



HAL
open science

Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017: devenir des patients et évaluation des recours

Julien Sorcinelli

► **To cite this version:**

Julien Sorcinelli. Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017: devenir des patients et évaluation des recours. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01931805

HAL Id: hal-01931805

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931805>

Submitted on 23 Nov 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.



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-thesesexercice-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>

2018

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

SORCINELLI Julien

Le 22 mai 2018

Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017

Devenir des patients et évaluation des recours

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Président

Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT

}

Madame le Docteur Nelly AGRINIER

}

Juges

Monsieur le Docteur Lucas BALIVIERA

}



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-
 François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
 Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean
 FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert
 GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
 Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
 Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques
 LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves
 MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
 PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
 Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
 Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
 Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
 Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1] Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU
Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Héléne JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service de réanimation médicale

Hôpital Central

CHRU de Nancy

Vous nous faites l'honneur de présider et de juger ce travail de thèse

Soyez assuré de notre entière gratitude et notre plus profond respect

A notre Jury

Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur des Universités, praticien hospitalier, Service d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, CHRU de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce Jury

Veillez y voir l'expression de nos meilleures considérations

Madame le Docteur Nelly AGRINIER

Maître de conférences des Universités, praticien hospitalier, spécialiste en Santé Publique
CHRU de Nancy

Nous vous remercions d'avoir accepté d'évaluer ce travail

Veillez trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements

Monsieur le Docteur Lucas BALIVIERA

Docteur en médecine, Assistant spécialiste en Médecine d'Urgence, CHR Metz-Thionville

Je te remercie de la confiance dont tu as fait preuve à mon égard en me confiant ce sujet

Merci pour ton précieux encadrement depuis mon début d'internat jusqu'à ce jour et pour encore les jours à venir.

J'espère garder cette même bienveillance dont tu fais si souvent preuve envers nos patients dans ma pratique future.

A mes parents

Vous avez toujours été là pour moi

Rien n'aurait été possible sans votre soutien

A mon frère Axel

Quand j'ai demandé un petit frère je ne pensais pas tomber sur un énergumène comme toi

Ne change pas frangin !

A mes grands parents

Pour tout l'amour dont vous m'avez couvert

A mes amis d'enfance Stéphane, Luc, Juliette, Renaud et Sébastien

Même si cela devient plus difficile de se voir, je n'oublie pas la chance inouïe que nous avons eu de partager notre enfance ensemble

A ma Lucie

Pour tout l'amour que tu m'apportes et qui m'aide à aller de l'avant

A Clément et Christopher

Parce qu'on s'ennuie jamais, j'espère qu'on saura rester « on the rock »

A mes Amigos Justine, Max, Gilles, Priscilla, Léo, Julie, Laura, John, Nicolas, Maxime, Eugénie et Sara

Merci pour tous les bons moments qu'on passe et qu'on continue à partager

A Laura

Pour ton accueil pendant 6 mois, ma folie intérieure sait parfaitement s'exprimer à ton contact

A Aurélie

Ma co-interne de chaque instant, ton soutien m'a été précieux dans les journées difficiles

A Mathieu, Marion, Anne-Cécile, Adrien, Julien, Serge, Brice, Xavier, Marion, Jean Charles, Laure, Léa, Natacha et Pierre Olivier

Merci pour tous les bons moments de notre vie étudiante

A Marie

Merci pour ton soutien au cours de ces années passées ensemble

A Charly, P-A, Audrey, Nathalie, Jocelyn, Marion, Romain, Hugo et Hélène

Pour tous les moments mémorables de notre première année d'internat

A Sylvain, Marine, Marine, Pauline, Gabriel, Anaïs, Claire et Claire, Anissa, Martin et Carole

Pour ce semestre plein de folie, merci d'avoir été vous tout simplement

A mes collègues Nathan, Julie, Romain, Anaïs, Anne, François, Thomas, Anne, Sandra, Karim, Meryem et Denis

Pour les journées que je partage avec vous, votre bonne humeur si précieuse dans les moments difficiles

Aux équipes des services de Médecine Gériatrique 2, de réanimation et du SAU de Thionville

Pour le plaisir que j'ai eu à vous côtoyer au cours de mes différents stages d'internat

SERMENT

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Liste des abréviations :

AEG : Altération de l'état général

AES : Accident d'exposition au sang

ADPS : Association départementale de la Permanence des soins

ARS : Agence régionale de Santé

AS : Aide-soignant

BPCO : Broncho pneumopathie Obstructive

CCMU : Classification Clinique des Maladies des Urgences

CH : Centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG : Electrocardiogramme

GHT : Groupements hospitaliers du territoire

IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAO : Médecin d'accueil et d'orientation

MMG : Maison médicale de garde

MR : Médecin référent

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

RAOUL- IMG : Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes de Médecine Générale de Nancy

SAC : Salle d'attente couchée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SU : Service d'urgence

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

USIC : Unité de soins intensifs de Cardiologie

Table des matières :

Liste des abréviations :	13
AVANT PROPOS	17
INTRODUCTION :	18
Partie I : Services d'Urgences - Contexte général	18
Partie II : Thionville et sa région :	23
1) L'arrondissement Thionvillois :	23
2) Le GHT Lorraine Nord :	24
3) Le secteur Thionvillois :	25
4) Démographie médicale du secteur :	26
5) La permanence des soins dans le secteur :	27
Partie III : L'hôpital de Thionville :	29
1) Le service d'accueil des urgences :	29
2) L'aval des urgences :	30
L'ETUDE :	32
MATERIEL ET METHODE :	33
1) Inclusion	33
2) Mise en place de l'étude :	34
3) Aspect légal	35
4) Recueil de données :	35
RESULTATS :	37
1) Age et sexe :	37
2) Consultation par jour :	38
3) Consultations par mois :	39
4) Tranches horaires :	40
5) Motifs de consultation :	41
6) Caractère saisonnier des motifs de consultation :	43
7) Devenir des patients et gestion possible en ville :	44
8) Impact de la filière courte :	52
DISCUSSION :	53
1) Les points forts de cette étude :	53
2) Les points faibles de cette étude :	53

3) Description de la population :	54
4) Répartition des consultations :.....	55
5) Etude des motifs de consultation :.....	56
6) Evaluation des recours :	59
7) Le devenir des patients :	69
8) Apparition de la filière courte :	72
PERSPECTIVES :.....	74
1) Réorientation des patients :.....	74
2) Formation des futurs médecins urgentistes	75
3) Les apparences sont souvent trompeuses...	76
CONCLUSION :	78
BIBLIOGRAPHIE :.....	79
Annexe.....	84

AVANT PROPOS

Parmi les nombreuses modifications et évolutions récentes du système de santé français, notamment hospitalier, l'afflux considérable et sans cesse croissant de patients au sein des structures d'accueil et de soins d'urgence est un thème qui ne cesse d'être d'actualité.

Il suffit de regarder les fréquents articles de presse et autres rapports officiels, pour s'apercevoir qu'il ne s'agit non pas d'un cas isolé mais d'un réel problème de santé publique.

Depuis ma prise de fonction en temps qu'interne en médecine au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital Bel Air de Thionville, j'ai pu constater que ce service ne faisait pas exception à la règle. La fréquence des consultations, tant en journée qu'en nuit profonde, engendre un flux de patients abondant et régulier. Ceci peut tendre à provoquer entre autres une majoration des temps d'attente, un encombrement du service, ainsi qu'une surcharge de stress pour le personnel.

J'ai également cru m'apercevoir au cours de mes stages et gardes d'internat qu'un nombre, non déterminé mais non dérisoire pour autant, de patients semblait consulter pour des motifs ne correspondant pas à la vision que je me faisais de la Médecine d'Urgence. Il m'est d'ailleurs aussi arrivé d'entendre çà et là des remarques concernant la prétendue futilité des motifs de ces consultations.

