 (43, 44) et c'est en 2003 que la plupart des MMG fonctionnant actuellement se sont ouvertes.
Il n'y a pas de recensement exact des MMG existantes. En se basant sur les aides financières distribuées par l'assurance maladie, on pouvait dénombrer 68 MMG percevant des subventions en mars 2004 (source URCAM)
Mais, les chiffres varient selon les sources : selon le conseil de l'ordre, 97 MMG étaient recensées en juin 2004 (46 fonctionnelles et 51 en projet) alors que la fédération française des MMG avance le nombre de 180 MMG (28, 45).

c) Mode de fonctionnement

Chaque structure étant différente, il n'est pas possible de définir le modèle d'organisation type d'une MMG. Les caractéristiques de fonctionnement les plus souvent retrouvées sont :

- Locaux : elles sont souvent installées dans des locaux attenants au service des urgences situés dans l'enceinte de l'hôpital (souvent mis à disposition par celui-ci). D'autres sont dans des locaux indépendants en ville.
- Personnel-Equipement : La plupart ne fonctionnent plus qu'avec du personnel médical, associé à du personnel de secrétariat et d'entretien à temps partiel. Certaines, plus rares, bénéficient d'un agent d'accueil assurant la sécurité, de personnel paramédical ou de la présence ponctuelle de travailleurs sociaux
  80% n'ont pas de plateau technique particulier (matériel identique à celui d'un cabinet de médecin généraliste), certaines ont accès si besoin à celui de l'hôpital qui les héberge (radiologie...), rares sont celles qui ont un plateau technique qui leur est propre.
- Accès : Certaines ont un accès libre, c'est-à-dire que les patients peuvent s'y présenter spontanément. D'autres, moins nombreuses, ont un accès régulé intégralement : ne peuvent consulter que les patients adressés par les urgences ou la régulation médicale.
- Activité : La plupart n'assurent que des consultations sur site, quelques unes proposent en plus des visites à domicile.

Selon une étude de la CNAM de décembre 2004 (45) : 100% des MMG sont ouvertes le dimanche en journée, 90% le samedi, 93% les soirs de week-end et 88% les soirs de semaine. Lorsqu'elles fonctionnent la nuit, 64% arrêtent les consultations à minuit.
Généralement, c'est le week-end qui concentre l'essentiel de leur activité (70% des consultations en moyenne). Les patients qui fréquentent les MMG sont surtout des patients jeunes, la pédiatrie représente une part très importante des consultations.

NB : Une présentation détaillée de la MMG « les bains douches » à Nancy figure en annexe 3.

d) Financement :

A leur création, la plupart des MMG bénéficiaient de subventions de la part de la CNAM qui a contribué à soutenir ces installations. Des fonds spécifiques avaient été débloqués, distribués par le biais du FASQV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). Certaines MMG ont pu se voir octroyer d'autres aides par l'ARH, l'Assistance Publique, les collectivités locales (souvent par le biais de prêts de locaux, de mise à disposition de personnel...). A l'heure actuelle, la situation n'est plus la même puisque les MMG ne vont plus pouvoir compter sur ces subventions, les fonds versés par le FASQV n'étant prévus que jusqu'en 2006 à titre expérimental.
Pour la rémunération des médecins, le plus souvent, les MMG fonctionnent au paiement à l'acte. Dans certains cas, les médecins perçoivent une rémunération forfaitaire.
Certaines, selon les caractéristiques sociales du bassin de population desservi, proposent le tiers payant pour que les problèmes financiers ne représentent pas un frein à leur usage (45).

e) Impact sur les urgences

L'impact de l'ouverture des MMG sur l'activité des urgences est encore difficile à évaluer (46). Certaines expériences semblent concluantes avec un recul significatif des consultations aux urgences après l'ouverture de la MMG (47) (exemple à Toulouse (48): diminution de 3% des admissions aux urgences après 8 mois d'activité, à Romans (49) : recul du nombre de passage aux urgences de 6%). Ces exemples correspondent à des MMG situées dans l'hôpital, les MMG installées à distance ne semblent pas avoir d'impact réel sur l'activité des urgences. Par contre, partout où elles ont ouvertes, les MMG ont eu un effet positif sur la participation des médecins libéraux aux gardes. Souvent, l'ouverture de la MMG incite certains médecins qui avaient abandonné les astreintes depuis plusieurs années à reprendre part à la PDS (48).

### 3. L'essor des associations de médecins de garde

Ces associations regroupent des médecins qui réalisent uniquement des consultations non programmées. Elles ne cessent de se développer depuis leur création en occupant la place dans l'offre de soins laissée vacante par les médecins généralistes indépendants qui n'ont plus le temps ni l'envie de réaliser des visites (32). SOS Médecin est la plus connue et la plus développée mais il existe d'autres structures de ce type (par exemple, à Paris, l'association Urgence Médicale de Paris regroupe 30 médecins).

SOS Médecins existe depuis 1965, cette structure est composée de 70 centres (France Métropolitaine et DOM-TOM) et emploie plus de 1000 médecins. Actuellement, les 2/3 du territoire sont couverts. L'association est pour l'instant surtout développée dans les grandes agglomérations.
Son essor s'est accéléré ces dernières années et va probablement se poursuivre puisque l'association a su trouver sa place dans la nouvelle organisation de la PDS où elle participe au tableau de garde élaboré par le CODAMUPS (4). Du fait de son mode de fonctionnement, cette structure est bien adaptée au travail en association avec le SAMU pour gérer les urgences à domicile, d'autant plus que ses médecins sont formés et équipés pour ce type de prises en charge. Selon les centres, les médecins de ces associations effectuent des visites à domicile, des consultations en cabinet ou une activité mixte.

NB : Une présentation de l'activité de l'association SOS Médecin à Nancy figure en annexe 4.

## D. Problématique de l'engorgement des urgences

### 1. Etat des lieux

Depuis deux décennies, il existe un accroissement continu du nombre de passages dans les S.U. et ce, sans majoration proportionnelle des moyens qui leur sont alloués. Au contraire, lors de l'application des décrets de 1995 modifiant les statuts de ces services (50, 51), certains petits hôpitaux ne remplissant plus les conditions requises pour faire fonctionner un S.U., ont dû fermer leurs urgences reportant ainsi leur activité sur les services restants (24, 52). Cela a conduit à un « engorgement » progressif des services d'urgence. Ceci a de nombreux effets

délétères : par exemple, une étude réalisée dans un S.U. à Toronto a montré qu'aux pics de fréquentation du service, le délai moyen avant thrombolyse pour un I.D.M. se trouvait allongé de 40 % (53).
Les professionnels du secteur s'inquiètent de cette situation car ils s'estiment débordés par une charge de travail trop lourde et craignent de ne plus pouvoir exercer efficacement leur mission. Le phénomène alerte maintenant les autorités sanitaires et l'opinion publique puisque les médias font souvent état de la saturation des urgences en particulier lors des circonstances où les difficultés se font encore plus criantes (canicule, période hivernale).

Afin de déterminer les adaptations qui permettraient d'endiguer le flux croissant de consultants aux urgences, de nombreuses études ont été réalisées pour mieux connaître le profil et les motivations des usagers de ces services.
Par exemple, une étude canadienne a montré que les urgences pouvaient remplir différentes fonctions pour les patients : donner des soins urgents, remplacer la source habituelle de soins si celle-ci est indisponible, être la source habituelle de soins ou réaliser des soins techniques pas nécessairement urgents mais difficiles à obtenir en ambulatoire. A chaque fonction correspond un profil de patients différent. En effet, les usagers qui viennent pour des soins non urgents réalisables en ville sont plus souvent des jeunes ou des familles alors que ce sont des personnes plus âgées, souvent atteintes de pathologies chroniques qui se présentent pour faire réaliser des soins spécifiques au milieu hospitalier (21).

### 2. Les usagers réguliers des urgences

De nombreuses études américaines et européennes se sont intéressées spécifiquement aux consultants réguliers des S.U. (définis comme tels au-delà de 4 consultations par an) car on assimile souvent ces usagers à des « consommateurs abusifs » de soins d'urgence et on les tient pour responsables en grande partie de l'accroissement de la fréquentation des urgences.
Il est vrai que ces patients sont à l'origine d'une proportion importante des passages dans les S.U. (selon HANSAGI (54): 4% des patients génèrent 18% des visites ou 11% d'usagers réalisant 3O% des passages selon l'étude MALONE (55)). Toutes les études s'accordent sur le fait que ces usagers ont plus de facteurs de risque de santé et un taux de mortalité plus important que la population générale : dans l'étude américaine, on retrouve beaucoup de patients dépendants aux toxiques et/ou à l'alcool, ou atteints de pathologies psychiatriques alors que le travail suédois retrouve une population de patients âgés atteinte de pathologies somatiques chroniques. En France, la majorité des passages itératifs dans les S.U. concerne des patients amenés par la police ou les pompiers pour I.P.M. (ivresse publique manifeste) (56).
Ce groupe de patients a un taux d'hospitalisation suite au passage aux urgences plus élevé que l'ensemble des consultants (28% pour ces usagers contre 16% pour l'ensemble des patients) (57). Toutes les études concluent que ce sont des malades qui ont des problèmes de santé plus importants que la population générale et que leur recours fréquent au S.U. semble logique et justifié contrairement aux idées reçues à leur sujet.

Par contre, les études divergent sur l'analyse des habitudes de soins de ces patients : l'étude américaine MALONE (55) retrouve une population à la couverture sociale précaire ayant des difficultés à accéder aux soins primaires et estime que c'est la faillite de la médecine préventive et de l'organisation des soins primaires aux U.S.A. qui mène massivement ces patients aux urgences (58).

L'étude suédoise HANSAGI (54) montre que ce groupe de patients est aussi gros consommateur de soins ambulatoires et n'a que rarement les urgences comme unique source de soins (pour 13% de ces patients seulement alors que c'est le cas de 27% du reste des usagers du service). Cette étude, probablement extrapolable aux pays européens où la couverture sociale de la population est globalement bonne et où le patient a un libre choix dans l'accès aux soins, montre que ce n'est pas un défaut dans l'accessibilité des soins primaires qui explique le recours important aux urgences de cette population. Elle conclut que c'est un groupe de patients qui a un besoin de soins supérieur à la population générale et donc qu'il n'est pas vraiment possible de restreindre la fréquence de leurs passages aux urgences car ceux-ci sont le plus souvent inévitables et nécessaires dans leur parcours de soins.

### 3. Les patients usant des urgences comme source habituelle de soins

Les patients qui n'ont pas de médecin traitant et qui n'utilisent pas les sources de soins ambulatoires en cas de problème de santé sont aussi souvent décrits comme des usagers qui ont un recours inadapté aux urgences. En effet, les S.U. n'ont pas pour vocation d'être la source de soin de référence des malades et n'assurent pas de suivi à long terme. Il est donc nécessaire de trouver un moyen pour réorienter ces patients vers la médecine de ville où ils pourront bénéficier d'une prise en charge plus pertinente et moins onéreuse.

La proportion de ces patients dans les S.U. varie selon les sources : l'étude LANG (59) les estime à 14% des usagers du service étudié à Paris et à 3% à Besançon ; l'étude DRESS (16) retrouve 13% d'usagers des urgences qui n'ont pas de médecin traitant. Ces patients sont semble-t-il bien plus nombreux dans les zones urbaines. Ce sont souvent des personnes jeunes, vivant dans une situation sociale précaire, ayant des problèmes de couverture sociale, la proportion d'étrangers y est aussi supérieure que parmi les autres consultants.

Pour réorienter de façon adaptée ces patients et diminuer leur recours aux urgences, il faut améliorer leur protection sociale et promouvoir les structures extra-hospitalières à vocation médico-sociale destinées à accueillir ce type de population (60, 61, 62). C'est donc avant tout un travail sur l'organisation sanitaire et l'accès global aux soins des populations défavorisées ou mal insérées qu'il faut initier.

### 4. L'afflux de patients se présentant aux urgences pour des motifs « bénins »

Lorsqu'on analyse l'évolution de l'activité des S.U., l'un des phénomènes importants est l'augmentation marquée de la proportion des consultants venus pour des motifs «mineurs » (13) n'ayant pas de caractère de gravité, ni d'urgence comme en témoigne la baisse continue du taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences depuis deux décennies (taux passé de 50% en 90 à 20% en 2005) (10, 11, 15). Depuis plusieurs années, les S.U. ont progressivement pris le relai de la médecine de ville pour assurer la permanence des soins, compensant ainsi les défaillances du système de garde et l'évolution des pratiques en médecine ambulatoire. L'image des S.U. dans l'esprit des usagers a également contribué à ce phénomène : pour la population, les S.U. sont maintenant associés à la notion de prise en charge immédiate des soins et non plus seulement à celle de prise en charge des urgences vitales.

Les S.U. ont subrepticement dévié de leur vocation initiale qui était de prendre en charge les pathologies ne pouvant être traitées en ville ou requérant un plateau technique important pour

devenir le lieu d'accueil et de traitement de tous les problèmes médico-sociaux (5, 6). Ce phénomène alerte les professionnels du secteur car les S.U. peinent à assurer cette mission du fait de moyens limités et d'une organisation inadaptée à un tel afflux de patients. Ils craignent que, débordés par des soins légers qui mobilisent des moyens humains et techniques disproportionnés, ils n'arrivent plus à prendre en charge correctement les pathologies plus urgentes et plus lourdes.

La part de ces consultations dans la totalité des passages est variable selon les sources. Par exemple, dans une publication française, elles représentent 28% des passages à Besançon et 33% à Paris (18). La proportion semble dépendante de l'environnement socio-économique au sein duquel se trouve le service.
Par ailleurs, une étude espagnole (63) souligne bien la difficulté à avoir une estimation fiable du nombre de ces consultants car elle dépend des critères utilisés pour définir le caractère approprié ou non d'une consultation au sein d'un S.U.. En effet, dans cet article, les auteurs concluent à 30% de consultations « inadaptées », valeur obtenue en analysant les consultations selon des critères précis (absence de signes cliniques de gravité, pas de traitement, ni d'examen complémentaire réalisé aux urgences, pas d'hospitalisation) alors que ce taux était estimé de façon subjective à 55% par les médecins du même service.

Il n'y a pas de consensus au sein du monde médical et des autorités sanitaires concernant la réponse à apporter à la présence de patients « bénins » aux urgences. Pour certains, cette évolution est inéluctable et, plutôt que d'essayer d'enrayer ce phénomène, mieux vaut adapter l'organisation des S.U. en conséquence et redéfinir les moyens humains nécessaires pour mieux accueillir ces patients sans nuire à la prise en charge des malades plus lourds (53).
Pour d'autres, il est impératif d'endiguer le flux de ces patients en les réorientant vers la médecine de ville ou une structure extra-hospitalière. Selon eux, les S.U. n'assurant pas de suivi ni de prise en charge globale de la santé des patients, ils ne permettent pas de gérer de façon optimale ces problèmes bénins. De plus, ils soulignent que la prise en charge hospitalière de ces consultations entraîne un surcoût important pour la collectivité (47).

Quelle que soit la position adoptée face à ce problème, l'analyse de ce phénomène est primordiale car il constitue une réalité que l'organisation sanitaire doit prendre en compte. Ce constat nous a amené à réaliser l'étude du profil et des motivations de ces patients qui se présentent aux urgences pour des motifs qui semblent bénins et non urgents afin de comprendre leur demande de soins et les raisons pour lesquelles elle s'exprime en ces lieux.
En préambule à la présentation de l'étude, il est important de définir avec précision la population ciblée. D'autres travaux portant sur le même sujet utilisent souvent le terme de patients consultants de façon « inadaptée » aux urgences (63). Mais le but de notre travail n'est pas de juger le caractère opportun ou non de la consultation en stigmatisant des patients considérés comme des usagers abusifs qui se tromperaient de lieu et se méprendraient sur la fonction du service. Plus simplement, nous avons voulu sonder les patients dont l'état de santé aurait pu être pris en charge de façon compétente par un médecin généraliste de ville, c'est-à-dire les personnes qui auraient pu se tourner vers la médecine ambulatoire mais qui pour différents motifs ont préféré se présenter aux urgences.

# III. ENQUETE REALISEE AU S.A.U. DU C.H.U. DE NANCY AUPRES DES CONSULTANTS SE PRESENTANT POUR DES MOTIFS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE

## A. Objectifs

La finalité de notre étude était d'avoir plus d'informations sur la population se présentant aux urgences pour des motifs ne semblant pas requérir un plateau technique et humain hospitalier afin de contribuer à la réflexion actuelle sur la prise en charge optimale de ces patients.
Dans ce but, nous avons voulu :

- ✓ Déterminer les caractéristiques socio-démographiques de cette population et ses particularités par rapport à la population générale.
- ✓ Mieux connaître ses habitudes en matière de consommation de soins : suivi habituel, connaissance des structures ambulatoires, recours habituel aux urgences.
- ✓ Analyser leur demande de soins : nature du problème médical, personne à l'initiative de la consultation, motivations du choix des urgences.
- ✓ Connaître l'opinion et les attentes des usagers vis-à-vis des urgences hospitalières.
- ✓ Comprendre quels sont les éléments qui influent sur leur comportement ultérieur de consommateur de soins : effet de la consultation reçue aux urgences (durée, satisfaction), impact de l'information donnée sur les structures ambulatoires…

## B. Matériel et méthode

### 1. Type et lieu de l'étude

Etude prospective menée au S.A.U. de l'hôpital Central du C.H.U. de Nancy (54) du 22 mai au 14 septembre 2006, incluant 239 patients.

### 2. Déroulement de l'étude

Une première version du questionnaire a été testée auprès des patients mais non exploitée en février 2006 pour évaluer l'adhésion des patients et la compréhension des items.
Le questionnaire définitif distribué est composé presque exclusivement de QCM. Il comporte trois parties : deux remplies par le patient (avant et après sa consultation) et une complétée par le médecin qui a réalisé la prise en charge. Un court chapitre d'information relatif à la M.M.G. « Les Bains Douches » et SOS Médecin est inséré dans le document.

NB : Le questionnaire distribué figure en annexe 5.

Du 22 mai au 30 juin 2006, la distribution des questionnaires s'est appuyée sur une structure mise en place au S.A.U. de l'hôpital Central : la C.M.A. (consultation médicale avancée).
Cette C .M.A. fonctionnait tous les jours de 11h à 23h et était dévolue aux patients se présentant à l'accueil des urgences pour un problème qui ne nécessitait pas, à priori, d'hospitalisation, de traitement parentéral ni d'examen complémentaire complexe.

C'est l'I.A.O. et le médecin de la F.M.A.O. qui décident après un interrogatoire du patient à l'accueil si celui-ci doit être orienté vers la C.M.A. ou vers les filières classiques de prise en charge. Les patients y sont vus dans une salle de consultation des urgences comportant le même équipement médical qu'un cabinet de médecine générale de ville. Ils sont examinés par un médecin senior, assisté à certains horaires d'un externe.
Le plus souvent, des patients venus par leurs propres moyens y sont pris en charge, bien que l'arrivée avec les pompiers ou une ambulance privée n'exclut pas une orientation vers la C.M.A. si l'état clinique du patient ne justifie pas un passage en filière médicale ou chirurgicale.
Durant toute cette période, le questionnaire a donc été proposé uniquement aux patients orientés vers la C.M.A. hormis certains critères d'exclusion.