L'exemple type de ces "lieux communs" étant : « Si les services d'urgences sont encombrés c'est parce que "les gens" y vont pour un rien »

C'est en étant confrontés à ces constats statistiques et épidémiologiques que nous est venue l'idée de la réalisation de cette étude. En effet notre volonté était d'observer les patients venant consulter au SAU de Thionville de leur propre chef afin d'évaluer les recours et d'observer leur devenir. Afin d'apporter le plus d'exhaustivité possible et par souci de « puissance statistique » cette étude a été réalisée sur l'année entière de 2017.

En guise d'introduction à ce travail, nous ferons tout d'abord un rappel concernant le contexte dans le lequel s'exerce la médecine d'urgence en France à ce jour. Par la suite nous nous intéresserons ensuite aux spécificités locales du bassin environnant la ville de Thionville où cette étude a été réalisée.

Enfin, en analysant les différents résultats obtenus, nous tenterons d'expliquer certains de ces recours et d'y apporter quelques perspectives de gestion de ces patients.

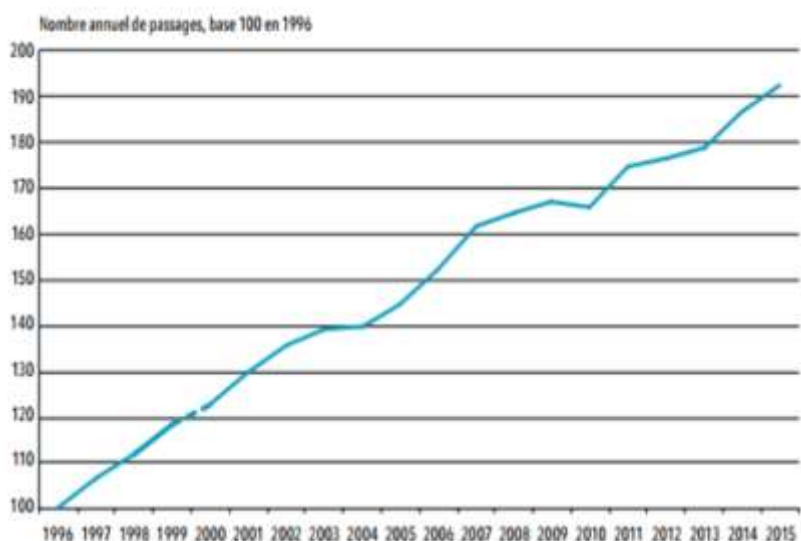
INTRODUCTION :

Partie I : Services d'Urgences - Contexte général

Depuis des années, les consultations au sein des SU n'ont fait qu'augmenter. Cette fréquentation peut parfois être à l'origine de dysfonctionnement dans l'organisation et le déroulement correct des soins. En effet l'afflux parfois massif des patients, de toute gravité confondue, entraîne des difficultés dans les services d'urgences que ce soit sur le plan humain ou matériel.

Les différentes études réalisées n'ont fait que montrer cette croissance du nombre de consultations dans les services d'urgences français. Par exemple, en 2015, on retrouve 20.3 millions de passages aux urgences soit 42 % de plus qu'en 2002. (1)

Evolution du nombre de passage aux urgences depuis 1996



Drees, Panorama des établissements de santé 2015

Cette augmentation du nombre de consultations peut mener à un réel engorgement des différents SU. De multiples conséquences directes telles que l'augmentation des temps d'attente, l'insatisfaction des patients, le surmenage voire la souffrance des professionnels de santé parfois à l'origine d'arrêts maladie sont hélas fréquentes. Parfois des drames tels

que le décès de patients en cours d'attente d'une prise en charge surviennent dans les services. Ces événements sont fort heureusement plus rares mais très médiatisés, en particulier en période d'épidémie.

Cette situation est par ailleurs mal vécue par les personnels soignants dont les médecins urgentistes. Ces derniers ont pu constater l'élévation du nombre des consultations annuelles. Une des principales difficultés rapportée réside dans la séparation entre les « vraies urgences » pour lesquels ils ont été formés et ce rôle de régulateurs des flux de patients se présentant à l'hôpital (2).

Mais pourquoi cette majoration constante du nombre de consultations aux urgences ? Il s'agit en fait d'un problème multifactoriel sur lequel s'est penchée une commission sénatoriale en juillet 2017 (3). Ce rapport fait alors état d'une insuffisance de la médecine de ville et de la permanence des soins de santé ce qui correspond à l'amont des SU. Plusieurs propositions sont présentées par ce rapport comme pistes de solutions. Entre autres on retiendra un élargissement de la permanence des soins de santé ambulatoires, la proposition de tiers payant intégral dans les maisons médicales de garde, le renfort de l'information des patients quant à l'existence de la permanence des soins de santé ambulatoires et la création d'une cotation spécifiques pour les médecins généralistes exerçant une consultation non programmée ou valorisant les visites à domicile.

Cependant on note qu'en parallèle de cette majoration des consultations dans les SU, il existe une baisse de la démographie médicale et une désertification dans les milieux ruraux. En effet, malgré une augmentation du nombre de médecins inscrits à l'Ordre des médecins, il existe une nette diminution du nombre de médecin en activité (4). On y fait également état d'une diminution du nombre des médecins généralistes en activité passant de 88 886 en 2016 à 87 137 recensés pour l'année 2017 soit une diminution de près de 2% des médecins généralistes en activité.

On retrouve donc un paradoxe dans le fait de vouloir ré-axer des consultations vers la médecine de ville alors que celles-ci aussi se retrouvent saturés du fait de la diminution constante du nombre de médecins généralistes... Le rapport sénatorial de juillet 2017 faisait également le constat de cette limite de la médecine de ville que l'évolution du numerus clausus n'avait pas anticipé (3), et citait dans ses propositions une augmentation de ce rang limite afin de combler le manque d'effectif médical.

On peut également évoquer un recours vers les SU involontairement « encouragé » par la « pseudo-gratuité des soins ». En effet notre système de soins rend possible une prise en charge sans aucune avance de frais et permet aux patients, jusqu'aux plus démunis d'entre eux, de consulter et d'avoir recours à des examens complémentaires.

Les différentes campagnes de prévention ont aussi contribué à majorer le nombre des consultations dans les SU. On peut citer en exemple, les informations mise en place auprès du grand public concernant le dépistage des maladies néoplasiques ou la prévention

des maladies cardio-vasculaires. Ces dernières ont participé à une meilleure connaissance des patients tout créant un climat potentiellement anxiogène les poussant à la consultation.

Il existe par ailleurs, des divergences dans la vision de « l'urgence » par les patients. Nombreux sont les consultants pour des motifs ne revêtant aucun caractère d'urgence vitale ou fonctionnelle avérée. Cette définition de l'urgence en elle-même a déjà été évoquée à de nombreuses reprises ; sans possibilité d'élaborer une définition formelle. On parle alors de la notion « d'urgence ressentie » utilisée devant la présence dans les SU de patients consultants sans caractères d'urgence vitale ou fonctionnelle.

De plus, le livre blanc des urgences stipule que l'urgence en terme de santé se définit par le patient lui-même ou par son entourage inquiet devant des signes d'apparition brutale (5). Différentes classifications ont été réalisées pour hiérarchiser en pratique le degré d'urgence d'un patient consultant, celle la plus souvent retenue est la classification CCMU éditée par la SFMU (6).

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

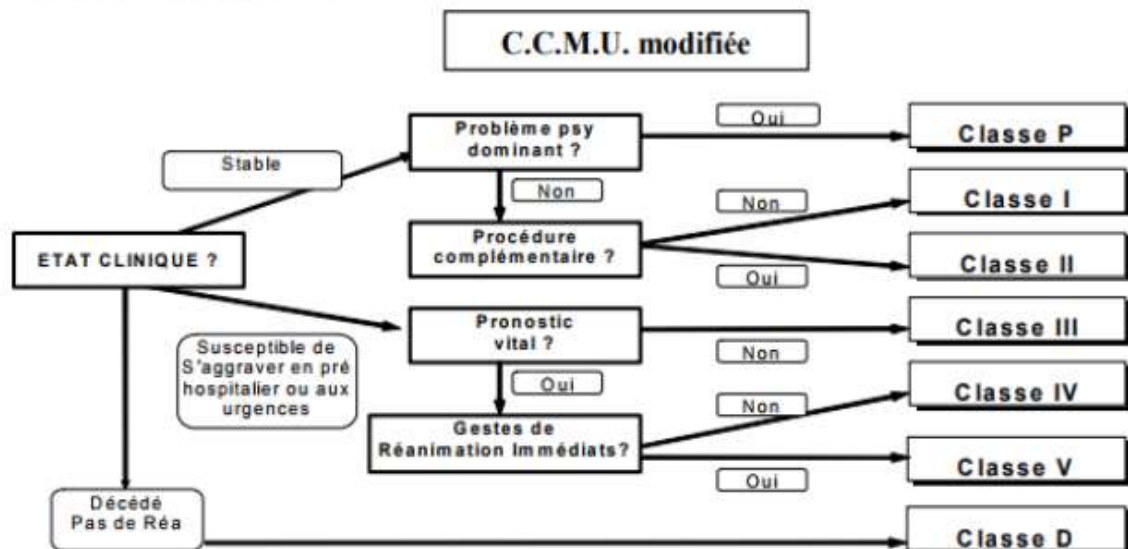
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

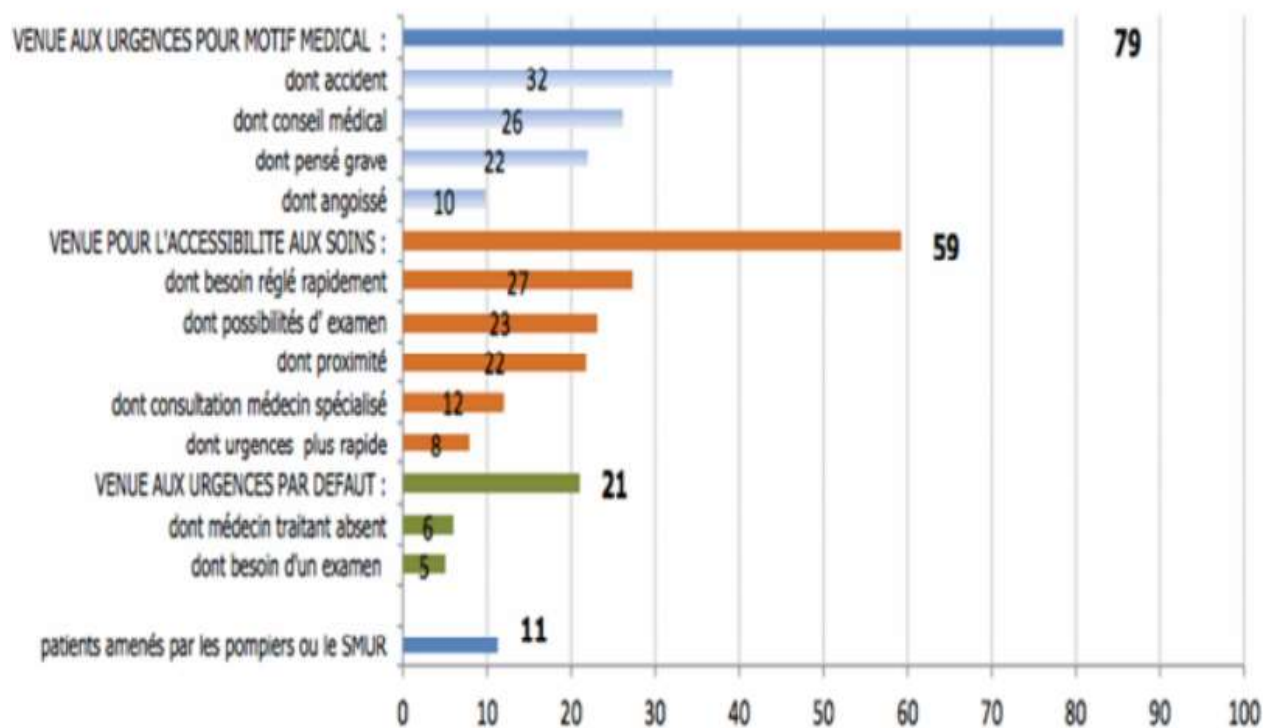


Principe de la Classification CCMU

Il apparait également que le terme de « passage inutile » aux urgences est déjà été employé. Si l'on observe la situation à partir d'un point de vue « financier », la Cour des Comptes a estimé en 2014 que la réorientation vers une prise en charge en ville (en tenant compte des frais nécessaire pour le renforcement de la permanence des soins) qui concernerait environ 3.6 millions de patients consultants sur une année pourrait être pourvoyeur d'une économie allant jusqu'à 500 millions d'euros (7). Toutefois les auteurs de ce rapport rappellent que ces chiffres doivent être utilisés avec précaution et sont surtout étudiés pour montrer l'importance de la marge de manœuvre éventuelle.

D'un point de vue plus médical, il est difficile d'accepter le terme de « passage inutile » ou de « passage injustifié » aux urgences. Quand bien même un motif de consultation ne relèverait pas forcément d'un recours aux urgences, celui-ci ne pourrait être établi qu'après examen médical, donc a posteriori. Il apparaît donc difficile compte tenu de l'angoisse et de l'urgence ressentie par les patients de songer à une alternative au recours à un SU.

Enfin, afin de cibler les motifs de recours aux SU par les patients, une enquête menée par la DREES. Celle-ci a été réalisée sur un jour, du 11 juin 2013 à 8h au 12 juin 2013 à 8h sur 734 SU, portant sur la quasi-totalité des patients ayant consulté à cette date(8) . Ceux-ci étaient alors interrogés sur leur motivation pour le choix des urgences, ces résultats ont été répertoriés sur le diagramme suivant :



Motifs de venue rapportés par les patients

Ce diagramme nous montre bien que parmi les patients ayant recours aux SU, une part non négligeable consulte de façon préférentielle un SU pour des raisons qui ne sont pas d'ordre médical strict. Des arguments d'ordre plutôt « pratiques » comme la proximité de l'hôpital (22%), ou la possibilité d'examens complémentaires sur place (23%), ou encore la possibilité de recours à un spécialiste (12%) sont mis en avant. On retrouve aussi sur ce diagramme la notion « d'urgence ressentie » avec 22% des patients ayant estimé leur symptomatologie comme étant grave et 10% de patients se sentant angoissés. Il y fait enfin état d'une plus faible proportion de patients dont le médecin traitant était alors absent (6%)

et n'ayant donc pas eu la possibilité d'avoir recours à une structure assurant la permanence des soins.

A l'aune de ces données on constate donc que l'augmentation des consultations dans les SAU est d'origine multifactorielle. Le mésusage des patients, mais aussi les difficultés d'accès à la médecine générale, notamment hors des horaires de consultations habituels, semblent être les principales causes.

Partie II : Thionville et sa région :

Le CHR de Thionville n'échappe pas à cette règle. En effet le Service d'accueil des urgences de l'hôpital Bel Air a vu son nombre de consultation passer de 50.928 en 2011 à 59.432 en 2016 soit une augmentation de 16% en 5 ans (9,10).

Pour expliquer cette fréquentation accrue on peut se tourner vers plusieurs facteurs comme la majoration de la démographie, la fermeture d'hôpitaux périphériques, une diminution de la démographie médicale avec une raréfaction des horaires où se maintient la permanence des soins ambulatoires.