L'I.A.O. proposait au patient de participer à l'enquête après lui avoir expliqué son contenu et les objectifs poursuivis. Aucune information sur l'identité du patient n'apparaissait sur le questionnaire pour garantir l'anonymat. Il était distribué au patient après son entrée administrative. Celui-ci avait une première partie à remplir avant sa consultation médicale relative à des informations personnelles et à son motif de venue. Au terme de la prise en charge, le patient complétait une seconde partie concernant sa satisfaction et sa conduite ultérieure. Le questionnaire était ensuite remis au médecin qui renseignait la partie médicale.

A compter du 30 juin 2007, la C.M.A. n'a pas pu être maintenue du fait d'un manque de personnel pendant les congés estivaux. Après cette date, pour continuer à inclure des patients ayant le profil souhaité, nous avons demandé à l'I.A.O. de soumettre le questionnaire aux patients se présentant à l'accueil qu'elle aurait orienté en C.M.A. si la structure avait fonctionné en conservant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion. Mais les patients étaient pris en charge dans les filières classiques.

### 3. Population cible

La définition de notre population cible est subjective : « patients se présentant aux urgences dont on estime qu'ils auraient pu être pris en charge sans difficulté et de façon adaptée en médecine de ville ».
Sont donc exclus de l'étude les patients qui à priori :

- présentent une pathologie grave ou dont la démarche diagnostique va probablement nécessiter des investigations complémentaires multiples et complexes. Par contre, on admet les patients susceptibles de bénéficier d'un examen complémentaire simple (biologie, ECG, radiologie) car ces bilans sont aussi réalisables rapidement en ville
- nécessitent une hospitalisation
- nécessitent un traitement parentéral.

Les urgences de l'hôpital Central ne prennent pas en charge, sauf urgence vitale, la pédiatrie. Les patients sondés sont tous âgés de plus de 15 ans.

Les autres critères d'exclusion étaient (car ils correspondent à des prises en charge assez spécifiques des urgences) :

- patients consultant suite à un accident d'exposition au sang d'origine professionnelle
- patients amenés par la police pour un certificat de non hospitalisation
- patients consultant pour la rédaction d'un certificat de coups et blessures sur les conseils de la police.

Pour établir un parallèle avec une classification validée comme la C.C.M.U. (34), notre population cible comprend les patients des groupes C.C.M.U. 1 et certains C.C.M.U. 2 (pas tous car un patient avec une plaie étendue ou une fracture fermée stable de la jambe est classé C.C.M.U. 2 mais ne peut pas être pris en charge en ville).

## 4. Nature des données recueillies

- Avant la consultation :

- Caractéristiques démographiques et sociales : âge, sexe, activité, niveau d'étude, couverture sociale
- Motivation de la consultation : personne ayant pris l'initiative de la venue, ancienneté et origine du problème, motif de recours aux urgences et de non recours à la médecine ambulatoire (médecin traitant et autres structures)
- Habitudes en terme de consommation de soins : médecin traitant, connaissance et usage des autres structures ambulatoires, antécédents de venue aux urgences et satisfaction
- Opinion sur la fonction et les avantages des urgences

- Après la consultation :

- Satisfaction concernant la prise en charge et comparaison avec le médecin traitant
- Projection de la conduite ultérieure, notamment à propos des structures de soins ambulatoires

- Partie médicale :

- Jour et heure de prise en charge
- Diagnostic de sortie
- Classe C.C.M.U.
- Examens complémentaires réalisés
- Avis sur la faisabilité de la prise en charge en ville

## 5. Exploitation des données

- ✓ Saisie des données avec le logiciel ACCES
- ✓ Analyse des données avec le logiciel SAS-stat version 9 par Mr VIRION du Département de Santé Publique et d'épidémiologie de l'hôpital Marin
- ✓ Tests statistiques utilisés : test du Chi 2 et Test de Fischer

## C. Résultats

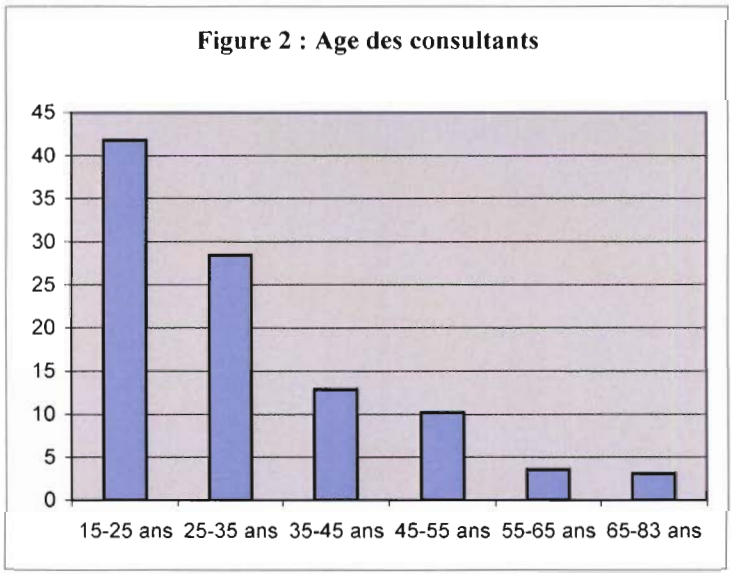
Pendant le déroulement de l'étude, 335 questionnaires ont été distribués. Nous avons récupéré 239 questionnaires complétés et exploitables dont 70% étaient renseignés de façon exhaustive.

### 1. Données socio-démographiques

- Age

Moyen : 31,5 + /- 13,8 ans

**Figure 2 : Age des consultants**

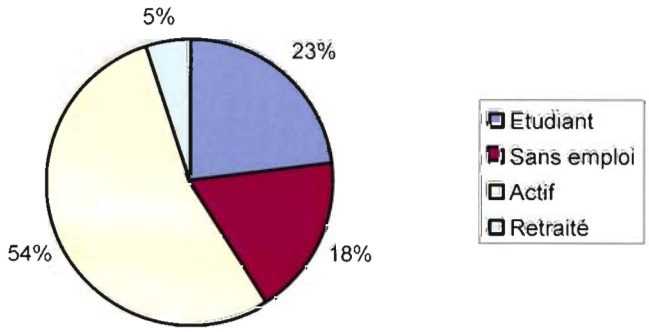



- Sexe

- Sex ratio de 1,15
- Hommes : âge moyen de 30,6 + / - 12 ans
- Femmes : âge moyen de 32,4 + / - 15,6 ans

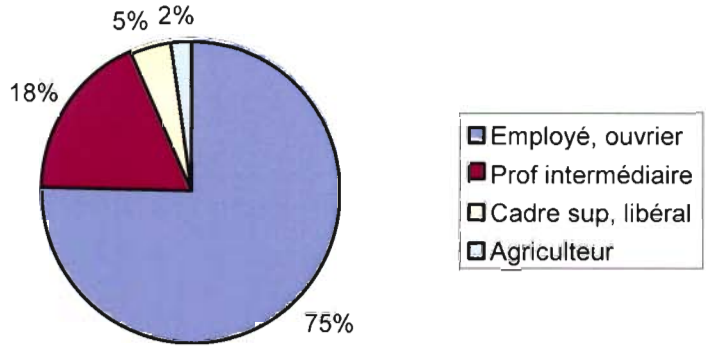
- Activité

**Figure 3 : Activité des consultants**



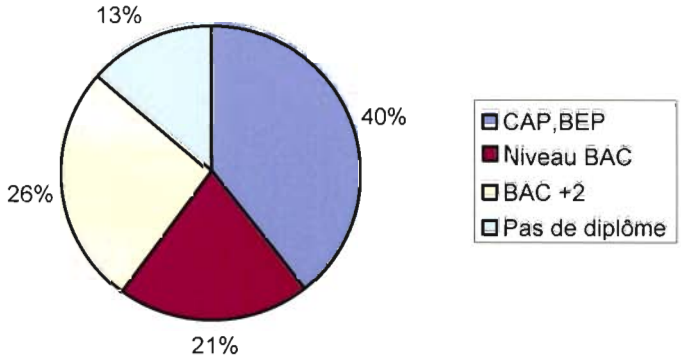

- Profession

**Figure 4 : Profession des consultants**



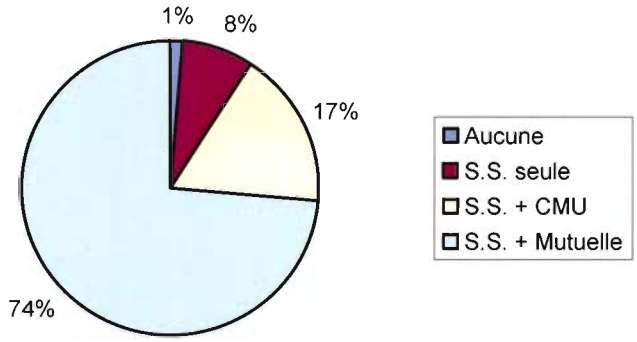

- Niveau d'étude

**Figure 5 : Niveau d'étude des consultants**



- Couverture sociale

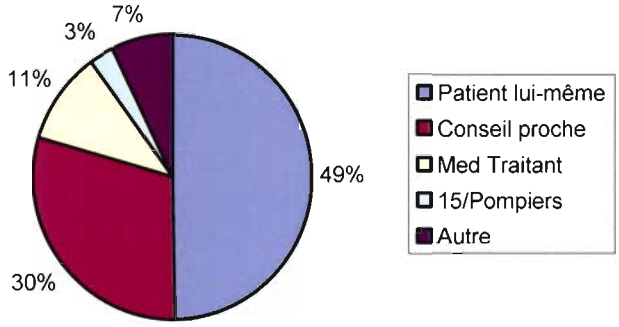
**Figure 6 : Couverture sociale des consultants**




## 2. Motifs de venue

- Initiative de la consultation

**Figure 7 : Personne à l'initiative de la consultation aux urgences**

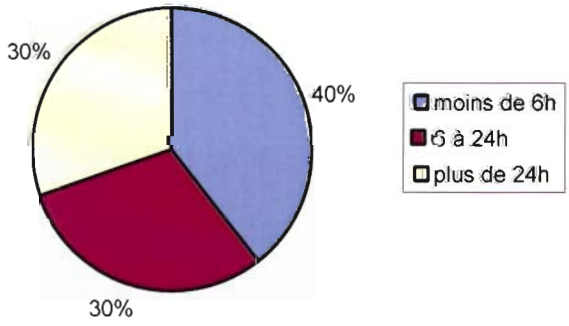



Près de 80 % des patients viennent de leur propre initiative ou après conseil d'un proche. Seuls 11% des sondés sont adressés par leur médecin traitant (figure 7).

- Ancienneté du problème médical

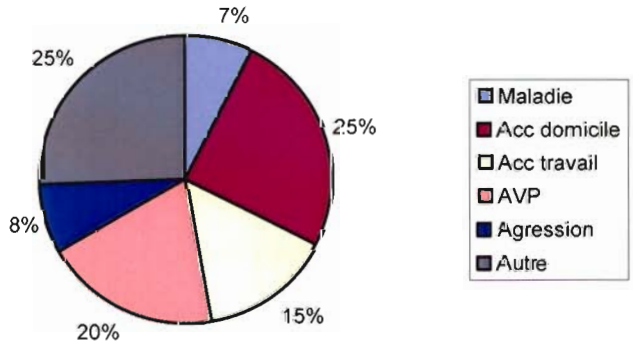
Les réponses se répartissent presque équitablement entre moins de 6 heures (39,4 %), de 6 à 24 heures et plus de 24 heures (30,3 % des réponses chacun).

**Figure 8 : Ancienneté du problème motivant la consultation**




- Origine du problème

**Figure 9 : Origine du problème motivant la consultation**

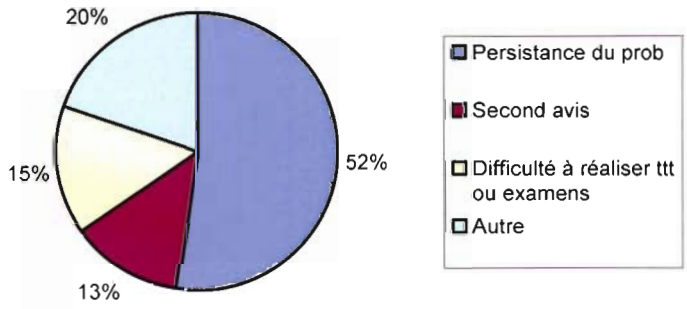



60 % des patients consultent pour un problème faisant suite à un accident ; à noter, la part non négligeable des venues suite à une agression (figure 9).
Une proportion importante de patients répondent venir pour un autre motif, ceci s'explique en partie par le caractère trop restrictif et incomplet des propositions (beaucoup de patients signalent un accident de sport ou survenu à l'école par exemple, si ces items avaient été proposés, la part des accidents aurait probablement été encore plus importante)

- Consultations antérieures

Près de 24% des patients sondés avaient déjà consulté un médecin pour le problème qui les amène aux urgences.
Les motifs de cette seconde consultation sont présentés dans la figure 10.

**Figure 10 : Motif de la nouvelle consultation**




- Motif de venue aux urgences

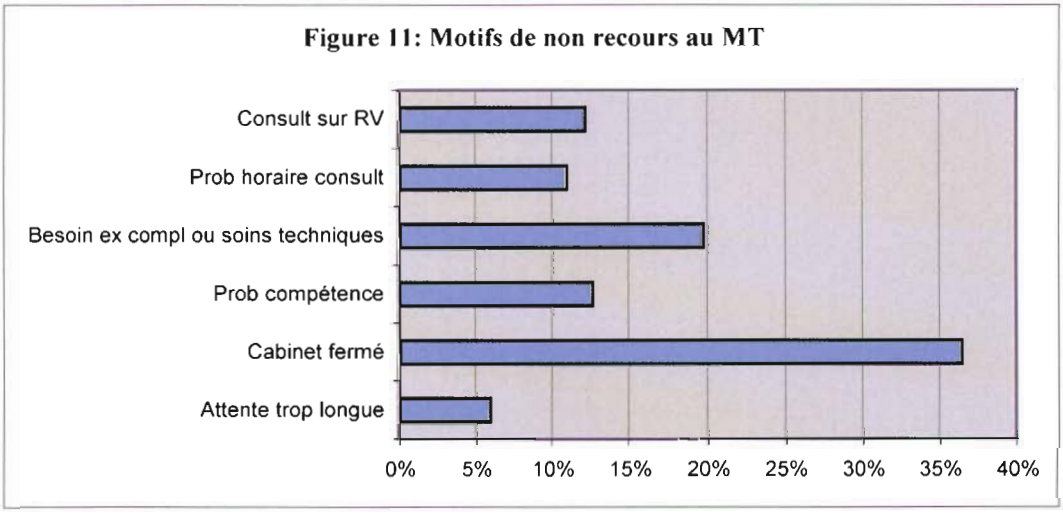
Les patients citent comme motif la douleur dans 34,7% des cas, l'inquiétude sur la gravité de leur pathologie dans 35,2% des cas, le besoin d'être guéri rapidement dans 25,4% des cas et l'absence de traitement à domicile dans 4,7 % des cas.

- Motifs de non recours aux structures ambulatoires

✓ Motifs de non recours au médecin traitant :

Le motif le plus cité est la fermeture du cabinet ; plus généralement, les problèmes d'accessibilité au médecin traitant sont souvent invoqués (horaires incompatibles, RV..). A noter toutefois que 28% des patients qui invoquent ces motifs se présentent à des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (figure 11).

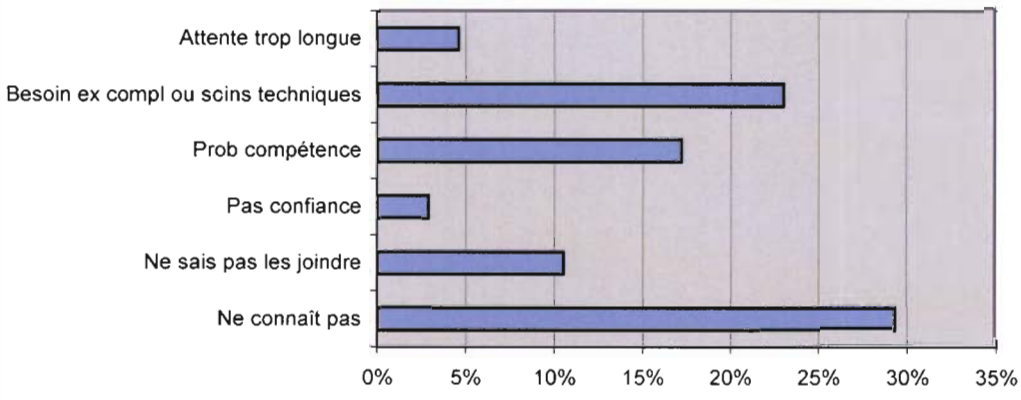
**Figure 11: Motifs de non recours au MT**



✓ Motifs de non recours aux autres structures ambulatoires (SOS, médecin de garde, maison médicale) :

C'est plus souvent un problème d'information (ne connaît pas la structure ou ses coordonnées) que de confiance en ces structures qui est invoqué (figure 12).

**Figure 12 : Motifs de non recours aux structures ambulatoires**




## 3. Habitudes de soins

- Médecin traitant

**Figure 13 : Suivi habituel par un MT**

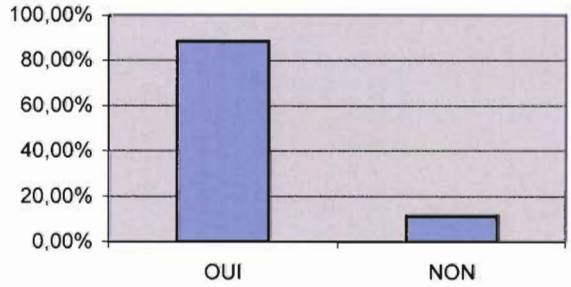
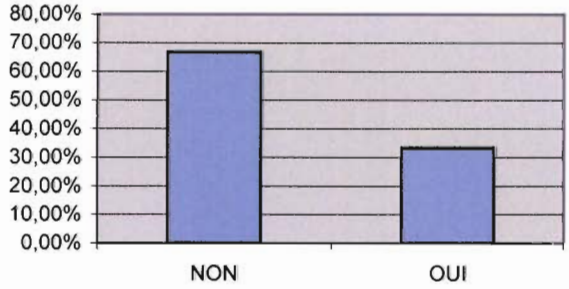


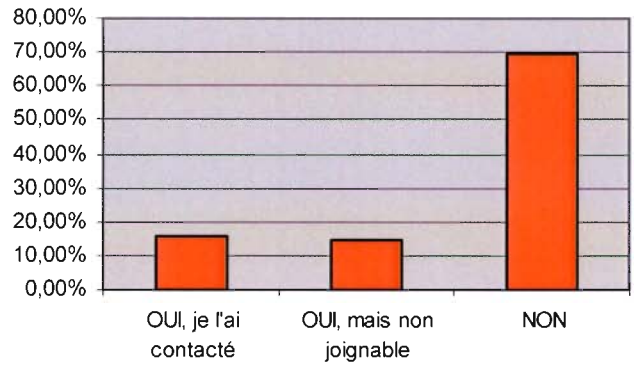

**Figure 14 : Ouverture du cabinet du MT**



88,6% des patients déclarent avoir un médecin traitant (figure 13).
66,7 % des patients pensent que le cabinet de leur médecin est fermé lors de leur venue (figure 14), cependant parmi eux, près de 30 % se présentent à des horaires ouvrables pour les cabinets libéraux (de 8 à 19h en semaine ou le samedi matin).
Au total, 32% des sondés ont un médecin traitant dont le cabinet est ouvert (selon eux) lors de leur passage aux urgences.

Contact avec le médecin traitant : 30,3% des patients déclarent avoir pris ou essayé de prendre contact avec leur médecin avant de venir aux urgences (figure 15).

**Figure 15 : Contact préalable avec le MT**




- Opinion sur SOS Médecin

56% des patients disent connaître l'association ; seuls 22% des sondés y ont déjà eu recours et ils ont été satisfaits de cette consultation dans 87% des cas.

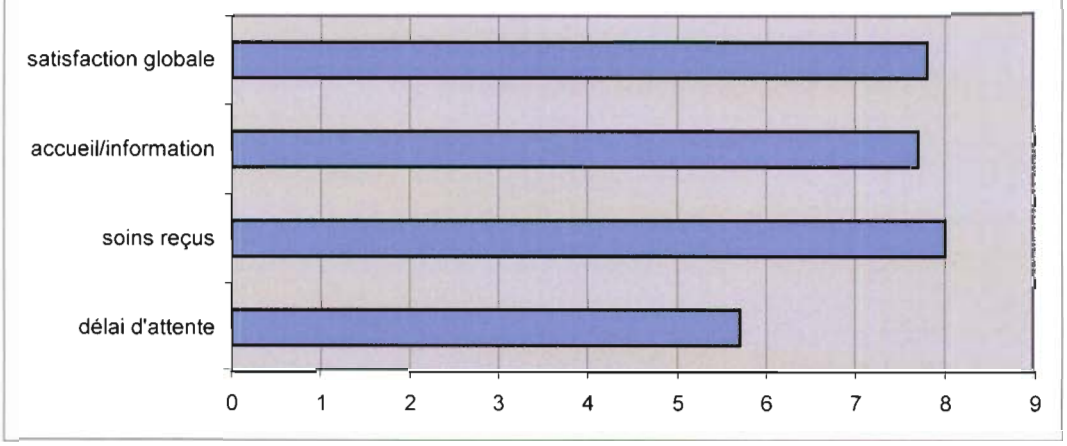
- Opinion sur la maison médicale

Seuls 34% des patients connaissent cette structure et ils ne sont que 11% à y avoir déjà consulté, ils ont été satisfaits dans 82% des cas.

- Consultations antérieures aux urgences

69% des patients sondés avaient déjà consulté aux urgences.
Parmi eux, le nombre moyen de passages antérieurs est de 3,2 ; 40% sont venus une seule fois, 24% 2 fois, 23% entre 3 et 5 fois, 9% entre 6 et 10 fois et 4% plus de 10 fois. L'indice de satisfaction global concernant les passages antérieurs aux urgences est de 7,8/10 en moyenne (figure 16).

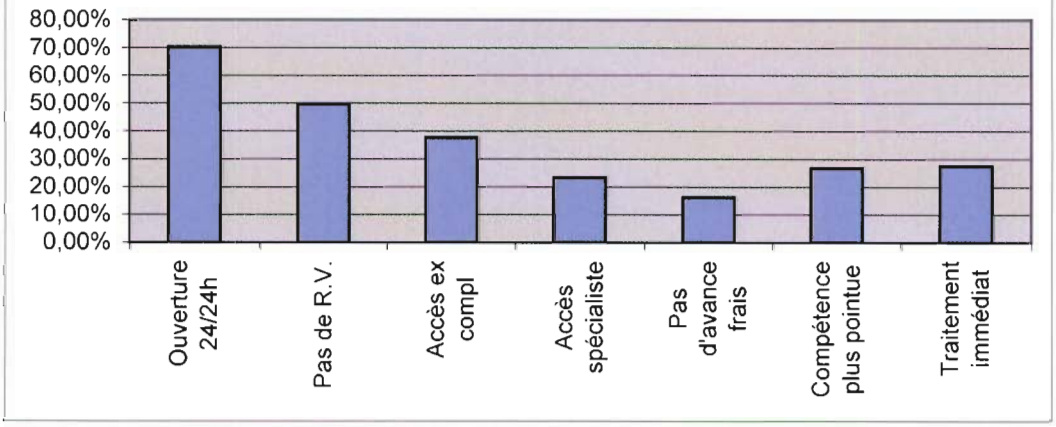
**Figure 16 : Indices de satisfaction relatifs aux consultations antérieures**




## 4. Opinion sur les urgences

- Avantages des urgences

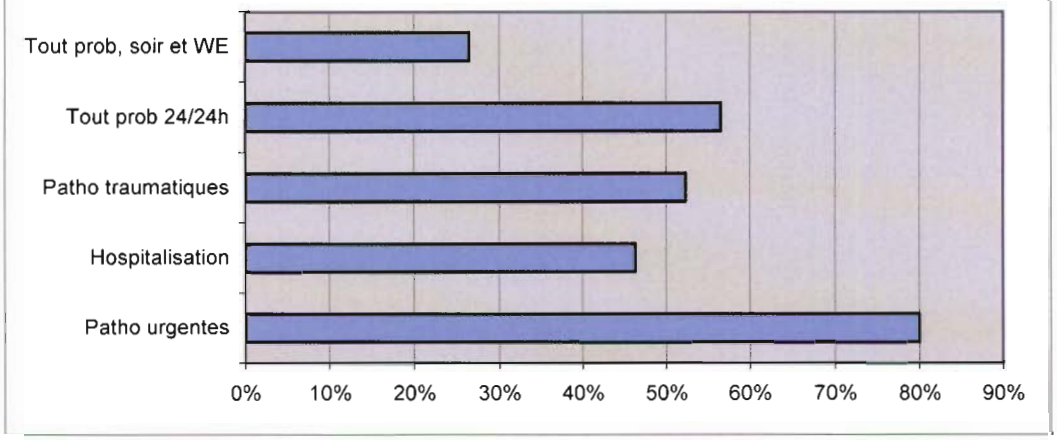
**Figure 17 : Avantages principaux des urgences selon les sondés**




Les avantages des urgences mis en avant par les patients sont liés à leur accessibilité : ouverture quel que soit l'heure et consultation sans R.V (figure 17).

- Fonctions d'un service d'accueil des urgences

**Figure 18 : Fonctions des urgences selon les sondés**

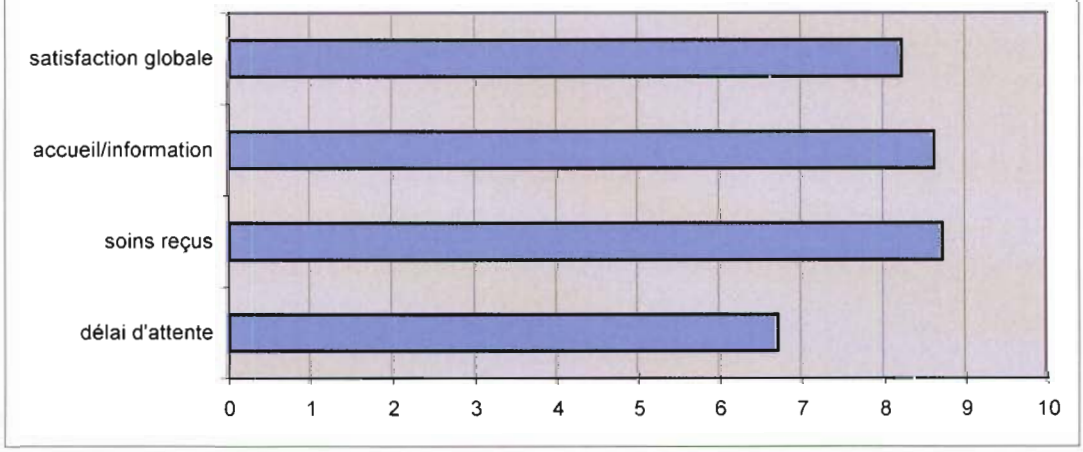



Seuls 80% des patients répondent que la fonction des S.U. est de prendre en charge les pathologies urgentes et graves. Ils sont plus nombreux à penser qu'il relève de la mission d'un S.U. de gérer tous les problèmes médicaux imprévus, quelle que soit leur nature 24h/24 (56%) que le soir et le week-end (lors de la fermeture des cabinets libéraux) uniquement (26%) (figure 18).

## 5. Opinion sur la prise en charge reçue

- Satisfaction concernant la consultation reçue

**Figure 19 : Indices de satisfaction relatifs à la prise en charge**

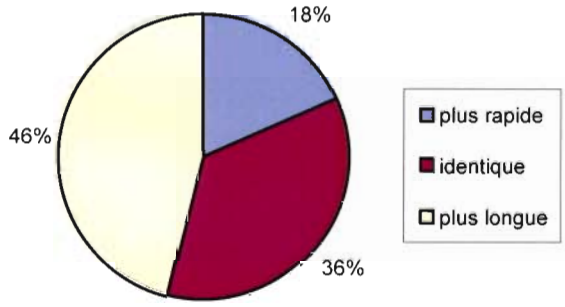


La satisfaction globale après prise en charge est évaluée à 8,2.
On constate que les notes de satisfaction moyennes sont toutes supérieures à celles relatives au passage antérieur aux urgences (figure 19).
Si on compare l'indice de satisfaction globale des patients qui ont répondu aux deux propositions (note antérieure et note concernant la consultation du jour), on retrouve une différence significative, cette note passant de 7,8 à 8,24.

- Comparaison avec le médecin traitant

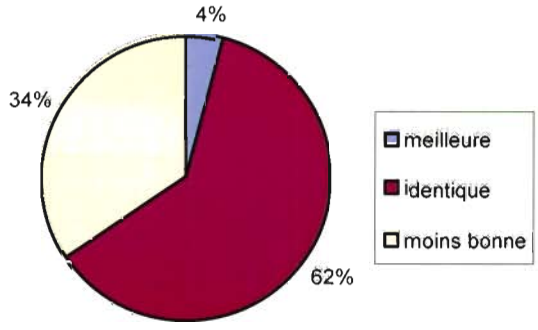
46 % des sondés pensent que la prise en charge aurait été plus longue s'ils avaient consulté leur médecin traitant (figure 20).

**Figure 20 : Comparaison avec la durée de prise en charge chez le MT**




34 % des sondés estiment que la qualité de la prise en charge aurait été moins bonne chez leur médecin traitant.

**Figure 21 : Comparaison avec la qualité de prise en charge chez le MT**

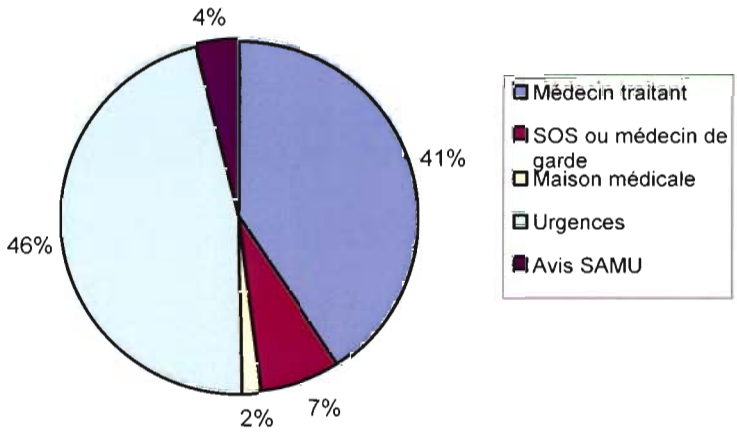


## 6. Conduite ultérieure

- Comportement futur dans la même situation

Après leur consultation aux urgences et suite à l'information qui leur a été donnée sur les structures ambulatoires existantes, les patients sondés estiment que, s'ils étaient à nouveau confrontés à un problème médical du même type, leur attitude serait pour 46 % d'entre eux de retourner consulter aux urgences et pour 41 % de se rendre chez leur médecin traitant (figure 22).

**Figure 22 : Conduite ultérieure dans la même situation**



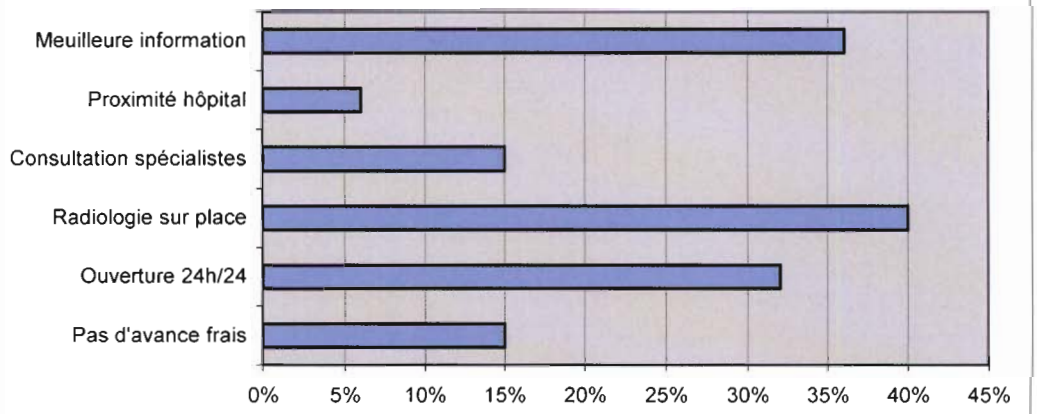

- Recours ultérieur aux structures de consultation ambulatoires

47,5% des sondés pensent aller consulter la maison médicale dans le futur et parmi eux, 59 % ne connaissaient pas la structure auparavant.
55% des sondés pensent être amenés à recourir à SOS Médecin par la suite, dont 36% de personnes qui ne connaissaient pas l'association avant le sondage.

- Concernant les maisons médicales de garde

Selon les patients, pour qu'ils se rendent plus volontiers consulter dans une MMG, il faudrait qu'ils soient en premier lieu mieux informés sur ces structures. Une ouverture 24h/24 et un service de radiologie sur place seraient également des éléments discriminants (figure 23).

**Figure 23 : Adaptations souhaitées par les patients concernant les MMG**

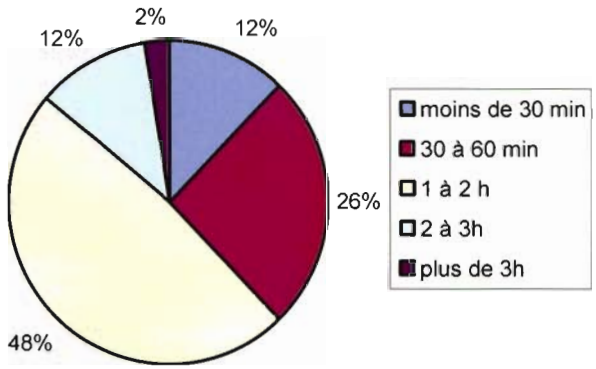



## 7. Jour de consultation, heure d'arrivée, durée de passage

Les patients sondés ont été vus un jour de semaine dans 72% des cas, un samedi dans 12% des cas et un dimanche pour 16% d'entre eux.
Ils se sont présentés au service entre 12 et 16h dans 52% des cas, entre 16 et 20h dans 34% des cas, entre 20 et 24H dans 11% cas et avant midi dans 4% des cas seulement.

Durée de passage :
La durée d'attente moyenne avant prise en charge médicale est de 43 minutes (+/- 27 min).
La durée moyenne de prise en charge, examens complémentaires inclus est de 36 minutes (+/- 33 min).
La durée totale de passage au SAU est de 1h19 en moyenne (+/- 43 minutes) : figure 24.

**Figure 24 : Durée totale de passage**



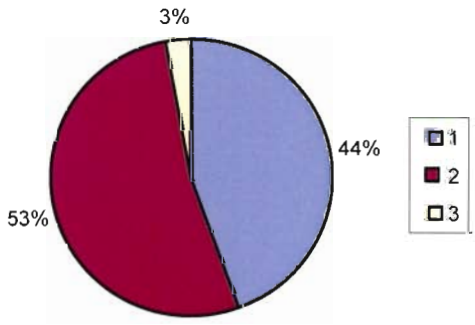
## 8. Analyse de la prise en charge par le médecin

- Diagnostic de sortie

| DIAGNOSTIC | PROPORTION |
|---|---|
| Contusion | 29,5% |
| Entorse | 23,9% |
| Pathologie tendino-musculaire | 8,5% |
| Fracture | 8% |
| Ophtalmologie | 4% |
| ORL | 3,4% |
| Dermatologie | 3,4% |
| Rhumatologie | 3,4% |
| Stomatologie | 2,3% |
| Hépato-gastro-entérologie | 2,3% |
| Plaie | 1,1% |
| Pneumologie | 1,1% |
| Psychiatrie | 1,1% |
| Infection autre | 1,1% |
| Autres | 6,8% |

- Classe CCMU

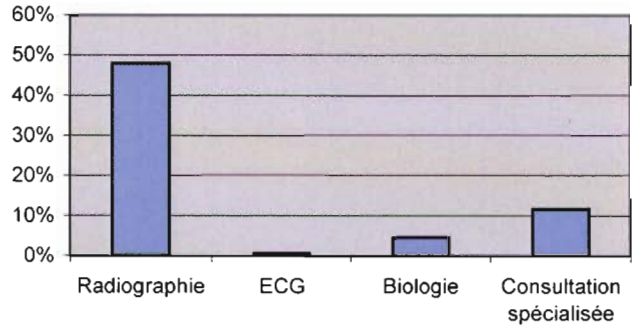
**Figure 25 : Répartition des patients selon la classe C.C.M.U.**




- Examens complémentaires réalisés

50% des patients ont bénéficié d'un examen complémentaire ou d'une consultation auprès d'un spécialiste, 6,5% en ont eu deux et seulement 0,5% trois.
On peut noter que les patients pris en charge pour une entorse ou une contusion ont bénéficié d'une radiographie dans près de 70 % des cas.
Les examens qui ont été réalisés sont détaillés dans la figure 26.

**Figure 26 : Examens complémentaires réalisés**




- Opinion du médecin sur la pertinence du recours aux urgences

Les médecins qui ont pris en charge les patients, interrogés au terme de la consultation, estiment que celle-ci aurait pu être réalisée sans difficulté dans un cabinet de généraliste de ville dans 72% des cas ; dans 60 % des cas lorsque les patients se sont présentés aux urgences sur avis médical (médecin traitant ou 15) et dans 47,5% des cas seulement lorsque les patients ont bénéficié d'un examen complémentaire.

## D. Discussion

### 1. Biais et limites de l'étude

La limite principale de notre étude réside dans le fait que le questionnaire n'a pas pu être distribué de façon exhaustive à tous les patients ayant le profil souhaité pendant une période déterminée. Il a été difficile d'obtenir l'adhésion de toute l'équipe au projet. De ce fait, les inclusions ont été plus ou moins nombreuses selon les jours en fonction de l'I.A.O. et du médecin présent. De plus, la présentation de l'enquête constituait un surcroît de travail pour le personnel d'accueil. Ainsi, les jours de forte affluence, l'enquête est probablement passée au second plan ce qui génère des biais importants : les données relatives aux jours et horaires de venue ne sont pas exploitables car non représentatives du flux réel des patients. De même, les résultats sur la durée de prise en charge et la satisfaction des patients sont à interpréter avec précaution du fait d'un biais de sélection des patients. On peut en effet supposer que les jours d'activité importante où le questionnaire a été moins proposé, la durée d'attente devait être plus longue et la satisfaction des patients moindre.
En outre, pendant la première partie de l'étude, le questionnaire n'était distribué que de 11h à 23 h (horaires de fonctionnement de la CMA) alors qu'il a été ensuite proposé aux patients concernés 24h/24. Ceci interdit donc toute interprétation des données concernant les jours et horaires de venue des patients.