1) L'arrondissement Thionvillois :

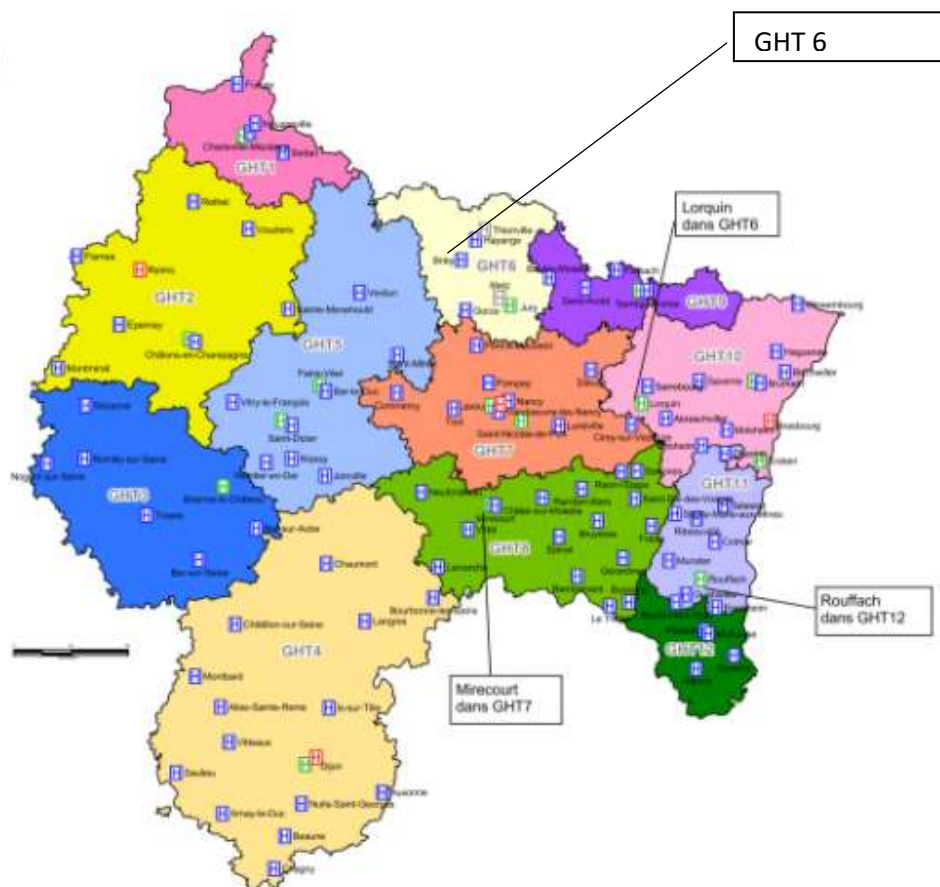
D'un point de vue purement statistique et démographique, l'Insee a défini l'arrondissement de Thionville comme un territoire comprenant 105 communes, pour un total de 264 858 habitants en 2014. En termes de croissance de population, cet arrondissement a connu une hausse de celle-ci de + 0.5% entre 2009 et 2014 (11), ce qui représente une plus forte croissance démographique que les arrondissement de Briey, Metz et Forbach qui sont les 3 arrondissements limitrophes (avec une croissance respectivement à +0.2%, 0% et -0.3%).

La répartition par tranche d'âge retrouve un taux de 28.4% de population ayant moins de 25 ans, 54.2 % de population ayant entre 25 et 65 ans et 17.4% ayant plus de 65 ans. On retrouve donc une proportion de séniors moins important qu'au niveau national avec un taux de 18.1% (12).

Le taux d'activité des 15-64 ans est évalué à 74,6% sur l'arrondissement thionvillois. Il est plus élevé que celui des arrondissements limitrophes et plus élevé également que la moyenne nationale qui présente un taux d'activité à 73.5% (11).

2) Le GHT Lorraine Nord :

Il existe tout d'abord une zone d'activité de l'hôpital de Thionville définie par la loi GHT (13). Pour le territoire Lorraine-Nord de la région Grand Est, il s'agit du GHT 6 d'une superficie de 3.555 km², comprenant 436 communes et 801.873 habitants en 2013(14). Ce territoire se partage entre les sites de Thionville et de Mercy pour le CHR Metz-Thionville, le CH de Briey, le CH de Boulay, l'Établissement public départemental de santé de Gorze, le CH Lorquin, le CH de Jury et enfin les Hôpitaux d'instruction des Armées de Legouest (15). A noter cependant que seuls les hôpitaux de Thionville, Mercy, Legouest et Briey sont dotés d'une structure d'accueil des urgences.



Répartition des GHT dans la région Grand Est

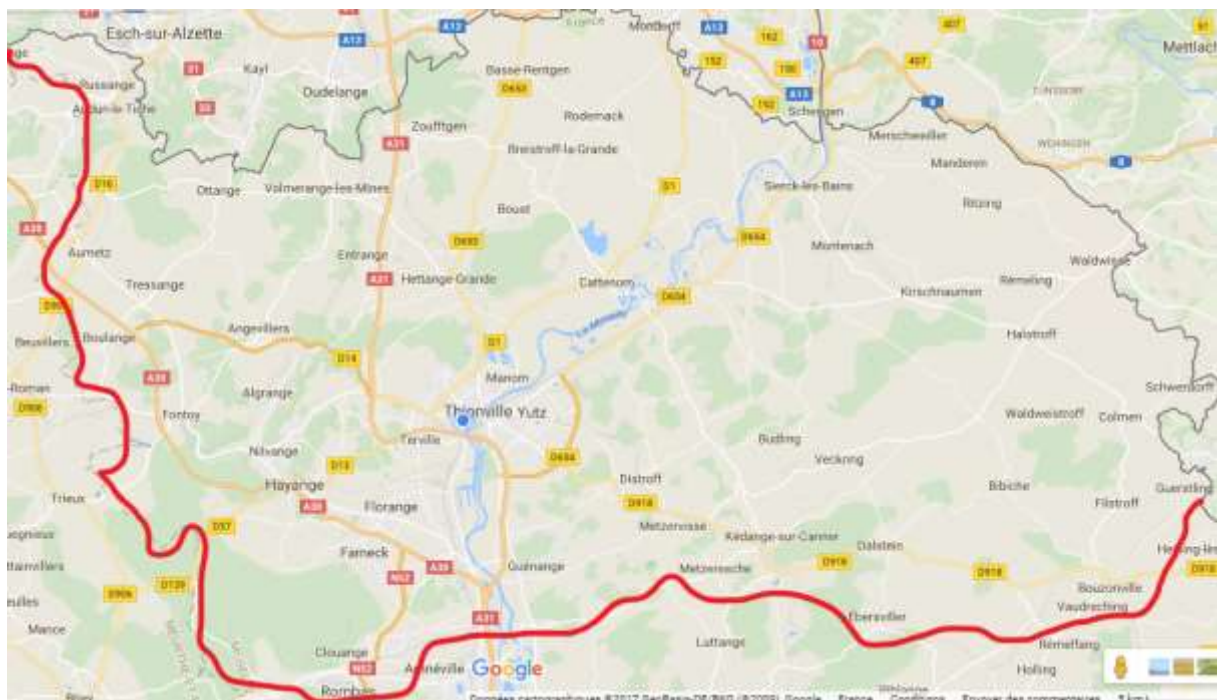
Les derniers recensements réalisés par l'INSEE ont montré un accroissement de la démographie dans ce GHT avec une évolution de la population de + 1.35% entre 2008 et 2013. La ville de Thionville avait vu une évolution de sa population de + 1.23% sur cette même période (14). Parmi les 801.873 habitants de de GHT, on retrouve un pourcentage

d'homme de 48.9%, un âge moyen de 40.2 ans et un indice de vieillissement de 72.0%. Concernant les conditions socio-économiques, on y retrouve un taux de retraités à 24.3% et un taux de chômage chez les 15-64 ans de 13.3%.

3) Le secteur Thionvillois :

Concernant le secteur thionvillois, il s'agit d'un secteur regroupant :

- le secteur Thionville-Yutz
- le secteur Uckange-Fameck
- le secteur de Sierck-les-Bains
- le secteur de Metzervisse
- le secteur Hettange-Grande et Cattenom
- le secteur Hagondange-Rombas
- le secteur Hayange-Fontoy-Aumetz

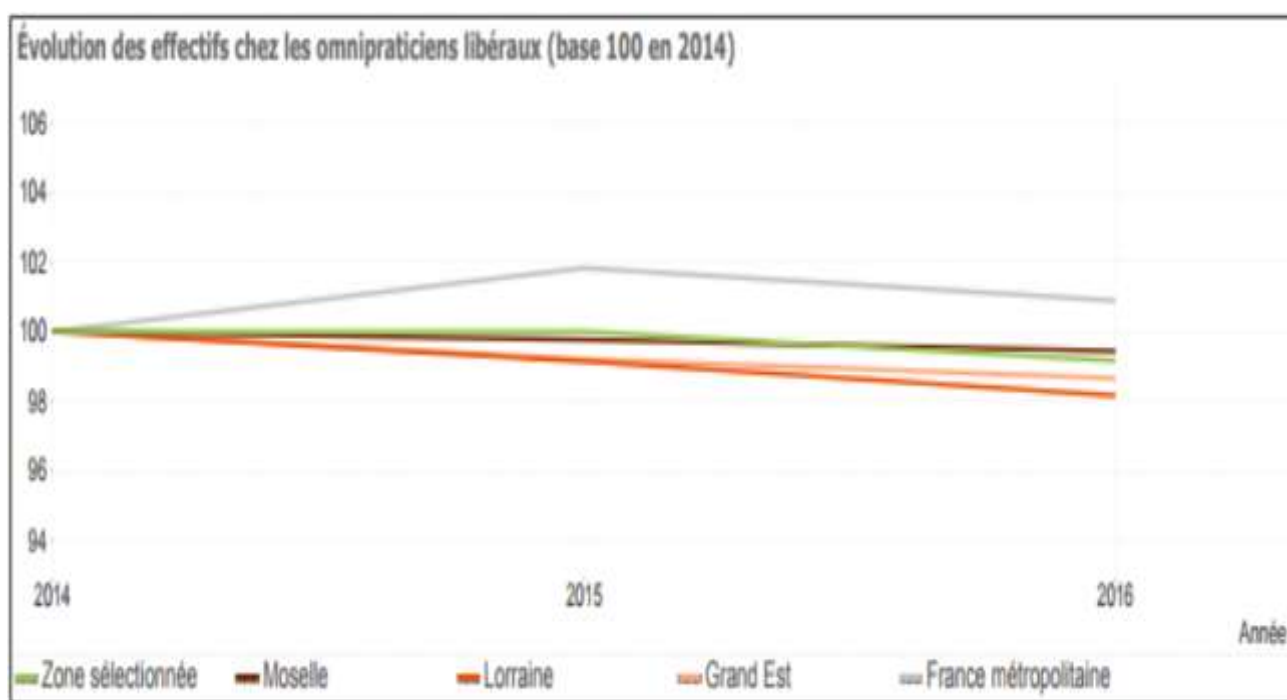


Délimitation du secteur Thionvillois

Le carte ci-dessus représente donc le secteur Thionvillois (16). La limite Nord correspond à la frontière avec le Luxembourg à l'ouest et l'Allemagne plus à l'est. La limite ouest du secteur correspond à la frontière avec la Meurthe-et-Moselle et le début du secteur du CH Briey et la possibilité pour les personnes plus au nord d'avoir accès au SAU de l'Hôtel Dieu situé à Mont-Saint-Martin. La limite sud du secteur est quant à elle moins établie, avec une zone limitrophe entre les secteurs de Thionville et de l'hôpital de Mercy.

4) Démographie médicale du secteur :

Selon les dernières données mise en place par l'ARS Grand Est, le secteur thionvillois n'est ni en zone déficitaire ni en zone fragile (17). On retrouve toutefois une diminution globale du nombre de médecins généralistes exerçant dans la région. En effet, il existe une diminution de 2.6% en 4 ans (entre 2012 et 2016) du nombre des omnipraticiens exerçant en Moselle (18) et dans le GHT (14).



Evolution des effectifs chez les médecins généralistes libéraux

C'est d'ailleurs dans ce contexte de réductions progressives du nombre de médecins généralistes que plusieurs généralistes installés dans les environs de Thionville ont récemment tenté d'alarmer à ce sujet (19). Les inquiétudes sont accentuées notamment par le nombre élevé de départs en retraite de médecins actuellement en activité. De plus il

existe une particularité locale liée à la proximité du Duché du Luxembourg dont l'attractivité ne doit pas être sous-estimée au niveau de l'exercice médical. Malgré les mesures mises en place (comme les projets de maisons de santé), la démographie médicale du secteur thionvillois risque de diminuer encore dans les prochaines années.

5) La permanence des soins dans le secteur :

Selon le code de Santé de la Santé publique, les médecins généralistes sont tenus d'assurer la continuité des soins en dehors de la permanence des soins, en s'organisant en cas d'absence (20).

Il nous est déjà arrivé d'entendre de la part des patients qu'il leur était parfois difficile d'avoir accès à une consultation médicale pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux du fait d'un effectif de médecins libéraux en diminution, qu'en est-il pendant les horaires de nuit et de week-end ?

La permanence des soins en médecine ambulatoire est soumise à un cahier des charges défini par l'ARS en concertation avec l'ordre des médecins. Elle concerne la permanence des consultations par des médecins généralistes de garde pour différents secteurs. Pour la région Lorraine, l'accès à cette permanence se fait par un numéro en lien avec le centre 15, il s'agit du 08.20.33.20.20 (21). La PDSA est donc disponible la nuit du lundi au vendredi à partir de 20h, le samedi à partir de 12h et les dimanches et jours fériés.

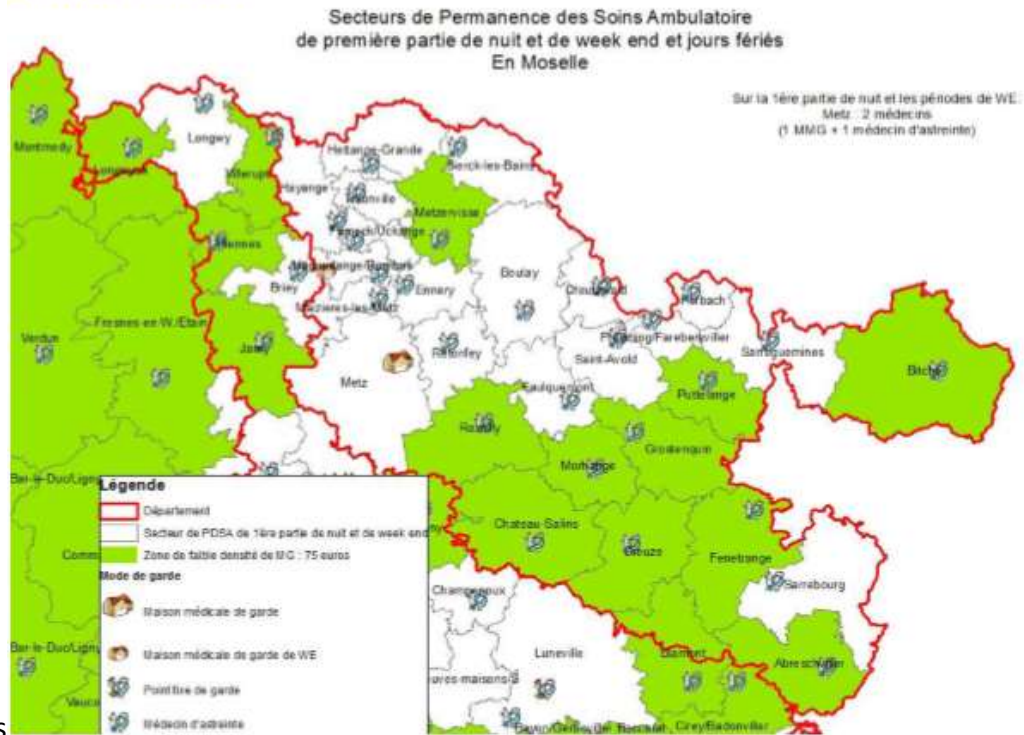
La régulation des appels est alors effectuée par l'Association ADPS 57 de 20h à minuit et par la régulation du centre 15 à partir de minuit (21). Pour le secteur Thionvillois il existe 7 secteurs de garde avec pour chacun de ces territoires la possibilité d'un médecin effecteur de la garde de secteur.