L'autre limite importante est liée à la subjectivité des critères d'inclusion dans l'étude. La définition du patient « qui aurait pu être pris en charge en ville » diffère selon les individus. C'est le plus souvent l'I.A.O. qui décide dans quelle filière le patient va être orienté. La pertinence de l'inclusion des patients dans l'étude était très dépendante de la subjectivité et de l'expérience de la personne qui organisait le tri.

Nos critères pour déterminer si la consultation aux urgences est opportune peuvent être discutés. Dans d'autres études (63), la consultation aux urgences est considérée comme adaptée dès que le patient bénéficie d'un examen complémentaire, quel qu'il soit, même s'il est possible de le faire réaliser en ville.
Même en utilisant des critères de tri validés et très codifiés, il existe toujours une marge d'erreur dans l'appréciation initiale de la gravité d'une situation clinique (64, 65, 66). Cependant, la proportion de patients classés C.C.M.U. 3 dans notre échantillon reste très faible (3 %). Le nombre de patients souffrant de pathologies « bénignes » orientés vers les filières classiques et donc non inclus est probablement beaucoup plus important.

Nous avons décidé de laisser le patient remplir le questionnaire seul pour ne pas allonger la consultation et augmenter la charge de travail de l'équipe. Cela permettait aussi d'augmenter la confidentialité en laissant les patients plus libres de leurs réponses sans crainte d'être jugés. Mais, par ce choix méthodologique, nous avons augmenté le nombre de réponses inadaptées liées à des problèmes de compréhension et le nombre de questionnaires remplis de façon incomplète (surtout pour la seconde partie).

Enfin, le fait d'interroger les patients sur leur motif de venue aux urgences peut être mal perçu. En effet, le sondé risque de voir le questionnaire comme une demande de justification et, de ce fait, se sentir culpabilisé d'être venu à l'hôpital alors qu'il ne souffre pas d'une affection grave. Ceci peut le conduire à exacerber ses symptômes et leur gravité ou à trouver des justifications inexistantes pour expliquer sa venue (67).

## 2. Profil de la population sondée

La population de notre étude est jeune, l'âge moyen étant de 31,5 ans contre 46,5 ans pour la moyenne des consultants du SAU. Ceci s'explique aisément vu la proportion des admissions suite à une pathologie traumatique dans notre cohorte et car les personnes âgées, souvent admises pour des problèmes complexes, correspondent rarement à la population ciblée par l'étude.

La population sondée a des caractéristiques socio-économiques qui la distinguent de la population régionale (données INSEE Lorraine) : la proportion d'étudiants et de chômeurs y est nettement supérieure, la part des individus diplômés du secondaire ou de l'enseignement supérieur également, les employés et ouvriers sont aussi plus représentés.

Enfin, contrairement à l'idée souvent véhiculée qui veut que les individus qui se présentent aux urgences le font en premier lieu pour des raisons financières car ils ont une couverture sociale précaire (68), dans notre étude, la part des patients n'ayant pas de couverture sociale correcte est faible (inférieure à 10%).

Dans les autres travaux français sur ce profil de patients (18, 21), on retrouve dans toutes les cohortes une population jeune et le plus souvent une forte proportion de patients d'origine étrangère, une prédominance des célibataires et beaucoup d'individus éloignés de leur source de soins habituelle (18). Ces études, à l'instar de la notre, retrouvent souvent une population socialement fragile, mal suivie médicalement et présentant plus de facteurs de risque de santé que la population générale. Si on s'intéresse aux études américaines sur les consultants non urgents (69), la précarité sociale des patients est encore plus marquée mais cela s'explique aux

Etats-Unis par un problème d'accès aux soins primaires des populations défavorisées qui n'existe pas en France.

### 3. Habitudes des consultants en matière de recours au système de soins

Dans notre cohorte, 90 % des patients ont un médecin traitant, valeur correspondant à la moyenne nationale pour les patients majeurs (sondage IFOP-CNAMTS 2005) et superposable à celle retrouvée dans la plupart des études sur les consultants des urgences (16, 54).

La majorité des sondés avait déjà eu recours aux urgences mais peu sont des consultants réguliers de ces services (seulement 13% sont venus plus de cinq fois). Les patients n'ayant pas de médecin traitant ne consultent pas plus les urgences que les autres. Par contre, les sondés ayant un suivi médical régulier sont plus nombreux à avoir déjà utilisé les services de SOS Médecin (23% des patients avec MT contre 19% sans MT) et ceux de la Maison Médicale (12% contre 4%). Ces sources de soins ne semblent donc pas utilisées par les patients pour pallier l'absence de médecin référent.

Si on analyse l'effet de la couverture sociale sur la consommation de soin, on observe le même phénomène : ce sont les sujets bénéficiant d'une bonne couverture sociale qui se rendent le plus aux urgences (70% sont déjà venus contre 50% des patients non ou mal couverts) et qui consultent plus volontiers SOS Médecin (24% contre 10%)

Dans notre étude, ce n'est pas l'absence de source régulière de soins ou des problèmes financiers qui poussent les gens à s'orienter vers le système hospitalier. Les individus avec un suivi régulier et une bonne protection sociale sont plus consommateurs de soins de façon générale, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires. C'est par ailleurs une notion que l'on retrouve dans l'étude sociologique réalisée par PENEFF (68) : c'est dans les zones riches où l'offre médicale est importante de façon générale (ambulatoire et hospitalière) que la fréquentation des services d'urgence par la population est la plus grande.

### 4. Motifs de consultation auprès des urgences

On retrouve une nette prédominance des consultations pour des pathologies traumatiques, qui concernent 62% des patients sondés alors qu'elles correspondent à 37% des passages pour le SAU de Nancy dans son ensemble en 2005. Les patients qui se présentent donc aux urgences pour des motifs ne semblant pas nécessiter une consultation hospitalière ont en réalité une demande différente de ceux qui s'orientent vers la médecine de ville. En effet, la traumatologie n'y représente que 12% des consultations non programmées, 6% chez SOS Médecin ; les pathologies médicales, notamment infectieuses, étant beaucoup plus fréquentes (31, 32).

Il est à noter que la plupart des études sur les recours aux urgences pour des soins « non spécifiques et non urgents » retrouvent la traumatologie comme étiologie principale (16, 21, 28). L'étude espagnole de SEMPERE (63) fait exception mais ses auteurs considèrent que le fait de bénéficier d'une radiographie constitue un soin spécifique des urgences (les pathologies les plus fréquentes sont alors : la psychiatrie, la toxicologie et la dermatologie).

On comprend donc pourquoi le besoin d'investigations complémentaires est le motif invoqué en second lieu pour expliquer le recours aux urgences plutôt qu'à une autre structure de soins : les patients anticipent leur prise en charge et savent qu'il sera plus facile et rapide de faire réaliser ces examens par ce biais (16). Par ailleurs, l'accès à des examens radiologiques serait, selon les sondés, un élément discriminant pour les inciter à aller consulter dans une maison médicale.

L'anticipation du besoin d'explorations para-cliniques par les patients semble le plus souvent fondée puisque 73% des patients qui pensent à leur entrée avoir besoin d'un examen en auront effectivement un durant leur prise en charge. Au vu des pathologies rencontrées, on comprend pourquoi les patients de notre cohorte se voient prescrire beaucoup plus d'examens que ceux qui ont une consultation non programmée en médecine de ville, qui ne bénéficient d'explorations complémentaires que dans 20% des cas (31). Cependant, cela doit nous amener à nous interroger sur la pertinence de ces prescriptions. Par exemple, 70% des patients présentant une entorse ont eu une radiographie alors que les recommandations préconisent dans ce domaine de ne pas en réaliser lorsque la clinique est typique (70). Les médecins aux urgences ne prescrivent-ils pas trop facilement des investigations car ils se sentent poussés à une obligation de moyens par la pression du patient et parce qu'ils ont l'arsenal diagnostique à disposition? Ils pérennisent ainsi l'attitude de demande d'examen parfois abusive de la part des patients (63).

Toutefois, pour expliquer leur choix d'orientation vers les urgences, les patients citent en premier lieu une méconnaissance des structures dans le cas de SOS Médecin et de la Maison Médicale et un problème d'accès à leur médecin traitant. Si plus de 70% des sondés se sont présentés à des jours ou horaires de fermeture des cabinets libéraux, 30% des personnes qui mettent en avant les problèmes d'accessibilité se présentent tout de même à des heures ouvrables. C'est probablement plus le confort de pouvoir venir aux urgences sans se préoccuper des horaires ni se poser de questions qui amène les patients à s'y présenter plutôt qu'une réelle incompatibilité avec les horaires de leur médecin. L'ouverture 24h/24 est par ailleurs l'avantage principal des urgences pour les sondés. Ils sont beaucoup plus nombreux à penser qu'il relève de la fonction des urgences de répondre à tous les problèmes médicaux quel que soit l'horaire plutôt que le soir et le week-end uniquement.

Enfin, on note que la proportion de patients qui se présente sur avis médical est faible (moins de 15%). C'est une notion que l'on retrouve dans d'autres études : pour les pathologies traumatiques et accidentelles, les patients ont « le réflexe urgence » (16, 21).

Les patients qui viennent après avis médical ne semblent pas souffrir de pathologies plus graves ou complexes que les autres (la proportion de CCMU 1 est même plus importante dans ce groupe), ils n'ont pas plus d'examens complémentaires ou de consultations spécialisées. Dans 60% des cas, le médecin urgentiste qui les a examinés estime que la prise en charge aurait pu être réalisée en ville sans difficulté (dans 75% des cas lorsque les patients viennent de leur propre initiative). Les motivations qui conduisent les médecins traitants à adresser les patients vers les urgences sont probablement souvent plus liées à des problèmes de disponibilité qu'à des difficultés de prise en charge (71). D'autres études confirment cette constatation : la proportion de patients consultant de façon inadaptée est identique que le patient soit adressé par un médecin ou non (63).

Certaines études trouvent d'autres motivations à la venue des patients aux urgences :

- Dans l'étude LANG (18) et celle de la DRESS (16), le premier motif invoqué est la proximité géographique de l'hôpital par rapport aux autres sources de soins.

- Dans l'étude SEMPERE (63), les patients répondent dans plus de 50% des cas qu'ils viennent car ils font plus confiance aux urgences qu'aux autres sources de soins, le second motif étant dans 10% des cas un délai d'attente trop long ailleurs.

### 5. Influence de la prise en charge et de l'information sur la conduite future

Les sondés sont globalement satisfaits de leur prise en charge. Selon d'autres études, la satisfaction des patients dépend en premier lieu du temps d'attente avant la consultation aux urgences et dans une moindre mesure de la qualité de la communication patient-médecin (16, 72).

Nous avons vu que durant l'étude, les sondés ont été pris en charge de deux façons distinctes : en C.M.A. au départ puis en filière classique après le 30 juin. Cette différence en terme de modalité d'organisation ne semble pas avoir d'incidence sur la satisfaction des patients (pas de différence significative entre la note de satisfaction à 8,3 pour les patients bénéficiant de la CMA et celle à 8,15 pour les autres). Par contre, la durée moyenne de prise en charge est abaissée de façon significative lorsque les patients sont orientés vers cette filière spécifique (1h14 en moyenne en CMA contre 1h29).

L'opinion et la satisfaction des patients sont des paramètres à prendre en compte en matière de politique d'organisation du système de santé. En effet, les structures de soins leur sont destinées et doivent répondre aux attentes de la population. En outre, la satisfaction du patient concernant sa prise en charge dans une structure peut influencer son comportement futur de consommateur de soins.
De nombreux urgentistes estiment que la priorité des urgences n'est pas de satisfaire ces patients venant pour des motifs dits bénins. Un des arguments avancé est qu'en créant une filière qui leur est dédiée où la prise en charge sera plus rapide et l'attente réduite, on conduit les patients à devenir des usagers réguliers du système hospitalier car ceux-ci sauront qu'ils y rencontreront une attente peut être plus courte que chez leur médecin avec un accès aux examens complémentaires facilité. Et ce phénomène, selon eux, ne ferait qu'accroître l'engorgement des urgences.

Notre étude n'amène cependant pas d'arguments pour étayer cette hypothèse. En effet, si on se penche sur les réponses des sondés concernant leur conduite ultérieure dans la même situation, on ne retrouve pas de lien entre la satisfaction du patient ou sa durée de prise en charge et son choix de revenir aux urgences ou de recourir plutôt à une structure ambulatoire. Paradoxalement même, les patients qui pensent revenir aux urgences ont eu en moyenne une prise en charge plus longue. Ce sont des paramètres autres que la durée d'attente qui semblent influencer leur choix. Il est probable que ce groupe corresponde en fait à des individus dont le motif de venue justifiait vraiment le recours à un plateau technique ou des compétences spécialisées.

Nous avons vu précédemment que c'est souvent à cause d'un problème d'information que les patients n'avaient pas eu recours aux structures ambulatoires dédiées à la consultation non programmée. A la lumière des résultats de l'étude, il semblerait que la communication auprès du public à ce sujet pourrait avoir un impact sur ses habitudes de soins. En effet, parmi les patients qui disaient ne pas connaître SOS Médecin ou la Maison Médicale au début du questionnaire, ils sont 44% à répondre à la fin qu'ils seraient susceptibles d'y avoir recours.

Mais, l'efficacité réelle d'une campagne d'information ne serait évaluable qu'à posteriori ou en réalisant une étude prospective spécifique à ce sujet.

Toutefois, les patients paraissent avoir une idée assez précise de la structure adaptée pour répondre à chacun de leurs besoins de santé. En effet, même si près de la moitié pense utiliser plus tard les services d'une association de garde ou d'une maison médicale, 9% d'entre eux seulement y auraient recours dans une situation identique à celle qui les a conduit aux urgences. Ceci confirme donc que les urgences et ces structures de soins ne sont pas destinées à répondre aux mêmes demandes de soins, dans l'esprit du public du moins. Les urgences restent pour le grand public la structure la plus adaptée à certaines situations cliniques.
Par ailleurs, des équipes européennes (73) et américaines (61) ont essayé de diminuer le recours aux urgences de la population en les informant sur l'importance d'un suivi par une source de soins ambulatoire régulière (61) ou en les réorientant vers une structure plus légère après un tri à l'accueil (73). Ces expérimentations n'ont pas eu d'impact à long terme sur la fréquentation du service par les usagers réguliers. Donc, si l'information peut influencer les habitudes de soins de certains patients, il n'est pas certain qu'elle soit suffisante pour réduire sensiblement l'affluence aux urgences.

### 6. Des résultats à l'encontre des idées reçues

Après analyse des résultats, il nous semble que l'apport principal de notre étude est de mettre à plat les idées préconçues relatives aux patients qui se présentent aux urgences pour des motifs non urgents et sans caractère de gravité immédiat. En effet, lorsqu'on interroge la population générale et même les professionnels de santé sur l'idée qu'ils se font des usagers qui consultent aux urgences de façon inadaptée, il en ressort une image stéréotypée qui est celle d'un patient qui se présente le soir pour une pathologie ORL ou infectieuse pour laquelle il aurait pu consulter en journée, faire appel au médecin de garde ou attendre le lendemain pour voir son médecin traitant (74). Or, nos résultats vont à l'encontre de cette hypothèse : la part des consultations pour des pathologies médicales est presque négligeable et, d'autre part, les patients consultent peu le soir. Il faut cependant nuancer ici notre interprétation : dans un hôpital général où les urgences prennent aussi en charge la pédiatrie, ces pathologies auraient probablement été beaucoup plus représentées.

Ceci nous conduit à une constatation paradoxale : alors que la définition même de notre population cible était « des patients qui auraient pu faire prendre en charge de façon adaptée leur problème en médecine de ville », on retrouve en définitive des individus qui ont des demandes de soins très différentes de celles exprimées en médecine libérale. La plupart d'entre eux arrivent aux urgences car leur problème de santé entraîne des besoins spécifiques et, dans leur esprit, la médecine ambulatoire n'est pas la structure adéquate pour y remédier. Toutefois, le personnel qui effectue le tri à l'accueil des urgences a tout de même fait le choix d'inclure ces sujets dans l'étude, ce qui montre que, selon eux, ces consultants ne relevaient pas d'une prise en charge hospitalière.
En fait, il semble que notre étude ait cerné une population particulière : des patients dont le problème de santé se situe à la frontière de la médecine ambulatoire et hospitalière et pour lesquels il n'existe pas d'offre de soins vraiment adaptée à l'heure actuelle.

## IV. Réflexion et perspectives d'organisation

### A. Les modèles d'organisation

La gestion du flux de patients se présentant à l'accueil des urgences hospitalières est actuellement un défi majeur en matière de politique de santé en France. Les pouvoirs publics y accordent une attention croissante comme en témoigne le chapitre consacré aux urgences dans le dernier rapport annuel de la cour des Comptes (17).
Pour faire face à l'accroissement du nombre de passages constaté, il existe schématiquement trois réponses envisageables :

- L'accès contrôlé

La France pourrait choisir de s'inspirer des modèles de systèmes de soins appliqués dans les pays qui ont su prévenir cet engorgement car l'accès aux urgences y est beaucoup plus restrictif. En Autriche (75), un patient ne peut pas se faire admettre aux urgences, sauf détresse vitale, s'il n'est pas adressé par un médecin ou la régulation. En Allemagne (30), le système de garde libérale et les services sociaux sont très développés et utilisés facilement par la population, les patients n'ont donc pas coutume de se présenter spontanément aux urgences ; les services se réservent de plus le droit de renvoyer les patients s'ils estiment la consultation injustifiée.

Certains auteurs avancent l'idée de mettre en place un système de sanctions financières, voire pénales, à l'encontre des usagers « abusifs » du système de santé (24). Cette idée semble difficilement applicable car très complexe à mettre en place, le coût d'exploitation des services de recouvrement risquant d'être supérieur aux bénéfices retirés. Le principe est de plus discutable idéologiquement, d'autant plus que la définition de ce qu'est un usager abusif est délicate à établir : la plupart des individus qui consultent aux urgences pour des raisons ne le justifiant pas le font en toute bonne foi. D'autre part, on constate que les mesures déjà existantes dans ce sens (déremboursement des frais de déplacement en cas de visite à domicile injustifiée par exemple) ne sont pas suivies d'effets en pratique.

Cette organisation coercitive du système de santé ne paraît pas transposable en France où le principe de libre choix du patient est très ancré dans les mentalités. De plus, un pays comme l'Allemagne s'appuie, pour restreindre l'accès aux urgences, sur une permanence des soins ambulatoires très performante et des services sociaux très efficaces. Ces structures ne sont pas aussi efficientes à l'heure actuelle dans notre pays. Suivre leur modèle nécessiterait des mutations profondes et coûteuses de notre système de soin, trop longues à mettre en place pour apporter une réponse rapide au problème actuel des urgences.

- Le « tout urgence »

L'attitude opposée serait d'accepter l'évolution actuelle de la société en matière d'habitudes de soins et de s'orienter vers le « tout urgence ». Dans ce cas, il faudrait doter les services d'urgence de moyens financiers et humains suffisants pour faire face à l'afflux de

patients. Ceci conduirait à hypertrophier des structures collectives onéreuses ce qui ne semble pas judicieux en période de restriction des dépenses de santé (36, 47). Ce choix risquerait en outre de pérenniser un cercle vicieux car c'est aussi l'adaptation des urgences à la demande par un renfort qualitatif (séniorisation) et quantitatif qui a permit à celle-ci de se développer (13).
Les pays qui ont choisi cette orientation, comme l'Espagne par exemple, où les urgences deviennent progressivement la voie d'entrée principale du système de soins du fait d'une organisation des soins de ville trop rigide et fermée, n'ont pas de bons résultats puisque ni les usagers, ni les professionnels ne sont satisfaits (76). Mais, les difficultés rencontrées au sein des S.U. dans ce pays semblent aussi liées à un défaut d'organisation au sein même des services.

- <u>L'accès régulé : adaptation du système actuel</u>

C'est donc vers une troisième voie, intermédiaire, que les pouvoirs publics français ont choisi de s'orienter. Le rapport de la cour des Comptes sur les urgences estime que « l'amélioration du dispositif d'organisation des urgences dépend moins aujourd'hui de nouveaux moyens financiers que de mesures relatives à l'orientation des patients, à l'organisation des services et à la coordination entre les activités hospitalières et la médecine de ville » (17).

Les pistes de travail pour atteindre cet objectif sont multiples (1, 13, 14, 35, 41, 77, 78) :
- Clarifier la place de chaque acteur dans la prise en charge des demandes de soins non programmées.
- Amener tous les acteurs de la P.D.S. à travailler en coordination. Les décrets de 2006 demandent aux S.U. de travailler en réseau avec les médecins de ville et les autres intervenants du système de soin (27).
- Définir un schéma d'orientation simple à l'attention des patients ayant besoin de soins non programmés.
- Inciter la population à prendre avis auprès de la régulation plutôt que de s'orienter spontanément
- Informer la population sur les structures de soins, ambulatoires et hospitalières, existantes et les sensibiliser au bon usage de chacune.
- Inciter les médecins de ville à travailler en relation directe avec les services d'hospitalisation pour favoriser les admissions directes sans passer par les urgences lorsque cela est possible.
- Réfléchir à l'organisation optimale des services d'urgence (79) au sein desquels, malgré ces mesures, on n'escompte pas de recul massif de la fréquentation mais plutôt une évolution freinée (13).
- Accorder les moyens financiers et humains nécessaires pour que les autres acteurs de la PDS (MMG, association de garde, médecins libéraux) se développent et pour permettre à la régulation d'assurer sa mission de pilier de l'organisation des soins non programmés.

## B. Les pistes de travail

### 1. Définir le rôle des acteurs de la permanence des soins

#### a) Les médecins libéraux

Les médecins libéraux doivent reprendre une place privilégiée dans le dispositif (80). Aux horaires ouvrables, des mesures incitatives ont déjà été prises afin de les motiver à se rendre disponibles pour les soins non programmés au cabinet ou en visite (majoration des actes réalisés en urgence, notamment lorsque du petit matériel a dû être utilisé) (24, 42). La participation des médecins reste toutefois variable selon leur disponibilité, certains médecins, surtout en zone rurale, ayant déjà un carnet de rendez-vous chargé plusieurs jours à l'avance. Pour que les patients ne se tournent pas systématiquement vers les urgences, il faudrait que des actes de chirurgie légère (suture) ou d'immobilisation en traumatologie puissent être réalisés en ville. Cependant, de nombreux médecins restent réticents à pratiquer ces gestes malgré leur revalorisation financière. En effet, ces actes sont souvent difficiles à réaliser sans l'aide d'une tierce personne et la plupart des praticiens, surtout en zone urbaine, en ont perdu l'habitude et ne s'estiment donc pas compétents dans ce domaine.

De même, pour que des examens de débrouillage puissent être réalisés facilement sans avoir à recourir à l'hôpital, il faut également impliquer les laboratoires et les cabinets de radiologie de ville, qui doivent accepter d'être réactifs et disponibles. Pour cela, il faudrait peut être valoriser les actes qu'ils réalisent en urgence.

Aux heures de fermeture des cabinets libéraux, un réseau « fonctionnel » de permanence des soins est en train de se remettre en place. Avec la sectorisation et le paiement des astreintes, il devient moins difficile de faire participer les médecins généralistes aux gardes. Même en zone rurale, les médecins surchargés qui ne souhaitent pas en prendre, trouvent beaucoup plus aisément à se faire remplacer. De plus, depuis que l'accès au médecin de garde est régulé, la pénibilité du travail s'est considérablement allégée : nombre de visites moindre, possibilité de grouper les consultations au cabinet à certaines heures.

#### b) Les maisons médicales de garde

- Bilan

En 2007, le succès des MMG est contrasté : certaines parviennent à trouver une situation d'équilibre après quelques mois de fonctionnement ; d'autres sont en difficulté, doivent restreindre leur personnel (de secrétariat et d'accueil surtout, la sécurité se trouvant donc amoindrie), leurs horaires de fonctionnement ou fermer. En 2006, de nombreuses fermetures ont été à déplorer du fait de l'arrêt des subventions. Souvent, le nombre de médecins intervenant au sein des MMG diminue après quelques mois d'activité car ceux-ci estiment que l'activité n'est pas assez lucrative (81, 82).

Les difficultés des MMG sont liées aussi à d'autres facteurs : certaines ne sont pas associées à un secteur de garde (les médecins ne perçoivent pas alors l'indemnité d'astreinte) ; dans d'autres, dont l'accès est efficacement régulé, le nombre de consultants devient insuffisant pour justifier leur existence (46).

Il est sans doute trop tôt pour faire un bilan de l'impact des MMG sur les habitudes de soins de la population. La plupart de ces structures existent depuis deux ans environ ; il est nécessaire de prendre plus de recul, afin que les MMG soient connues des usagers et rentrées dans les mœurs, avant d'analyser leur activité et de juger leur efficacité.

- Avenir

Il est probable que le nombre de MMG se stabilisera au cours des prochains mois (81). Lors du congrès de la fédération française des MMG en novembre 2005, des priorités pour assurer la survie de ces structures ont été énoncées :

- Leur budget doit être clarifié et se baser sur des financements stables et pérennes alors que les structures dépendaient surtout jusqu'à présent des subventions du FASQV, organisme dédié au soutien des expérimentations.
- Chaque MMG doit être inscrite dans un secteur de garde en accord avec le CODAMUPS.
- Des efforts doivent être faits pour que le personnel non médical y soit maintenu dans les quartiers sensibles afin de donner l'opportunité aux médecins de remplir leur obligation de garde dans de bonnes conditions de sécurité.

Dans les grandes agglomérations, la densité de population est probablement suffisante pour permettre à une MMG de fonctionner de façon indépendante. Elles permettent d'économiser le surcoût lié aux visites à domicile lorsque les patients peuvent se déplacer.

Par contre, dans les villes moyennes, ces structures, si elles restent isolées, risquent de ne pas être rentables. De plus, notre étude a montré que les patients des urgences qui pourraient relever de leur domaine de compétence ont des pathologies particulières et un besoin, justifié ou non, d'investigations complémentaires. Si l'on souhaite réorienter ces patients vers la médecine ambulatoire, deux possibilités s'offrent à nous :

- Doter les maisons médicales d'un matériel de radiologie. Ceci risque d'engendrer un surcroît inutile de dépenses puisque deux structures proposeront alors des prestations identiques.
- Rapprocher les maisons médicales de l'hôpital en organisant des accords pour que les généralistes qui y exercent puissent prescrire des radiographies réalisées dans l'hôpital. Ainsi, une grande partie des patients que nous avons ciblés pourrait y être pris en charge.

Il est aussi souhaitable que l'organisation et le plateau technique des MMG soient adapté à la réalisation d'actes d'immobilisation et de petite chirurgie afin d'offrir une alternative aux urgences pour ces soins que les médecins généralistes ont progressivement abandonnés.

Ce sont d'ores et déjà les structures intégrées à l'hôpital qui fonctionnent le mieux et ce sont celles que souhaitent privilégier les pouvoirs publics (14). Avant de créer une MMG de ce type sur un secteur, il faut évaluer si une nouvelle structure peut apporter un bénéfice réel dans la prise en charge de la population locale. Ceci ne peut être déterminé qu'après concertation de tous les intervenants de la PDS du secteur en prenant en compte la demande locale et l'offre de soins déjà existante : présence ou non sur le même secteur d'une association comme SOS, nombre de passages aux urgences susceptibles d'y être réorienté…

Il est primordial qu'un accord clair soit établi entre les médecins de la MMG et les urgentistes pour définir le profil des patients qui doivent y être orientés. Dans la thèse de Calvo A. (28), des usagers des urgences susceptibles d'être adressés à une MMG (située à distance de l'hôpital) ont été interrogés : 47 % étaient d'accord pour être réorientés à leur frais et par leurs propres moyens (surtout les patients jeunes, actifs et ne bénéficiant pas de la C.M.U.) alors que 41 % préféraient payer un supplément si nécessaire pour être soignés aux urgences. Si la MMG avait été proche des urgences, il est probable que la proportion de patients acceptant la réorientation aurait été plus importante. Les auteurs s'accordent sur le fait que, s'il faut proposer la réorientation au patient, elle ne peut pas, idéologiquement et légalement, être imposée.

En ce qui concerne la rémunération des médecins et le mode de financement de ces MMG, différentes possibilités sont déjà expérimentées :

- La mieux acceptée reste celle où la MMG est autonome vis-à-vis de l'hôpital : le local est loué ou mis à disposition et c'est le paiement à l'acte qui y est pratiqué. Dans ce cas, si des examens sont pratiqués, l'hôpital les facture au patient comme à un consultant externe.
- La MMG peut au contraire être une partie intégrante du service d'urgence, les médecins étant alors rémunérés à la vacation. Ce mode d'organisation a moins de succès car il est difficile de proposer une rémunération supérieure à celle des salariés du service et les médecins libéraux n'acceptent pas de quitter leur cabinet et leurs patients pour un salaire peu attractif. Toutefois, cette option peut être avantageuse dans les secteurs où l'activité est faible.

L'adhésion à ce dernier type de structure est également difficile car les médecins libéraux rechignent à perdre leur autonomie pour participer à l'activité hospitalière (36). Ils se sentent mal accueillis à l'hôpital et estiment que leurs compétences y sont dévalorisées. Les services d'urgence doivent donc apprendre à faire une place aux libéraux et à leur mode de travail plus pragmatique (37). Les derniers textes sur les urgences les y incitent d'ailleurs puisqu'ils précisent que « tout médecin peut participer à la continuité des soins du S.U. après inscription au tableau de service » (83). L'hôpital a sans doute grand intérêt à intégrer ces pratiques différentes, plus efficaces souvent dans la prise en charge des pathologies bénignes (1). Pour attirer les médecins généralistes, il convient aussi de leur proposer une activité enrichissante intellectuellement qui peut constituer une diversification par rapport au quotidien du cabinet. Les intégrer dans l'activité de tri et d'accueil peut être une idée dans ce sens.

### c) La place des services d'urgence

Quelle sera la place des services d'urgence dans cette nouvelle organisation? Cela dépendra principalement de la taille des services et des bassins de population desservis ainsi que des structures ambulatoires qui se seront mises en place.

Lorsqu'une MMG annexée aux urgences est créée, le nombre de passages pour des motifs « bénins » diminue souvent sensiblement (47, 48). Dans les services où il n'est pas envisageable de mettre en place une telle structure, la part des pathologies légères restera importante. Il faut donc adapter le fonctionnement des services à ce phénomène, en créant une filière de prise en charge spécifique lorsque cela est possible (53).

Reste à définir si l'on veut s'orienter à l'avenir vers un système où l'accueil aux urgences deviendra plus contrôlé, régulé et restrictif, comme outre-Rhin (30) ou continuer à proposer un libre accès. Cette décision constitue un choix idéologique et ne peut être prise que collégialement en s'entourant d'un cadre législatif. Il est peu probable que la France fasse le choix d'un système très coercitif, le principe du libre-choix du patient étant, comme nous l'avons déjà vu, très ancré dans les mentalités de notre pays. De nombreux professionnels des urgences s'y opposent par ailleurs, comme le Dr Peloux, président de l'association des médecins urgentistes hospitaliers, qui s'insurge contre l'idée qu'on puisse refuser l'accès de l'hôpital public à un patient qui le souhaite (46).

Il convient donc avant tout d'informer la population pour que les urgences ne restent pas aux yeux du grand public la seule source de soins synonyme de prise en charge immédiate et non programmée et de l'éduquer afin de faire rentrer un autre usage du système de soins (accès régulé...) dans les habitudes.
Les professionnels des SU doivent participer à ce travail de sensibilisation, en usant de pédagogie avec les patients et en prenant le temps de les informer sur l'organisation de la PDS sans pour autant manifester d'hostilité à l'égard des individus mal orientés.

Enfin, il est nécessaire que les urgentistes s'efforcent d'adapter leur prise en charge à la gravité et la complexité des situations cliniques en limitant le recours aux investigations para-cliniques aux cas où cela s'impose en s'inspirant de l'attitude plus pragmatique qui prévaut en médecine de ville. Il faut aussi inciter les patients au terme de la consultation à prévoir un suivi par le médecin traitant pour que le passage aux urgences s'intègre dans une continuité des soins (18, 27, 71).

### 2. Développer les moyens des services de régulation

La régulation (libérale et hospitalière) va devenir la pierre angulaire de la nouvelle organisation de la PDS. Il est donc nécessaire de doter ces services de moyens humains et financiers adéquats.
Il faudra mettre l'accent sur la formation des médecins qui y interviennent afin d'homogénéiser les pratiques et de développer des consensus sur l'orientation à privilégier face à une situation clinique en prenant en compte les particularismes locaux (structures existantes, distances...). Il faut définir de façon claire quel type de patients doit être orienté vers les urgences, SOS, la MMG ou le médecin de garde et quels sont ceux qui relèvent du simple conseil.

Depuis la publication du décret sur la PDS de 2005 (40), tous les départements français se sont dotés d'une régulation libérale, même si le dispositif fonctionne encore imparfaitement à certains endroits. En juin 2007, la régulation libérale fonctionnait le soir et le week-end dans 90% du territoire français (84). Il a été souhaité que ces services soient situés dans les mêmes locaux que ceux du SAMU (35, 80); les numéros d'appels sont par contre différenciés. Le numéro pour joindre la régulation libérale n'est pas le même sur tout le territoire français. Un numéro d'appel gratuit, comme celui du 15, serait intéressant pour que les usagers y recourent plus spontanément. La commission parlementaire Collombier qui s'est réunie en 2007 a réfléchi au projet d'un numéro d'appel national à 4 chiffres (33 33) qui serait plus facile d'accès pour les patients où qu'ils se trouvent (84).

Les médecins qui y exercent sont tous des généralistes installés dotés d'une formation spécifique à cette activité. Ils sont recrutés sur la base du volontariat et rémunérés à la vacation (3C par heure) (42).
La complémentarité entre médecins de la PDS et urgentistes du SAMU est nécessaire pour qu'ils puissent répondre ensemble aux demandes des patients dans des situations ressenties comme urgentes par ces derniers. C'est après expertise médicale que l'orientation adaptée du patient vers l'un ou l'autre des services va se faire (20).

En Lorraine, le service de régulation libérale se nomme Médigarde, son numéro d'appel est le 08 20 33 20 20. En Meurthe et Moselle, il existe depuis décembre 2003, il reçoit actuellement 20.000 appels/an environ. Trente médecins du département y participent régulièrement.

### 3. Sensibiliser et informer la population

Nous l'avons vu dans notre étude, la population connaît encore mal les différentes modalités existantes pour obtenir un conseil médical ou un soin en urgence. L'organisation du système de soin reste nébuleuse pour l'usager. Il lui est difficile de se repérer d'autant plus que les professionnels et les structures proposent parfois des services comparables, voire même concurrents. Dans une situation qu'il ressent comme urgente, le patient est donc tenté de se tourner vers la première structure qui lui vient à l'esprit ou vers celle qui lui semble accessible, c'est-à-dire les urgences (6).

C'est au système de santé de se rendre plus compréhensible pour l'usager. On ne peut pas demander au patient de s'interroger dans un moment de stress sur le bon numéro à composer ou l'endroit où se rendre (6). En effet, on sait que les mauvais choix d'orientation de la part du patient entraînent des pertes de temps qui peuvent être lourdes de conséquences. Une étude a par exemple montré que, lors d'un infarctus, les patients qui appellent en premier lieu leur médecin ou un cardiologue présentent un allongement du délai avant la procédure de revascularisation par rapport à ceux qui contactent directement le SAMU (20). La plate-forme de régulation commune est un premier outil pour corriger rapidement ces erreurs d'orientation et limiter leurs conséquences en adressant au plus vite le patient vers la filière adaptée.

Pour conduire la population à avoir un recours adapté au système de soins, il faut en premier lieu l'informer. On peut, par exemple, imaginer la diffusion de campagnes de communication dans les médias grand public présentant les différents moyens existants pour obtenir un avis ou une consultation médicale en urgence et expliquant de façon simple le rôle de chaque intervenant. Dans cette information, il serait primordial d'insister sur la place de la régulation et ses diverses fonctions : conseil médical, envoi du médecin de garde, d'une ambulance, des pompiers ou du SMUR (13, 20).
Le message à l'attention des patients doit être simple.

Par exemple :

- pour un problème de santé imprévu sans caractère de gravité : prendre l'avis du médecin traitant aux heures ouvrables ou contacter la régulation libérale dans les autres cas.
- Pour une situation qui semble urgente ou en cas de doute : faire le 15. Ce sera alors le médecin du SAMU qui déterminera la conduite adaptée après interrogatoire.

En Meurthe-et-Moselle, la caisse d'Assurance Maladie a déjà pris des initiatives en ce sens : elle a en effet lancé une grande campagne de communication pour informer la population de l'existence de Médigarde par le biais de bulletins d'information diffusés à la radio et dans la presse écrite régionale. Elle a également fait parvenir à tous les acteurs du système de santé locaux (pharmacie, médecins, infirmiers libéraux...) des affiches et cartons de présentation pour que le message soit diffusé à l'ensemble de la population.

NB : Les documents d'information distribués par Médigarde sont présentés en annexe 6.

# V. CONCLUSION

Les services d'urgence français sont confrontés depuis plusieurs années à un afflux grandissant de consultants qui se présentent pour des demandes de soins non programmées sans caractère d'urgence réel qui ne relèvent pas vraiment de leurs compétences. Toutefois, compte tenu de la mission des urgences telle qu'elle est définie légalement, il leur incombe tout de même de prendre en charge ces patients.
Cette transformation des urgences en centres de soins de proximité a des causes multiples. L'augmentation de la notoriété de ces services auprès du grand public en est en partie responsable mais l'explication principale de ce phénomène reste le désordre structurel actuel dans l'organisation de la permanence des soins en France, celle-ci n'étant plus assurée par les seuls médecins libéraux comme autrefois.
Cette évolution soulève de nombreux débats au sein des pouvoirs publics comme entre les professionnels du secteur. Ceci nous a conduit à nous interroger sur les solutions envisageables pour proposer une offre de soins plus adaptée à ces patients.