Les gardes de secteurs sont donc réparties avec attribution de la garde à un médecin du secteur pour les premières parties de nuit (20h-minuit) et les jours de weekend ou fériés. Concernant les deuxièmes parties de nuit ou les nuits de weekend ou de jours fériés, l'attribution des gardes se fait sur la base du volontariat.

La spécificité du département consiste en une fusion des secteurs de garde pour les périodes concernant les deuxièmes parties de nuit et les nuits de weekend ou de jours fériés. Ainsi lors de ces périodes, il existe une fusion des secteurs de Thionville/Yutz, du secteur Uckange-Fameck, du secteur de Metzervisse, du secteur d'Hettange-Grande et Cattenom, du secteur Hagondange-Rombas et du secteur Hayange-Fontoy-Aumetz. Ainsi tout ce territoire correspond alors au secteur « Thionville élargi » et n'est desservi que par un seul médecin de garde. Seul le secteur de Sierck-les-Bains bénéficie d'un médecin de garde pour son seul secteur (21).

A la vue de l'étendue du secteur à couvrir il est parfois ardu de trouver des médecins volontaires pour la réalisation de ces gardes. Il est donc défini qu'en carence d'effectif, les demandes de soins seront réorientées vers les structures d'urgences (21).

Carte des secteurs



Carte des secteurs de garde lors du début de nuit



Carte des secteurs de garde lors de la nuit profonde

Partie III : L'hôpital de Thionville :

1) Le service d'accueil des urgences :

Il s'agit d'un service comprenant un effectif théorique de 27 médecins, 47 Infirmiers Diplômés d'Etat dont 6 Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat, 3 cadres IDE de santé, 18 Aides-Soignants. Pour l'année 2017 on comptabilisait une moyenne de 103 passages par jours.

Les tableaux suivant permettent de suivre l'évolution du nombre de consultation au SAU de Thionville (22) :

	SAU adultes	SAU pédiatrique	TOTAL SAU Thionville
Année 2011	35 406	15 447	50 853
Année 2012	36 226	15 045	51 271
Année 2013	38 984	16 323	55 307
Année 2014	39 296	18 190	57 486
Année 2015	39 192	19 792	58 984
Année 2016	39 186	20 246	59 432
Année 2017	37 577	19 895	57 472

Statistiques annuelles nombre de passages au SAU de Thionville

	SAU adultes	SAU pédiatrique	TOTAL SAU Thionville
Année 2011	97	42	139
Année 2012	99	41	140
Année 2013	107	45	152
Année 2014	108	50	157
Année 2015	107	54	162
Année 2016	107	55	163
Année 2017	103	55	158

Nombre de passages journaliers au SAU de Thionville moyens par année

En premier lieu, lors de l'arrivée de patients au SAU, ceux-ci sont dirigés dans une filière dédiée par le personnel Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO). Cette "filiarisation" peut bénéficier des conseils d'un médecin en cas de doute. Les patients nécessitant une installation en brancard ou ceux dont la prise en charge sera présumée longue sont orientés vers la filière dite "longue". La filière dite "courte" concerne les patients pouvant se mobiliser sans aide, notamment à la marche, ou relevant d'une prise en charge présumée courte. Enfin les patients présentant des signes de gravité sont installés en salle de déchocage ou SAUV (4 postes disponibles) sur avis médical.

Suite à la prise en charge initiale en filière longue, les patients sont surveillés en "salle d'attente couchés" (SAC), dans l'attente des résultats d'examen, d'une orientation d'aval ou d'un retour à domicile. Cette zone comporte 9 postes surveillés par un binôme composé d'un IDE et d'un AS pouvant le cas échéant réaliser des soins complémentaires. Malheureusement, en période de forte affluence, ces 9 postes se révèlent insuffisants en nombre et une zone d'encombrement s'y crée volontiers.

Il est à noter que pendant l'année 2017, le service a du provisoirement déménager dans d'autres bâtiments (l'ancien secteur de gynécologie) pour une durée de trois mois. La période s'est étalée entre le 4 janvier et le 4 avril 2017. Cette transition a alors permis une rénovation des locaux avec entre autres l'agrandissement de la salle d'attente couché, la sectorisation en filières longue et courte (avec 9 box de soins pour la filière longue et 4 box de soins pour la filière courte) et la mise en place d'une salle de radiologie au sein même des urgences.

Cette distinction entre filière longue et filière courte fut alors une nouveauté à compter du 4 avril 2017. Avant cette date la distinction se faisait entre les patients venant pour un motif d'ordre médical et ceux nécessitant une prise en charge traumatologique. L'objectif principal de cette filière "courte" étant alors une diminution des temps de prise en charge pour les patients ambulants consultant pour une symptomatologie "légère" et nécessitant une quantité de soins a priori peu importante (23). La finalité de cette filière étant alors une diminution des temps de passage.

2) L'aval des urgences :

Les patients nécessitant une prise en charge hospitalière sont orientés selon trois possibilités principales.

Le SAU est doté d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) comportant 10 lits. Ce service sert principalement de zone de tampon et de transition entre le service d'urgence et les lits d'aval dans l'attente de l'obtention de ceux-ci. Parfois les patients retournent directement à leur domicile depuis l'UHCD après avis médical.

Concernant les services de l'hôpital, il existe une en totalité 241 lits dédiés à la médecine (dont 46 de gériatrie) et 91 lits de chirurgie. Le CHR comprend aussi des secteurs de SSR. Toutefois les patients ayant bénéficié d'une prise en charge au SAU sont très rarement orientés directement sur les lits de SSR. Enfin l'hôpital de Thionville est doté de 16 lits de réanimation, 8 lits de soins continus et 8 lits dans une Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC).

Enfin le SAU de Bel Air collabore régulièrement avec des structures hospitalières de proximité ou dans les villes de proche périphérie (Clinique Sainte Elisabeth et Hôpital gériatrique Le Kem à Yutz et Thionville, Hôpital Saint François à Marange Silvange, Hôpital Saint Maurice à Moyeuve Grande...). Ces hopitaux et cliniques peuvent proposer une prise en charge pour les patients relevant de soins de médecine spécialisée, gériatrique et polyvalente.

L'ETUDE :

Devant l'augmentation constante du nombre des consultations au SAU, dans un contexte de démographie médicale en diminution et dans une région dont la population s'accroît, nous avons souhaité réaliser une étude visant à observer les patients consultants de façon spontanée. Il s'agit des personnes n'ayant pas été adressées au SAU par un médecin (généraliste ou autre spécialiste) ou après un avis téléphonique pris au centre 15.

Cette étude n'a pas pour but de questionner les patients sur les raisons les ayant poussés à consulter spontanément au SAU au lieu de suivre le parcours de soin classique comme cela a déjà pu être réalisé dans des travaux similaires, mais de les recenser de manière exhaustive sur l'année 2017.

L'objectif est d'analyser ces recours spontanés au SAU afin d'en dresser un état des lieux et d'évaluer les proportions entre les motifs de consultation relevant de la médecine d'urgence et ceux relevant de la médecine générale. L'étude des critères secondaires permet de détailler ces différents motifs de consultation, les tranches d'âge des patients, ainsi que leurs horaires d'affluence pour les mettre en parallèle avec ceux de la permanence des soins dans le secteur Thionvillois.