Dans notre étude sur les patients utilisant les urgences pour des consultations relevant de la médecine générale, nous avons constaté qu'il s'agit d'individus plutôt jeunes, bien insérés socialement qui n'ont pas, pour la plupart d'entre eux, de problèmes de protection sociale ou de suivi médical habituel. Leur venue aux urgences semble en partie découler d'une attitude consumériste : c'est l'aspect rapide et pratique de cette offre de soins qui séduit les patients, l'accessibilité à toute heure et la facilité à faire réaliser des investigations complémentaires étant les paramètres les plus cités pour justifier la venue aux urgences.

Plus de 60% des individus consultent pour une pathologie traumatologique. Notre travail a révélé qu'il n'existe pas vraiment à l'heure actuelle d'offre de soins adéquate pour ce type de consultants : leur problème de santé étant « trop léger » pour justifier une prise en charge hospitalière mais toutefois compliqué à faire prendre en charge en ambulatoire tel que le système est organisé actuellement. Ceci explique pourquoi, au terme de leur consultation aux urgences, les patients restent 46% à penser y revenir si la même situation venait à se présenter.

Il serait donc possible de dévier en partie le flux de ces patients des urgences en créant en amont un pôle de consultation plus attractif, c'est-à-dire une structure légère qui éviterait aux patients les lenteurs administratives du système hospitalier, fonctionnant sans R.V., aux horaires adaptés. Il faudrait en outre que le site soit facilement repérable par la population et qu'il offre un plateau technique plus développé qu'un cabinet de médecine de ville pour pouvoir prendre en charge les gestes de petite traumatologie.
Les structures qui paraissent pouvoir être fonctionnelles le plus rapidement sont des MMG annexées aux urgences, partageant une partie de leur plateau technique, tout en proposant une prise en charge médicale pragmatique, proche de celle de la médecine de ville.
Reste à évaluer au cas par cas le coût et la rentabilité de telles installations. Dans les agglomérations où cela est irréalisable, il faudra admettre que cette part de l'activité constitue une mission intégrante des urgences et adapter l'organisation des services en ce sens.

Enfin, il faut prendre en compte le fait que le grand public n'a pas encore intégré dans ses habitudes de soins les mutations récentes de la PDS. Une autre voie de travail primordiale réside donc dans la sensibilisation de la population afin de changer ses réflexes de consommation de soins. Compte tenu de la part grandissante que prend la régulation, tant hospitalière que libérale, dans la gestion des demandes de soins non programmées, il semble

logique d'inciter les patients à prendre avis auprès de leur médecin ou de la régulation lorsqu'ils ne connaissent pas la conduite la plus adaptée à leur situation clinique. La régulation a su prouver son efficacité en réduisant de façon sensible le nombre de visites injustifiées pendant les gardes libérales, on peut donc escompter à terme un résultat similaire concernant les consultations spontanées auprès des urgences.

# BIBLIOGRAPHIE


1. LUCAS J.
   L'exercice médical face à la permanence des soins : Rapport de la Commission Permanente de l'Ordre des Médecins
   Juin 2001, URL : http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/cnppermancedessoins.pdt

2. Union Régionale des Médecins en Exercice Libéral
   Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale : Rapport pour la conférence des présidents des URML
   Juillet 2001, URL : www.urml-idf.org

3. BERLAND Y.
   Démographie médicale
   Avril 2005, URL : www.sante.gouv.fr

4. DUPUIS C.
   Permanence des soins : plus rien ne sera jamais comme avant
   Le Quotidien du Médecin, 25 juillet 2002, 7163, 2-3

5. KELLER B., QUILLE F., CORDIER F., DURAND D., DESCHAMPS C.
   Peut-on désengorger les services d'urgence ?
   Le Quotidien du Médecin, 28 mars 2000, 6675, 3-6

6. BRUN P.
   Les urgences : point de vue de l'usager
   ADSP, sept 2005, 52, 58-59

7. LARENG L.
   La restructuration des urgences : espoirs et inquiétudes
   Cahier d'Anesthésiologie, 1994, 42 (5), 641-642

8. PELLERIN D.
   Réflexion et propositions sur l'organisation pré-hospitalière des urgences
   Bull Acad Nat Med, 1995, 179 (9), 1823-1833

9. STEG A.
   La restructuration des urgences : un impératif de sécurité
   Bull Acad Nat Med, 1994, 178 (8), 1475-1492

10. BAUBEAU D., CARRASCO V.
    Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale
    Etudes et résultats, DRESS, 2003, n° 212, 8p

11. BAUBEAU D., DELVILLE A., FIVAZ C., GIRARD I., JOUBERT M., LE LAIDIER S.
Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés
Etudes et résultats, DRESS, 2000, n° 72, 8p

12. GAYARD P., CATALA F., CARASCO V., ROY H., CARLI P., GIROUD M., DECREAU M. et al
Urgences et demandes de soins en urgence : quelle prise en charge?
ADSP, sept 2005, 52, 1-68

13. NICOLLE D.
Rapport du groupe de travail sur les urgences dans le cadre des protocoles du 13 et 14 mars 2000
Octobre 2001, URL : www.snpeh.org/snpeh_urgence_rapport.htlm

14. Circulaire n° 195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
Avril 2003, URL : www.sante.gouv.fr

15. BELAND F., LEMAY A., BOUCHER M., CARPENTIER F., GUIGNIER J.
Etude de 21122 admissions en service d'urgences
Rea S Int Med Urg, Janvier 1990, 6 (11), 27-30

16. BAUBEAU D., CARRASCO V.
Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières
Etudes et résultats, DRESS, 2003, n° 215, 12p

17. SEGUIN P.
Synthèse du rapport public annuel de la cour des comptes
Février 2007, URL : www.ccomptes.fr

18. LANG T.
Motif de recours aux services d'urgences médicales et à leur fonction dispensaire
Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 1998, 3, 72-78

19. PERON S.
Etude sur les admissions injustifiées aux urgences médicales adultes du centre Hospitalo-Universitaire de Nantes
Th : Med. : Nantes : 2001

20. BRAUN F.
La lisibilité de l'offre pour l'usager
ADSP, sept 2005, 52, 45-46

21. BELAND F., LEMAY A., BOUCHER M.
Patterns of visits to hospital-based emergency rooms
Soc Sci Med, 1998, 47 (2), 165-179

22. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
Journal officiel du 8 septembre 1995, 209, 13305

23. Décret n° 03-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret 95-1000 portant au code de déontologie médicale
Journal officiel du 16 septembre 2003, 214, 15864

24. MOREAU J.
L'urgence médicale
Marseille : Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2005.-2 vol., 677p.

25. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé
Journal Officiel du 10 mai 1995, 109, 7688

26. Décret n° 97-615 du 1 juin 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des SROS
Journal Officiel du 1 juin 1997, 126, 8625-8626

27. Décret n° 06-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de santé publique
Journal officiel du 23 mars 2006, 119, 7531-7534

28. CALVO A.
Etude d'opinion auprès des consultants non urgents du S.A.U. de l'hôpital de la Conception : une éventuelle réorientation vers une autre structure assurant la permanence des soins
Th : Med. : Aix-Marseille 2 : 2005

29. WASHINGTON D., STEVENS C., SHEKELLE P.
Safety directing patients to appropriate level of care : guideline-driven triage in the emergency service
Ann Emerg Med, 2000 Jul, 36 (1), 15-22

30. DURAND DE BOUSINGER D.
Allemagne : discipline des patients et gros moyens évitent la surcharge des urgences
Le Quotidien du Médecin, 28 mars 2000, 6675, 6

31. GOUYON M., LABARTHE G.
Les recours urgents et non programmes en médecine générale
Etudes et résultats, DRESS, 2006, n° 471, 8p

32. GOUYON M.
Les recours aux médecins urgentistes de ville
Etudes et résultats, DRESS, 2006, n° 480, 8p

33. CHANTELOUP M., GADEL G.
Les appels d'urgence au centre 15 en 1997
Etudes et résultats, DRESS, 2000, n° 55, 8p

34. FOURESTIE V., ROUSSIGNOL E., ELKHARRAT D., RAUSS A., SIMON N.
Clinical Classification of emergency patients : definition and reproductibility
Rean Urg, 1994, 3 (5), 573-578

35. DESCOURS C.
Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins
22 janvier 2003, URL : www.sante.gouv.fr

36. CABRERA D.
Urgences : il faut rendre complémentaire l'hôpital et le monde libéral
Le Quotidien du Médecin, 16 décembre 1999, 6611, 8

37. CHARDON D.
La crainte et les espoirs des hospitaliers
Le Quotidien du Médecin, 27 mars 2003, 7303, 6

38. Décret n° 03-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette PDS
Journal officiel du 16 septembre 2003, 214, 15863

39. BUSSIERE A.
Permanence des soins : le principe du volontariat ne fait pas l'unanimité
Le Quotidien du Médecin, 27 mars 2003, 7303, 6

40. Décret n° 05-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence des soins
Journal officiel du 8 avril 2005, 82, 6345

41. MATTEI JF.
Discours d'ouverture du congrès annuel des urgences de 2003
Avril 2003, URL : www.sante.gouv.fr

42. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, 3 et 4 à la convention nationale des médecins généralistes et médecins spécialistes
Journal Officiel du 1 juin 2005, 126, 9765-9775

43. CORDIER F.
Projet de consultation des urgences à Marseille : les syndicats divisés
Le Quotidien du Médecin, 25 novembre 1999, 6596, 4

44. CORDIER F.
Urgences à Marseille : les hôpitaux s'ouvrent aux généralistes
Le quotidien du Médecin, 22 novembre 1999, 6593, 6

45. KETERS MC.
Les maisons médicales de garde
ADSP, septembre 2005, 52, 42-44

46. CORDIER F.
Marseille : échec relatif de la consultation libérale à l'hôpital Nord
Le quotidien du Médecin, 28 mars 2000, 6675, 5-6

47. LAFAY V., GIRAUD C.
Consultation de médecine générale au sein d'un S.A.U. : Historique, bilan et perspectives.
La Presse Médicale, 2002, 31 (35), 1643-1649

48. GIRARD B.
L'ouverture d'une maison médicale fait chuter les urgences à l'hôpital
Le Quotidien du Médecin, 23 septembre 2004, 7596, 6

49. JUVIN PH.
La maison médicale de garde de Romans
ADSP, septembre 2005, 52, 44

50. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre une activité de soins accueil et traitement des urgences
Journal Officiel du 10 mai 1995, 109, 7688

51. Décret n° 97-616 du 1 juin 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre une activité de soins accueil et traitement des urgences
Journal Officiel du 1 juin 1997, 126, 8627

52. REVEL M.
L'organisation de la prise en charge des urgences
ADSP, septembre 2005, 52, 27-29

53. MARDEGAN P.
Services d'urgences : difficultés actuelles et perspectives
ADSP, septembre 2005, 52, 47-51

54. HANSAGI H., OLSSON M., SJOBERG S.
Frequent use of the hospital emergency department is indicative of a high use of the other health care services
Ann Emerg Med, 2001 Jun, 37 (6), 561-567

55. MALONE R.
Heavy users of emergency service, social construction of a policy problem
Soc Sci Med, 1998, 40 (4), 468-477

56. BEUGNET L., ESPINOZA P.
Le recours itératif aux soins à l'accueil des urgences : un phénomène croissant
Réan Urg, 1996, 5(2), 128

57. LUCAS R., STANDFORD S.
An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital
Ann Emerg Med, 1998 Nov, 32 (5), 563-568

58. RICHARDSON L., ASPLIN B., LOWE R.
Emergency department crowding as a health police issue : past development, future directions
Ann Emerg Med, 2002, 40, 388-393

59. LANG T.
Using the emergency department as a regular source of care
Eur J Epid, 1997 Feb, 13 (2), 223-228

60. LAMBREW J., GORDON H., CAREY T.
The effect of having a regular doctor on access to primary care
Medical Care, 1996, 34 (2), 138-151

61. O'SHEA JS., COLLINS EW., PEZULLO JC.
An attempt to influence health care visits of frequent hospital emergency facility users
Clin Pediat, 1994, 23, 559-562

62. PETERSEN L., BUSTIN H., O'NEIL A., ORAV E.
Non urgent department visit : the effect of having a regular doctor
Medical Care, 1998, 36 (8), 1249-1255

63. SEMPERE-SELVA T., PEIRO S., SEEDRA P., MARTINEZ C., LOPEZ I.
Inappropriate use of an emergency department : magnitude, associated factors and reasons. An approach with explicit criteria
Ann Emerg Med, 2001 Jun, 37 (6), 568-579

64. BEVERIDGE MD., DUCHARME J., JANES L., BEAULIEU S., WALTER S.
Reliability of the Canadian Emergency department triage and acuity scale : interrater agreement
Ann Emerg Med, 1999 Aug, 34 (2), 155-159

65. BRILLMAN J., DOEZEMA D.
Triage : limitation in predicting need for emergent care and hospital admission
Ann Emerg Med, 1996 Apr, 27 (4), 493-500

66. GOODACRE S., MORRIS F., TESFAYOHANNES B., SUTTON G.
Should ambulant patients be directed to reception or triage first
Emerg Med J, 2001, 18, 441-443

67. SHIPMAN MD.
The limitation of social research
The British Journal of Sociologie, 1974, 25 (1), 122

68. PENEFF J.
Les malades des urgences
Paris : Métaillié, 2000.-190p.

69. PADGETT D., BRODSKY B.
Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room. A review of the literature and recommendation for research and improve service delivery
Soc Sci Med, 1992 Nov, 35 (9), 1189-1197

70. PHILIPPE JM., LEURET A., SOMMEREISEN JP. et al.
Actualisation 2004 de la conférence de consensus : l'entorse de cheville au service d'urgence : Protocole n° III.A.1/1997
Conférence de consensus de la SFMU (n°5 ; 1995 ; Roanne)
URL : www.sfmu.org

71. CABANE J.
Le malade a-t-il toujours raison ?
Rea S Int Med Urg, 1993, 9 (2), 73-76

72. BRIVET F., GUY J., BERNEZ MP.
Evaluation de la consultation dans un service d'urgence
Rean Urg, 1992, 1 (5), 712-717

73. HANSAGI H., ALLEBECK P., EDHAGO E.
Health care utilisation after an referral from a hospital emergency department
Scand J Soc Med, 1999, 17, 291-299

74. MANGOLA B.
L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs
ADSP, septembre 2005, 52, 46-47

75. DURAND DE BOUSINGER D.
Autriche : un réseau de médecins de garde très développé
Le Quotidien du Médecin, 28 mars 2000, 6675, 6

76. DESCHAMPS C.
Espagne : les urgences, porte d'entrée du système de soins
Le Quotidien du Médecin, 28 mars 2000, 6675, 6

77. DESJARDINS S.
Profil et motivations des patients venant consulter spontanément aux urgences médicales
Th : Med. : Paris 7 : 2003

78. MICOR L.
Analyse descriptive de la population admise au S.A.U. pour un motif de recours médical n'ayant pas été suivi d'une hospitalisation. Etude rétrospective de 9237 patients.–196p.
Th : Med : Nancy : 2001 ; 158

79. ASKENASI R., LHEUREUX P.
Analyse chronologique de 16800 patients admis dans un service d'urgence : Variation en fonction du jour et de l'heure
Rean Urg, 1994, 3 (5), 567-572

80. LAVY L.
La permanence des soins en médecine ambulatoire
ADSP, septembre 2005, 52, 41-42

81. SAINT-ROMAN H.
Le financement des maisons médicales de garde
Le Quotidien du Médecin, 05 avril 2006

82. SAINT-ROMAN H.
La fédération des maisons médicales de garde en congrès à Lyon
Le Quotidien du Médecin, 3 novembre 2005

83. Décret n° 06-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de santé publique
Journal officiel du 23 mars 2006, 119, 7535

84. Le médecin généraliste traitant, régulateur libéral
Juin 2007, URL : www.mgfrance.org

# GLOSSAIRE

- **A.R.H.** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- **C.C.M.U.** : Classification Clinique des Malades des Urgences
- **C.H.U.** : Centre Hospitalo-Universitaire
- **C.M.A.** : Consultation Médicale Avancée
- **C.M.U.** : Couverture Maladie Universelle
- **C.O.D.AM.U.P.S.** : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins
- **C.N.A.M.** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- **D.R.E.S.S.** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- **F.A.Q.S.V.** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- **F.M.A.O.** : Filière Médicale d'Accueil et d'Orientation
- **H.G.E.** : Hépato-gastro-entérologie
- **I.A.O.** : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
- **I.P.M.** : Ivresse publique manifeste
- **M.C.O.** : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
- **M.M.G.** : Maison Médicale de Garde
- **M.T.** : Médecin traitant
- **O.A.P.** : Œdème aigu du poumon
- **O.R.L.** : Oto-rhino-laryngologie
- **P.D.S.** : Permanence des soins
- **S.A.M.U.** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **S.A.U.** : Service d'Accueil des Urgences

- **S.M.U.R.** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- **S.U.** : Service d'urgence
- **U.H.C.D.** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- **U.RM.L.** : Union Régionale des Médecins Libéraux
- **T.C.** : traumatisme crânien

## ANNEXE 1 : CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES

| Classe | Définition | Exemples |
|---|---|---|
| I | Etat clinique jugé stable<br>Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence | - angine, pharyngite<br>- algie dentaire<br>- TC sans perte de connaissance et sans déficit neurologique<br>- lumbago |
| II | Etat clinique jugé stable<br>Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence | - douleur intense nécessitant un traitement immédiat dans le service<br>- plaie superficielle à suturer<br>- fractures ouvertes ou fermées sans complication vasculo-nerveuse<br>- broncho-pneumopathie sans retentissement fonctionnel |
| III | Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au SU sans mise en jeu du pronostic vital | - fracture avec complication neurologique<br>- angor instable<br>- pneumopathie hypoxémiante sans détresse respiratoire aiguë<br>- suspicion d'embolie pulmonaire avec dyspnée sans défaillance circulatoire |
| IV | Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de geste de réanimation destiné à préserver le pronostic vital immédiat | - infarctus du myocarde<br>- défaillance circulatoire ou respiratoire avec dyspnée (OAP, embolie pulmonaire, pneumopathie grave) sans indication immédiate d'assistance ventilatoire<br>- accident vasculaire cérébral |
| V | Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat | - défaillance respiratoire aiguë nécessitant une assistance ventilatoire immédiate<br>- défaillance circulatoire, troubles du rythme ventriculaire, arrêt cardiaque, nécrose myocardique massive<br>- coma traumatique avec score de Glasgow < 7 |

## ANNEXE 2 : ACTIVITE DU S.A.U. DE L'HOPITAL CENTRAL DE NANCY

### Activité en 2005

- Nombre d'entrées : 43961

- Age :
  - moyen : 46,2 ans (+/- 22,9 ans)
  - médian : 41,32 ans
  - Répartition par tranche d'âge :

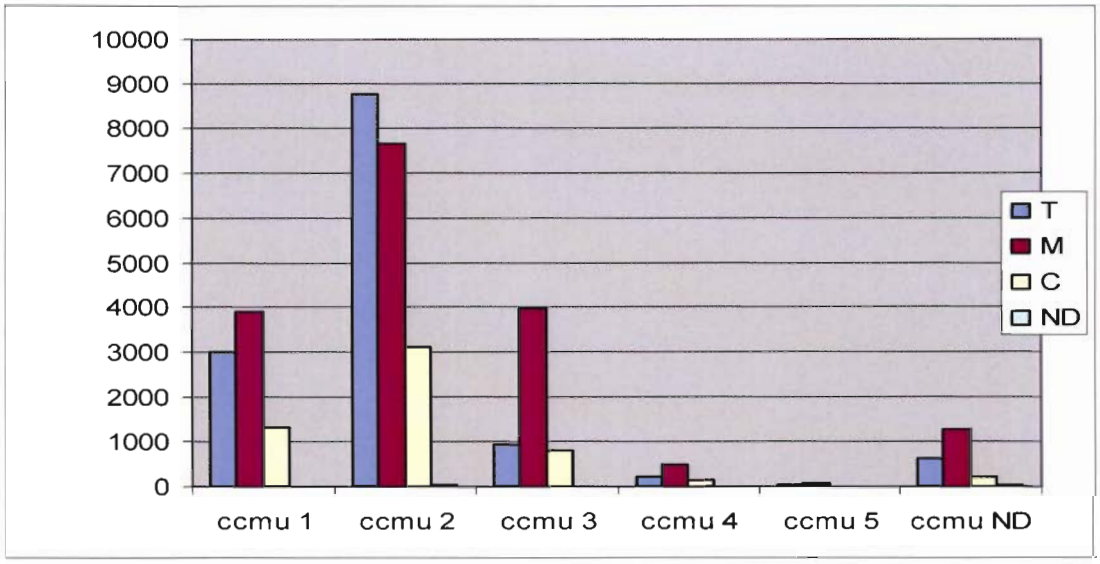
| AGE | - de 15 ans | 15 à 25 ans | 25 à 35 ans | 35 à 45 ans | 45 à 55 ans |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | 0,4% | 22,1% | 18,3% | 14,3% | 12,5% |
| 55 à 65 ans | 65 à 75 ans | 75 à 85 ans | 85 à 95 ans | 95 à 105 ans | + de 105 ans |
| 8,4% | 6,8 % | 9,6% | 6,1% | 1,2% | 0,01% |

- Sex ratio : 1,23

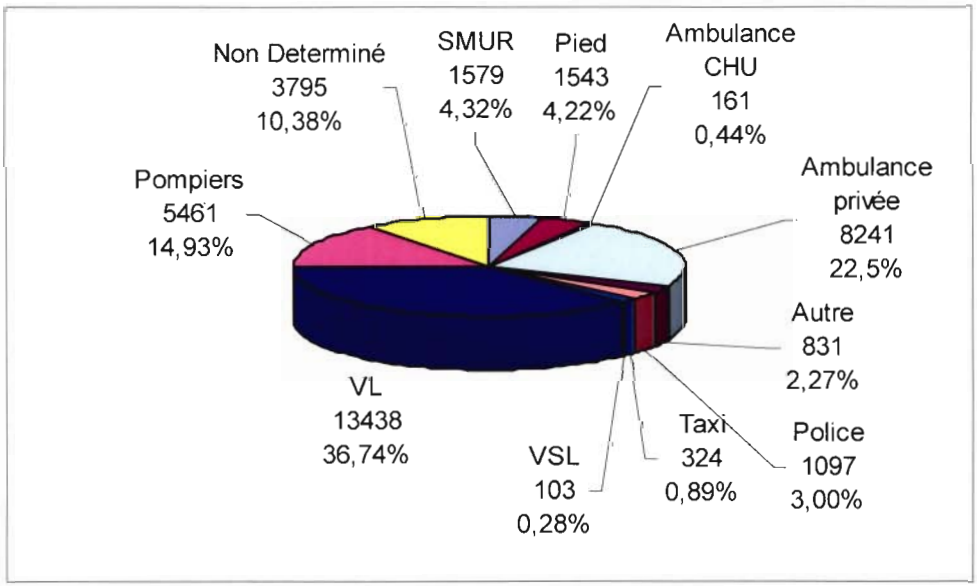
- Nombre de patients hospitalisés : 11430 soit 26 % des patients

- Répartition selon le motif d'admission :
  - Traumatologie : 16256 (soit 37% des entrées)
  - Pathologies médicales : 20970 (soit 47,7% des entrées)
  - Pathologies chirurgicales non traumatologiques : 6735 (soit 15,3% des entrées)

- Répartition selon la classe CCMU :
  - CCMU 1 : 9722 (soit 22,5% des entrées)
  - CCMU 2 : 23823 (soit 53,4% des entrées)
  - CCMU 3 : 6773 (soit 15,5% des entrées)
  - CCMU 4 : 967 (soit 2,2% des entrées)
  - CCMU 5 : 176 (soit 0,4% des entrées)
  - Non déterminé : 2500 (soit 6% des entrées)




- Moyen d'arrivée :



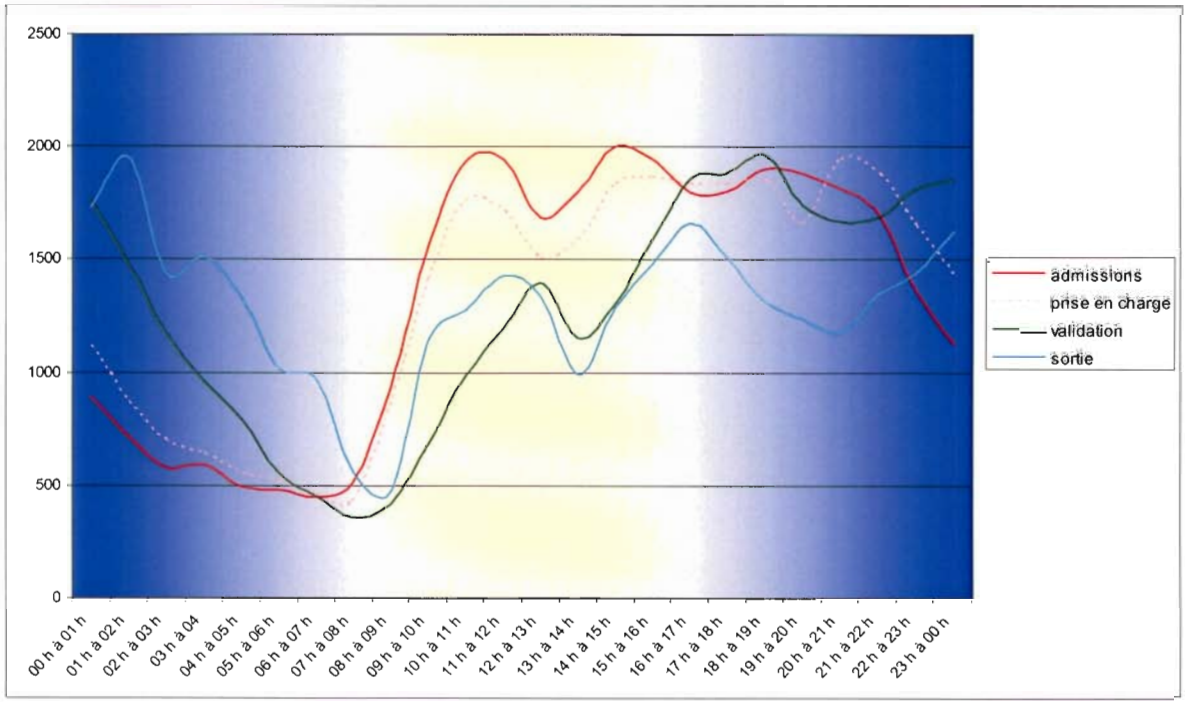

- Horaire d'arrivée :

| Tranche horaire | 8h-11h | 11h-14h | 14h-17h |
|---|---|---|---|
| Entrées | 13,6% | 16,7% | 18,3% |
| 17h-20h | 20h-24h | 00h-4h | 4h-8h |
| 18% | 18,6% | 8,9% | 5,8% |

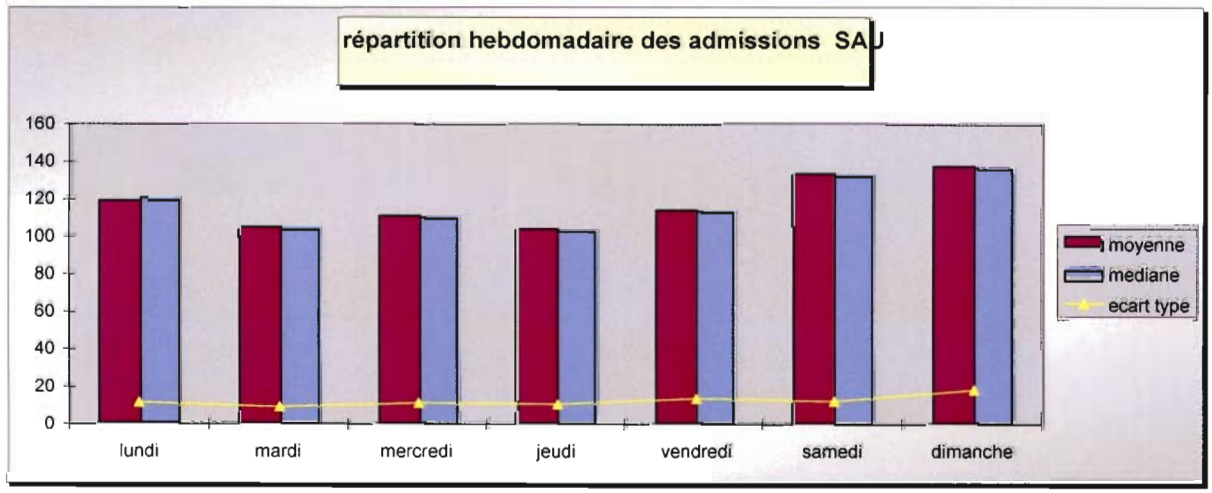
- Durée de passage :

    - Durée moyenne : 6h49 (+/-5h50)
    - Durée médiane : 4h35

- Flux horaire (données 2004) :

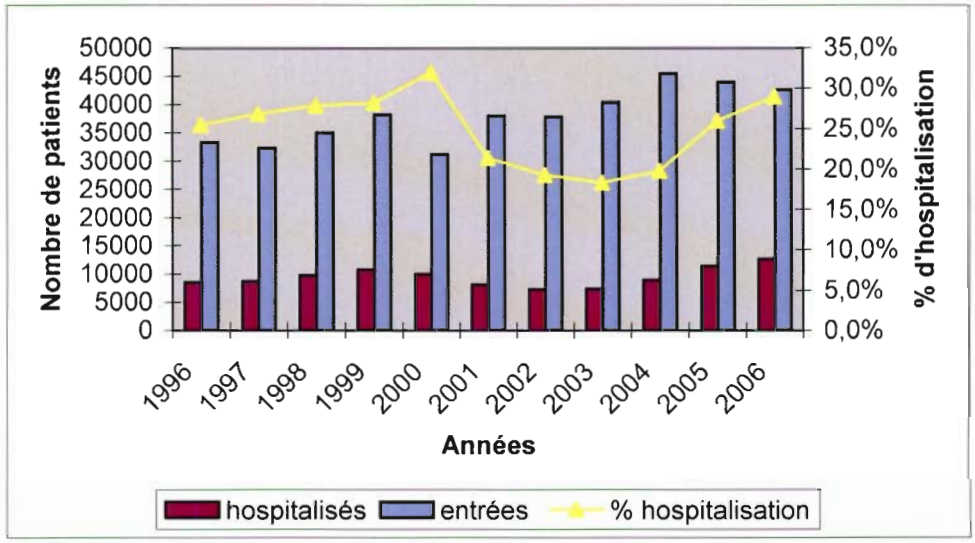



- Répartition hebdomadaire (données 2004) :

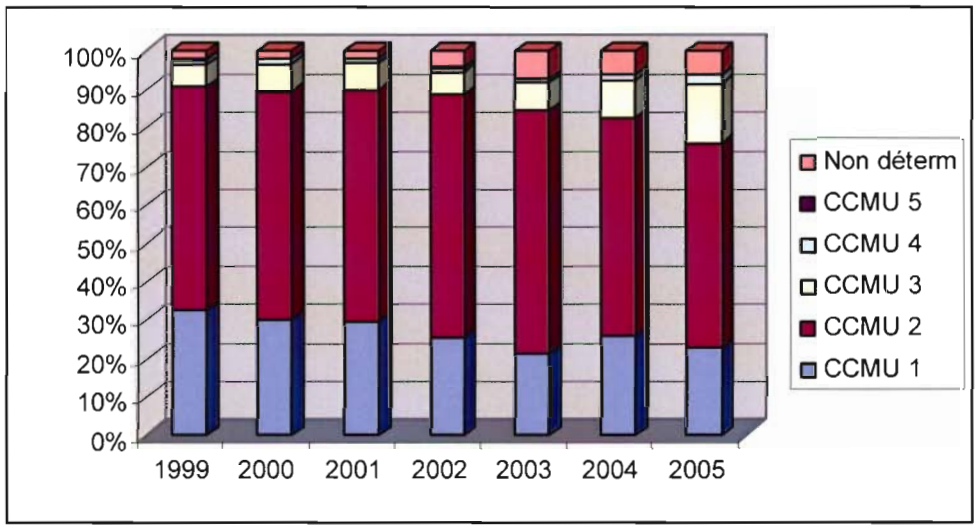


**Evolution de l'activité**

- Du nombre d'admissions et du taux d'hospitalisation entre 1996 et 2006




- De la classe CCMU




Contrairement à l'évolution nationale, ces 3 dernières années, la part des consultants dans un état clinique stable a diminué. De même, au SAU de Nancy, le taux d'hospitalisation augmente depuis quelques années, passant de 18 % en 2003 à 29 % en 2006.
L'activité du service est globalement constante si l'on compare le nombre d'entrées en 2001 et en 2006 mais il existe cependant des variations annuelles importantes : en 2004, le nombre d'admissions a été le plus important depuis 10 ans avec 45453 entrées pour redescendre modérément en 2005 à 43961 puis à 42585 en 2006. Ceci nous montre bien qu'il faut être prudent dans l'analyse des chiffres de fréquentation ; il faut prendre un recul important avant de conclure à un changement significatif de l'activité du service.

## ANNEXE 3 : PRESENTATION DE LA MMG « LES BAINS DOUCHES » A NANCY

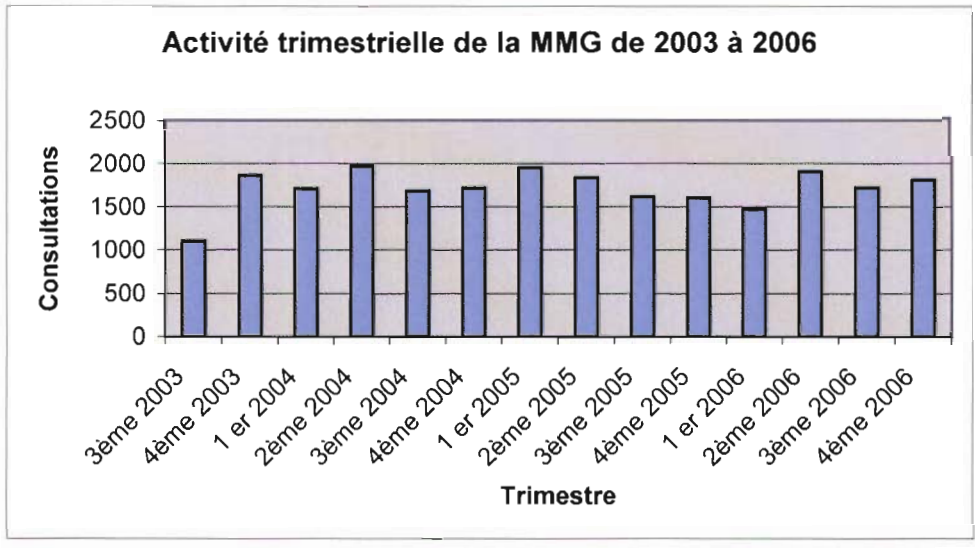
- Date d'ouverture : 05/07/2003

- Localisation : située au centre ville de Nancy, à 10 minutes à pied de l'hôpital Central

- Horaires d'ouverture :
- Du lundi au vendredi : de 20 à 24h
- Le samedi : de 14 à 24h
- Le dimanche et les jours fériés : de 8 à 24h

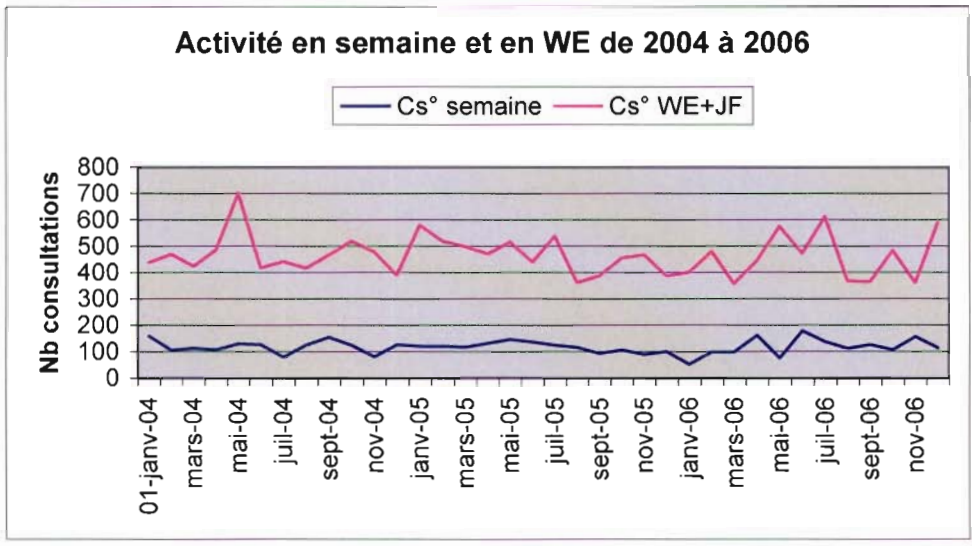
- Effectif
- 74 médecins participent à l'activité de consultation (réduction récente de l'effectif suite à une augmentation du montant des cotisations, 108 médecins en 2005). Aux horaires d'ouverture, 2 médecins consultent simultanément.
- Une secrétaire à temps partiel détachée de l'URML (union régionale des médecins libéraux)
- Un agent d'entretien à temps partiel
- Pas d'agent d'accueil, de personnel paramédical ni de travailleur social

- Evolution globale de l'activité de consultation depuis l'ouverture :




L'activité globale de la maison médicale est donc sensiblement stable depuis son ouverture sans que l'on puisse mettre en évidence de variations significatives de l'activité au cours de l'année.

- Evolution comparative de l'activité de consultation en semaine et le WE (et jours fériés) depuis janvier 2004 :




La maison médicale assure depuis son ouverture une activité de consultation nettement plus importante le week-end et les jours fériés que les soirs de semaine.