MATERIEL ET METHODE :

Il s'agit d'une étude mono centrique, prospective se déroulant sur une année complète, du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017. La partie principale consiste à étudier les patients venant consulter au Service d'Accueil des Urgences de Thionville spontanément, c'est-à-dire n'ayant pas été adressés par un médecin ou par un centre de régulation médicale. Au terme de leur passage dans le service, on évaluera au cas par cas si ce recours pouvait être géré également en médecine de ville, s'il nécessitait impérativement une prise en charge au SAU ou si la situation était plus nuancée et discutable.

1) Inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude sont tout patient âgé d'au moins 18 ans consultant de façon spontanée au SAU, à l'exclusion des patients:

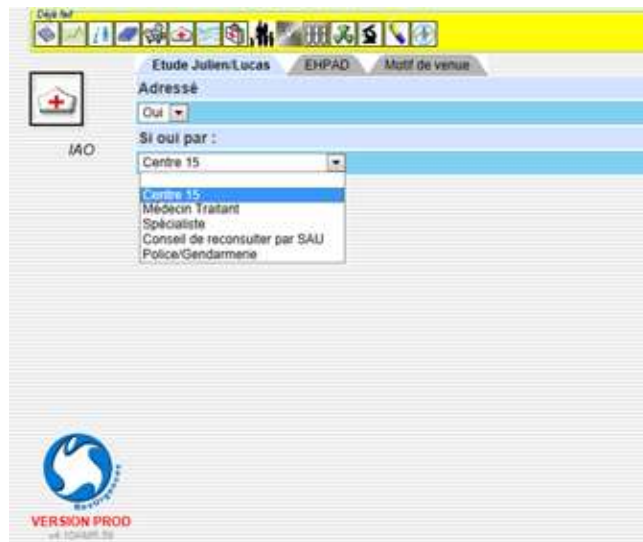
- adressés par un médecin
- dirigés au SAU par le SAMU, les pompiers, ou toute ambulance car leur déclenchement a nécessité un recours au centre 15 et donc à un médecin régulateur
- amenés par les forces de l'ordre pour des examens médicaux-judiciaires
- ayant consulté récemment au SAU pour la même symptomatologie et à qui il a été conseillé de reconsulter en cas d'aggravation clinique.

L'inclusion des patients dans l'étude se fait donc dès l'accueil et le recours à l'IAO qui renseigne dans le dossier le caractère spontané de la consultation. Le CHR Metz-Thionville utilise le logiciel "RésUrgences".

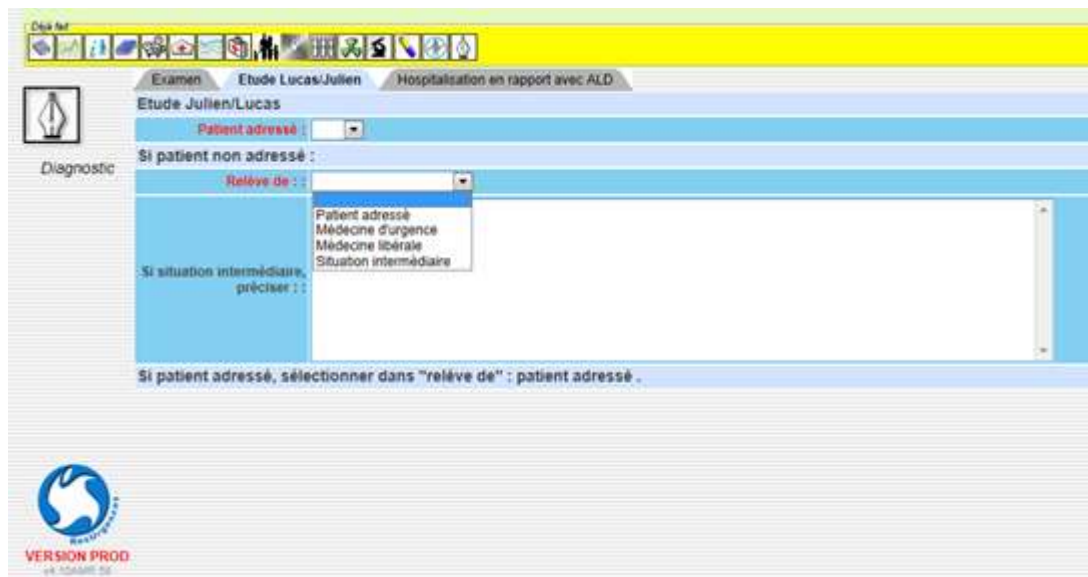
Une fois le patient inclus, d'autres données sont alors notifiées : le sexe, l'âge, la date de consultation, l'heure d'arrivée, le motif de consultation, le diagnostic final, le devenir du patient (hospitalisation ou retour à domicile).

Au terme du parcours de soin au SAU le médecin en charge du patient doit confirmer le caractère spontané de la consultation (ce qui permet de bénéficier d'une double vérification de l'inclusion). Par la suite il leur est demandé d'évaluer si le recours au SAU nécessitait effectivement une prise en charge impérative en médecine d'urgence ou si celui-ci relevait de la médecine générale. Il a été créé la possibilité de choisir une "situation intermédiaire" en cas de dossier atypique ou dont la présentation peut être soumise à discussion en fonction du contexte.

Inclusion par IAO :



Inclusion par le médecin clôturant le dossier :



2) Mise en place de l'étude :

La totalité de l'effectif médical a été mis au courant de la mise en place de cette étude ainsi que ses modalités de réalisation et des conditions d'inclusion et non-inclusion. Les IDE formés au poste d'IAO ont aussi été informés de cette étude et de leur nécessité dans

l'inclusion notamment pour « filtrer » les patients arrivant par leurs propres moyens mais ayant été adressés par un médecin ou le centre 15.

Une journée de test a été réalisée au préalable le 6 décembre 2016 de 0h00 à 23h59, permettant l'inclusion de 41 patients. Nous avons tenus comptes des retours de la part des 12 médecins en poste sur ces horaires avant de lancer cette étude pour une durée d'un an.

3) Aspect légal

L'utilisation de données informatiques médicale est soumise à autorisation de la part de la CNIL. L'utilisation de ces données au sein du SAU et l'exploitation des résultats sans usage de nom, prénom, date de naissance ou numéro patient a permis la confidentialité et donc le respect de la réglementation en vigueur.

L'étude se place donc dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 pour laquelle le CHR a signé un engagement en date du 5 mai 2017 (n° 2061208v0).

4) Recueil de données :

Le recueil de donnée a été réalisé de façon bihebdomadaire via le logiciel Résurgence utilisé au SAU de Thionville. Un paramétrage de l'onglet « requeteur » permettait alors d'obtenir pour chaque période, l'inclusion des patients par 2 critères (Consultation spontanée validée par l'IAO et validée par le médecin en charge du dossier) et créait les onglets sur le logiciel Excel avec comme données :

- le sexe
- l'âge
- la date de consultation
- l'heure de consultation
- le motif de consultation
- le diagnostic final
- l'orientation (hospitalisation ou retour à domicile)
- l'évaluation du recours jugée par le médecin en charge du dossier

Pour chaque dossier, les motifs de consultations étaient relevés par l'IAO. Ils ont été classés dans les catégories suivantes :

- Trouble psychiatrique
- Motif traumatologique
- Motif médical, eux-mêmes classées selon les motifs suivants :

- AEG
- Céphalées
- Dermatologie
- Divers
- Douleur abdominale
- Douleur articulaire/Douleur d'un membre
- Douleur thoracique / Palpitations
- Dyspnée / Toux
- Ophtalmologie
- ORL/Odontologie
- Symptomatologie digestive
- Trouble neurologique

Parmi ces motifs, quelques distinctions :

- Le motif « symptomatologie digestive » vise à relever les troubles d'ordre digestifs non douloureux (ex : vomissements isolés, trouble du transit, hernie non compliquée, hémorragie digestive,...)
- Le motif « divers » consistait à relever les patients sans doléance physique (difficultés sociales, demande d'un certificat, contagé ...)
- Bien qu'il y ait un aspect traumatique, les corps étrangers oculaires étaient classés dans les motifs ophtalmologiques
- Lors de multiples doléances, la classification se faisait en fonction de l'existence ou non d'un caractère douloureux (ex : une douleur abdominale avec vomissements était classée dans « douleur abdominale », une sciatique avec paresthésies était classée dans « douleur articulaire » et non dans « trouble neurologique »)

RESULTATS :

L'étude a été réalisée du 1^{er} janvier 2017 à 0h00 au 31 décembre 2017 à 23h59 soit sur une année complète. Au cours de cette période, il a été réalisé l'admission de 37577 patients. 13662 d'entre eux ont été considérés comme "non adressés" par l'IAO. Parmi ces 13662 passages aux urgences, 1864 dossiers n'ont pas pu être inclus dans l'étude car les patients avaient quitté le SAU avant toute prise en charge médicale. En l'absence de diagnostic il n'était alors pas possible de les inclure formellement dans l'étude ni d'évaluer les recours. Un total de 11798 patients a finalement pu être analysé.

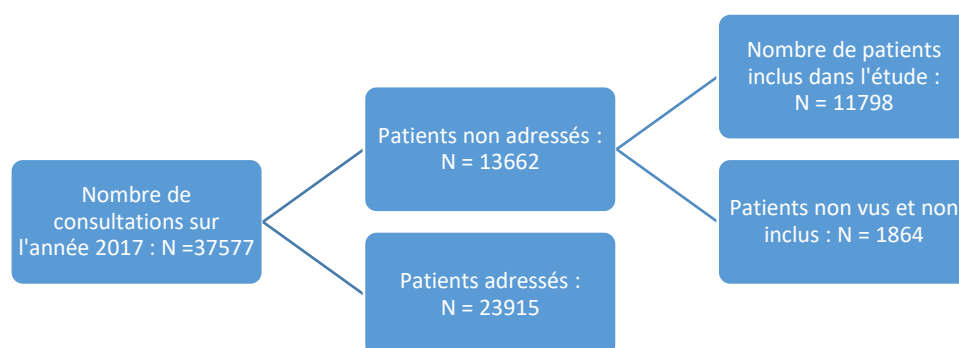


Figure 1 : Diagramme des flux

1) Age et sexe :

Les patients inclus dans cette étude sont âgés de 18 à 97 ans, avec une moyenne d'âge de 41.6 ans et un écart type de 12 ans.

On y retrouvait également la consultation de 6394 hommes (54.2%) contre 5404 femmes (45.8%) soit un sexe ratio Homme-Femme à 1.18

Concernant la répartition des âges, on retrouve 2211 patients dans la tranche d'âge 18-25 ans soit 19% de la population. La tranche d'âge comprenant le plus de patient est celle des 26-35 ans avec 2846 patients soit 24% de la population. On note ensuite une décroissance progressive du nombre de patient dans chaque tranche d'âge.

Tranche d'âge :	Nombre :	Pourcentage
18-25 ans	2211	19%
26-35 ans	2846	24%
36-45 ans	2447	21%
46-55 ans	1837	15%
56-65 ans	1168	10%
66-75 ans	759	6%
76 ans et +	530	5%

Tableau 1 : Répartition des tranches d'âge

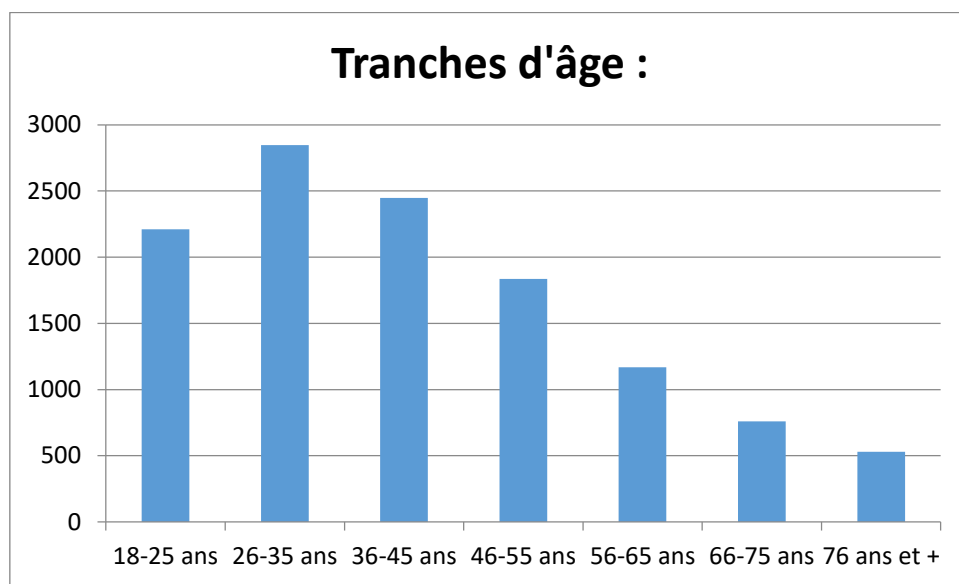


Figure 2 : Répartition des tranches d'âge

2) Consultation par jour :

On retrouve un nombre de consultation plus élevé le lundi par rapport aux autres jours ouvrés de la semaine. Il existe également une recrudescence le samedi et un nombre maximal de consultation le dimanche.

Jour de la semaine	Nb de consultation
Lundi	1836
Mardi	1449
Mercredi	1537
Jeudi	1530
Vendredi	1400
Samedi	1820
Dimanche	2226

Tableau 2 : nombre de consultations selon les jours de la semaine

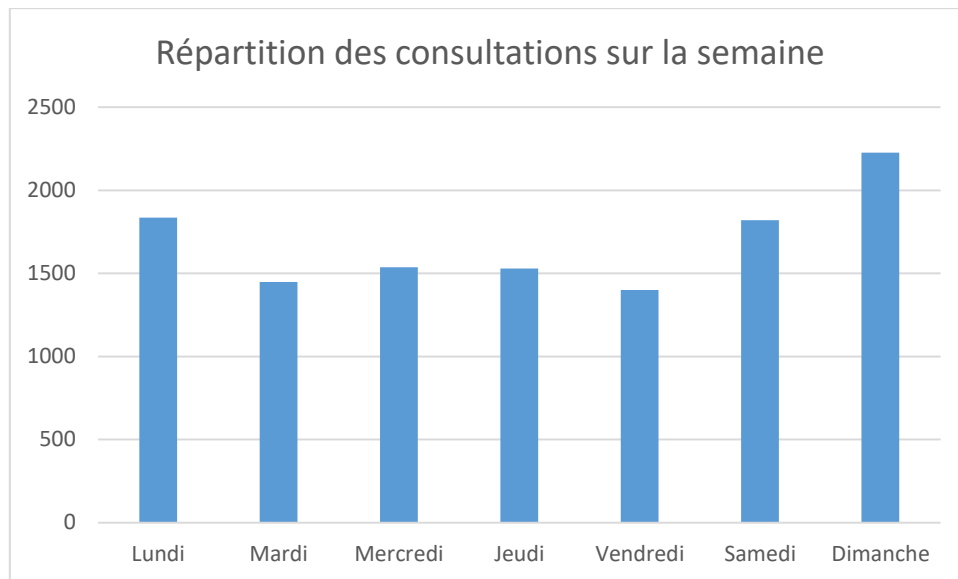


Figure 3 : Nombre de consultations selon les jours de la semaine

3) Consultations par mois :

On retrouve une majoration des consultations de Janvier à Avril. Leur nombre est par la suite quasiment constant sur l'été. On note enfin une diminution à partir d'Octobre. En y ajoutant les patients consultants de façon spontanée mais n'ayant pu être inclus, on retrouve cette même majoration du nombre de consultations entre janvier et avril. En revanche on retrouve une diminution moindre du nombre de consultations au cours de mois d'octobre, novembre et décembre.