- Impact de l'activité de la MMG sur la fréquentation du S.A.U. de Nancy

L'ouverture de la MMG ne semble pas avoir modifié de façon significative les admissions aux urgences de l'hôpital Central. L'année 2004 a même été celle où le nombre d'entrées au S.A.U. a été le plus important (45454). En 2006, l'activité du S.A.U. n'a pas présenté de recul significatif par rapport à son niveau avant l'ouverture de la M.M.G. Il existe par contre depuis 2003 une diminution progressive de la proportion de C.C.M.U. 1 et 2 parmi les consultants.

Les variations du nombre d'entrées au SAU étant trop importantes d'une année à l'autre et les facteurs impliqués dans ces fluctuations trop nombreux, il n'est pas possible pour l'instant de conclure quant à l'impact de l'existence de la MMG sur l'activité du SAU.

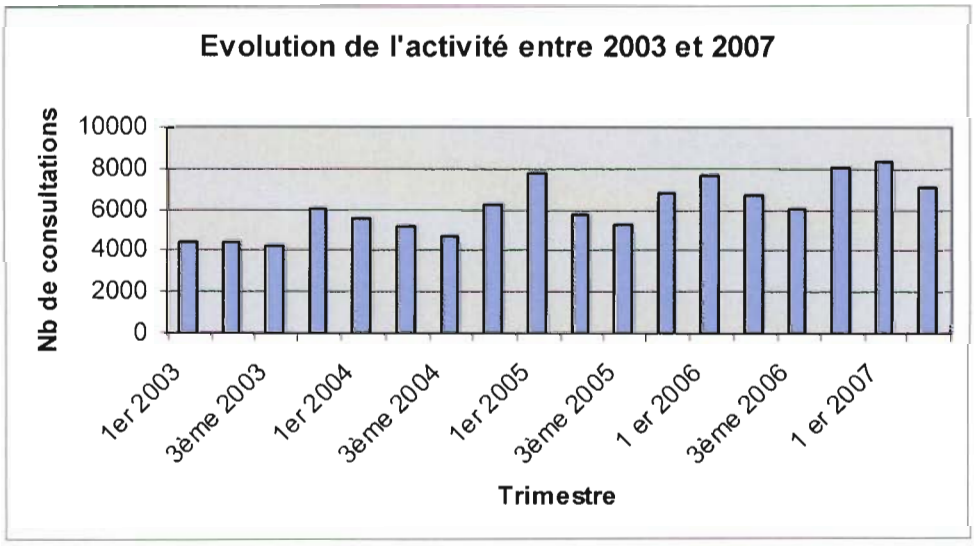
## ANNEXE 4 : PRESENTATION DE L'ASSOCIATION SOS MEDECIN NANCY

Cette association existe depuis juillet 1999 ; son activité et le secteur géographique qu'elle dessert ne cessent d'augmenter depuis.
En 2006, cette structure regroupait 12 médecins permanents et employait de plus 12 remplaçants.

A cette période, le secteur couvert correspondait à la communauté urbaine du Grand Nancy (Nancy et communes limitrophes qui concentrait 94% de l'activité de consultation en 2005) étendu à d'autres localités : Saint-Nicolas de Port, Champigneulles...Il est prévu que ce secteur s'agrandisse pour desservir des villes plus éloignées (Toul) et des zones rurales.

- Evolution de l'activité

L'association a une activité qui s'accroît régulièrement, le nombre de visites annuelles réalisées de 2003 à 2006 étant respectivement de 19106, 21812, 25665 et 28389.




- Caractéristiques de l'activité

Une grande part de l'activité a lieu la nuit (41% des visites de 20h à 8h) et le week-end (28%), seules 31% des visites ont lieu aux horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Les appels connaissent 2 pics dans la journée : dans la matinée et en début de soirée (de 18 à 21h).

Les motifs de recours les plus fréquents sont : les troubles digestifs (20%), l'hyperthermie (15%), les malaises et pathologies cardiaques (9%), les pathologies respiratoires (8%), les pathologies neurologiques et ORL (7% chacune) ; la traumatologie ne représente que 6% des visites.

La pédiatrie constitue une part importante de l'activité (22% des patients ont moins de 5 ans, 30% moins de 15 ans), 1/3 des patients sont des adultes jeunes (15-40 ans), 19% ont plus de 65 ans.

**ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE**

# QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS BENEFICIANT D'UNE CONSULTATION MEDICALE AVANCEE AU SAU

# PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

## PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LA CONSULTATION

**AGE :**

**SEXE(*) :** Masculin Féminin

**ACTIVITE (*) :** ☐ étudiant ☐ sans emploi actif ☐ retraité

**PROFESSION (*) :** ☐ employé, ouvrier ☐ profession intermédiaire, cadre moyen
☐ cadre supérieur, profession libérale ☐ agriculteur

**NIVEAU D'ETUDE (*) :** ☐ CAP, BEP ☐ niv BAC ☐ BAC +2
☐ >BAC + 2 ☐ pas de diplôme

**COUVERTURE SOCIALE :**

- ❑ Vous n'avez aucune couverture sociale
- ❑ Vous avez la sécurité sociale seule
- ❑ Vous avez la sécurité sociale + la CMU complémentaire
- ❑ Vous avez la sécurité sociale + une mutuelle complémentaire

❖ **Avez-vous un médecin traitant (*) :** OUI NON

❖ **Pensez-vous que le cabinet de votre médecin traitant est ouvert à l'heure où vous consultez aujourd'hui (*):** OUI NON

❖ **Avez-vous essayé de contacter votre médecin traitant avant de venir ?**

- ❑ Oui, je l'ai eu au téléphone
- ❑ Oui, mais je n'ai pas pu le joindre
- ❑ Non

❖ **De qui vient l'initiative de votre consultation aujourd'hui aux urgences :**

- ❑ Vous-même
- ❑ Conseil d'un proche
- ❑ Adressé par votre médecin traitant
- ❑ Adressé par le 15/ Samu/ Pompier
- ❑ Adressé par une autre structure (laquelle : )

❖ **Le problème médical pour lequel vous consultez aujourd'hui évolue :**

- ❑ Depuis moins de 6 h :
- ❑ Depuis 6 à 24h :
- ❑ Depuis plus de 24h : précisez……..

❖ **Le problème pour lequel vous consultez aujourd'hui fait suite :**
- ❑ A une maladie
- ❑ A un accident survenu : ☐ à domicile ☐ au travail ☐ sur la voie publique
- ❑ A une agression
- ❑ A un problème autre

❖ **Avez-vous déjà consulté un autre médecin pour le problème médical qui vous amène aux urgences aujourd'hui (*):** OUI NON

**Si oui, que motive cette seconde consultation (cochez une seule réponse) ?**
- ❑ Persistance du problème malgré le traitement
- ❑ Envie d'avoir un second avis
- ❑ Difficulté à faire réaliser certains examens complémentaires en ville ou à obtenir le traitement (plâtres,…)
- ❑ Autre (précisez):

❖ **Qu'est ce qui vous amène à venir consulter en urgence plutôt que d'attendre de pouvoir aller consulter votre médecin (cochez le motif principal) :**
- ❑ La douleur que vous n'arrivez pas à soulager
- ❑ L'inquiétude concernant la gravité de votre pathologie
- ❑ Le besoin d'être guéri ou soulagé rapidement pour reprendre le plus vite possible vos activités habituelles
- ❑ L'absence de médicaments pour vous soulager à votre domicile

❖ **Si vous n'avez pas consulté avant de venir aux urgences, pour quelles raisons n'avez-vous pas consulté votre médecin traitant (plusieurs réponses possibles) :**
- ❑ Attente trop longue
- ❑ Cabinet fermé
- ❑ Pathologie ne relevant pas, selon vous, de son domaine de compétence
- ❑ Sentiment que votre problème médical nécessite des examens complémentaires ou des moyens techniques difficiles à réaliser en ville
- ❑ Horaire du cabinet incompatible avec les vôtres (de travail par ex )
- ❑ Ne prend que sur RV

❖ **Pourquoi n'avez-vous pas fait appel à SOS médecin, à un médecin de garde ou à la maison médicale(plusieurs réponses possibles) :**
- ❑ Je ne connais pas ces structures
- ❑ Je ne sais pas comment les joindre
- ❑ Je n'ai pas confiance en ces structures ou j'y ai déjà eu recours et n'ai pas été satisfait de la prise en charge
- ❑ Pathologie ne relevant pas, selon vous, de leur domaine de compétence
- ❑ Sentiment que votre problème médical nécessite des examens complémentaires ou des moyens techniques difficiles à réaliser en ville
- ❑ Attente trop longue

❖ **En ce qui concerne SOS médecin (*):**
- **Connaissez-vous cette structure :** OUI NON
- **Y avez-vous déjà eu recours :** OUI NON
- **Si oui, aviez-vous été satisfait :** OUI NON

❖ **En ce qui concerne la maison médicale Les Bains Douches, située rue St Nicolas à Nancy(*):**

- **Connaissez-vous cette structure :** OUI NON
- **Y avez-vous déjà eu recours :** OUI NON
- **Si oui, aviez-vous été satisfait :** OUI NON

❖ **Aviez-vous déjà consulté aux urgences auparavant (*)?**

OUI (combien de fois : ) NON

❖ **Si vous avez déjà consulté aux urgences :**

**- Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant les délais d'attente (comparés aux délais chez votre médecin traitant) : / 10**
**- Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant les soins reçus : /10**
**- Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant l'accueil et la qualité des informations que vous avez reçu : /10**
**- Notez entre 0 et 10 votre satisfaction globale concernant cette consultation: /10**

❖ **Selon vous, quels sont les avantages principaux d'une consultation aux urgences par rapport à une consultation auprès d'une autre structure (médecin généraliste, SOS médecin…) (plusieurs réponses possibles) :**

- ❑ Ouvert 24h/24
- ❑ Consultation sans RV
- ❑ Accès plus facile et plus rapide aux examens complémentaires
- ❑ Pas d'avance des frais médicaux
- ❑ Compétence médicale plus pointue
- ❑ Accès plus facile ou plus rapide au médecin spécialiste
- ❑ Possibilité d'avoir un traitement tout de suite, sans passer par les pharmacies de garde la nuit, par exemple

❖ **Quelle(s) est, selon vous, la (les) fonction(s) d'un service d'accueil des urgences (plusieurs réponses possibles) ?**

- ❑ De traiter les patients avec des pathologies urgentes et graves
- ❑ De prendre en charge les patients ayant besoin d'être hospitalisé
- ❑ De prendre en charge les pathologies traumatiques nécessitant un bilan radiologique
- ❑ De prendre en charge tous les patients qui ont un problème médical imprévu, quelles que soient la pathologie et la gravité, 24h/24
- ❑ De prendre en charge tous les patients qui ont un problème médical imprévu, quelles que soient la pathologie et la gravité, le soir et le week-end seulement

## PARTIE DU QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE PATIENT A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

**<u>En ce qui concerne la consultation dont vous avez bénéficié aujourd'hui aux urgences :</u>**

- **Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant les délais d'attente : /10**
- **Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant les soins reçus : /10**
- **Notez entre 0 et 10 votre satisfaction concernant l'accueil et la qualité des informations que vous avez reçu : /10**
- **Notez entre 0 et 10 votre satisfaction globale concernant votre consultation aux urgences : /10**

- **Pensez-vous que si vous aviez consulté votre médecin traitant aujourd'hui :**
  - **la prise en charge de votre problème aurait été (*) :**
    plus rapide identique plus longue
  - **la qualité des soins reçus aurait été (*) :**
    meilleure identique moins bonne

**Il existe pour l'agglomération de Nancy (Grand Nancy, St Nicolas de Port, Flavigny, Dombasle), un cabinet SOS médecin qui assure des consultations à domicile 24h/24 et une maison médicale Les Bains Douches, située 67 rue St-Nicolas à Nancy, qui propose des consultations par des médecins généralistes de 20h à 24h les soirs de semaine, de 14h à 24h le samedi et de 9h à 24h le dimanche (pas de radiologie, ni de biologie)**

- **Si vous deviez à nouveau consulter pour un problème médical du même type, vous pensez que vous (cochez une seule réponse):**
  - ☐ Iriez d'abord consulter votre médecin généraliste si les horaires le permettent
  - ☐ Appelleriez SOS Médecin ou un médecin de garde
  - ☐ Iriez consulter à la maison médicale
  - ☐ Prendriez avis auprès du 15 / Samu / Pompiers
  - ☐ Reviendriez consulter aux urgences

- **Pensez-vous avoir recours ultérieurement à SOS Médecin (*):**
  OUI NON (pourquoi : )

- **Pensez-vous avoir recours ultérieurement à la maison médicale (*) :**
  OUI NON (pourquoi : )

- **Pour que vous alliez consulter dans une maison médicale (cabinet de généralistes qui reçoit sans RV pour des consultations non programmées), il faudrait que (plusieurs réponses possibles) :**
  - ☐ On ne paie pas la consultation
  - ☐ On puisse y faire des radiographies sur place
  - ☐ Qu'il y ait des consultations par des spécialistes à certains horaires
  - ☐ Que cela soit ouvert 24h/24
  - ☐ Que cela soit situé à proximité de l'hôpital
  - ☐ Que cela soit plus connu (information auprès du public)

(*) : entourez la réponse choisie

# PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

**DATE :**

**JOUR (*):** jour de semaine samedi dimanche ou jour ferié

**HORAIRE :**

- D'arrivée au SAU :
- De la prise en charge médicale :
- De sortie du patient :

**MOTIF DE CONSULTATION :**

**DIAGNOSTIC DE SORTIE :**

**CCMU (*) :** 1 2 3

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES (*) :**

Radiographie : OUI NON
ECG : OUI NON
Biologie : OUI NON
Consultation spécialisée (préciser : ) : OUI NON

**Cette consultation aurait-elle pu être réalisée sans difficulté dans un cabinet de médecin généraliste de ville, selon vous :**

- ❑ OUI
- ❑ NON

## Vous êtes malade...

**NUIT / WEEK-END JOURS FÉRIÉS**

ayez les bons réflexes

**Votre cas relève de la médecine générale**

APPELEZ
**MEDIGARDE**
AU 0 820 33 20 20*

- LE SOIR : lundi au vendredi de 20h à 8h
- LE WEEK-END : samedi 12h au lundi 8h
- LES JOURS FÉRIÉS

**Votre cas relève des urgences vitales**
(vie en danger, blessures graves...)

SAMU 15

APPELEZ LE SAMU EN COMPOSANT LE 15

- 24H/24H

*Chaque fois que c'est possible, le plus simple est de consulter votre médecin traitant dans la journée.*

*Évitez d'attendre l'aggravation des symptômes pour ne pas avoir à vous faire soigner la nuit ou le week-end.*

INDISPENSABLE !
La carte-mémo Médigarde Lorraine, demandez-la à votre médecin traitant.



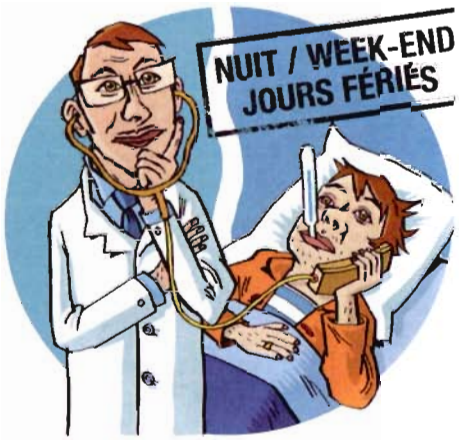

RAPPEL DES SERVICES D'URGENCE 24H/24H

- Samu 15
- Police 17
- Pompiers 18
- Appel d'urgence européen 112
- Centre anti-poisons de Nancy 03 83 32 36 36

▶ www.medigarde.fr

urcam URML LORRAINE

## Besoin d'aide médicale ?




**MEDIGARDE**
lorraine

**0 820 33 20 20**
un centre de régulation médicale

# MEDIGARDE, mode d'emploi...

POUR VOUS, LES MÉDECINS DE LORRAINE ONT MIS EN PLACE UN CENTRE DE RÉGULATION MÉDICALE.
EN FAIRE UN BON USAGE, C'EST GARANTIR LA CONTINUITÉ ET L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS.



## 1 ▶ ACCUEIL

**Un personnel spécialisé prendra votre appel.**
**Communiquez-lui vos coordonnées :**

- nom et prénom du malade
- adresse, numéro de porte, étage, ville
- n° de téléphone

**PRENEZ SOIN DE PRÉPARER VOTRE APPEL**
**▶ LES RÉPONSES SERONT PLUS RAPIDES**



## 2 ▶ UN MÉDECIN-RÉGULATEUR

**Vous serez en relation avec un médecin-régulateur généraliste. Les renseignements que vous lui fournirez seront utiles à un premier diagnostic :**

- symptômes, début et fréquence,
- répondez le plus précisément possible aux questions qui vous seront posées,
- et n'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes.

## 3 ▶ UNE SOLUTION ADAPTÉE À VOTRE CAS

**En accord avec vous, le médecin-régulateur déterminera le degré d'urgence.**

**Il prendra les mesures nécessaires :**



**un conseil médical**
*en attendant l'ouverture du cabinet médical de votre médecin traitant*



**le déplacement du patient au cabinet du médecin de garde**



**la visite du médecin de garde auprès du malade**



**l'orientation vers un service d'urgence :**
*ambulance, samu...*




## mémo pratique

- nom
- prénom
- date de naissance
- allergies
- traitement anti-coagulant
- prothèses
- prévention maladie d'Osler
- médecin traitant
- tél

VU

NANCY, le **29 juillet 2007**
Le Président de Thèse

**Professeur A. BELLOU**

NANCY, le **3 septembre 2007**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

**Professeur M.C. BÉNÉ**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **5 septembre 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Proposer une prise en charge plus cohérente aux nombreux patients qui se présentent aux urgences hospitalières pour un problème de santé qui aurait pu relever d'une consultation en médecine de ville est un des moyens par lesquels les pouvoirs publics peuvent escompter stabiliser la fréquentation sans cesse croissante des urgences en France.

Afin de déterminer quelle serait la réponse adaptée à ces demandes de soins, nous avons mené une étude auprès de 239 patients venus au S.A.U. de l'Hôpital Central à Nancy pour des motifs ne semblant pas justifier une prise en charge hospitalière. Nous avons analysé leur profil, leurs motivations, leurs habitudes de soins et leurs attentes.

Nous avons retrouvé une population jeune, ayant globalement un bon suivi médical et une couverture sociale satisfaisante qui consulte dans sa grande majorité pour de la traumatologie. Les raisons qui leur font préférer les urgences à la médecine ambulatoire sont : des difficultés d'accès à leur médecin traitant, une méconnaissance des structures de permanence des soins existantes et la nécessité de faire réaliser des investigations complémentaires.

A partir de ces constatations, nous avons réfléchi aux adaptations envisageables de l'organisation actuelle du système de soins qui permettraient d'orienter cette catégorie de consultants vers une prise en charge plus raisonnée.

---

TITRE EN ANGLAIS

ANALYSIS OF THE TYPES AND MOTIVATIONS OF PATIENTS CONSULTING THE A&E DEPARTMENT OF THE CENTRAL TEACHING HOSPITAL IN NANCY FOR REASONS RELEVANT TO GENERAL PRACTITIONER CARE :
Exploratory study of 239 admissions

---

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2007

---

MOTS CLEFS : Consultants des urgences- Demandes de soins non programmées- Profil patients- Permanence des soins- Service urgences- Soins ambulatoires- Enquête

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de Médecine de Nancy**
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex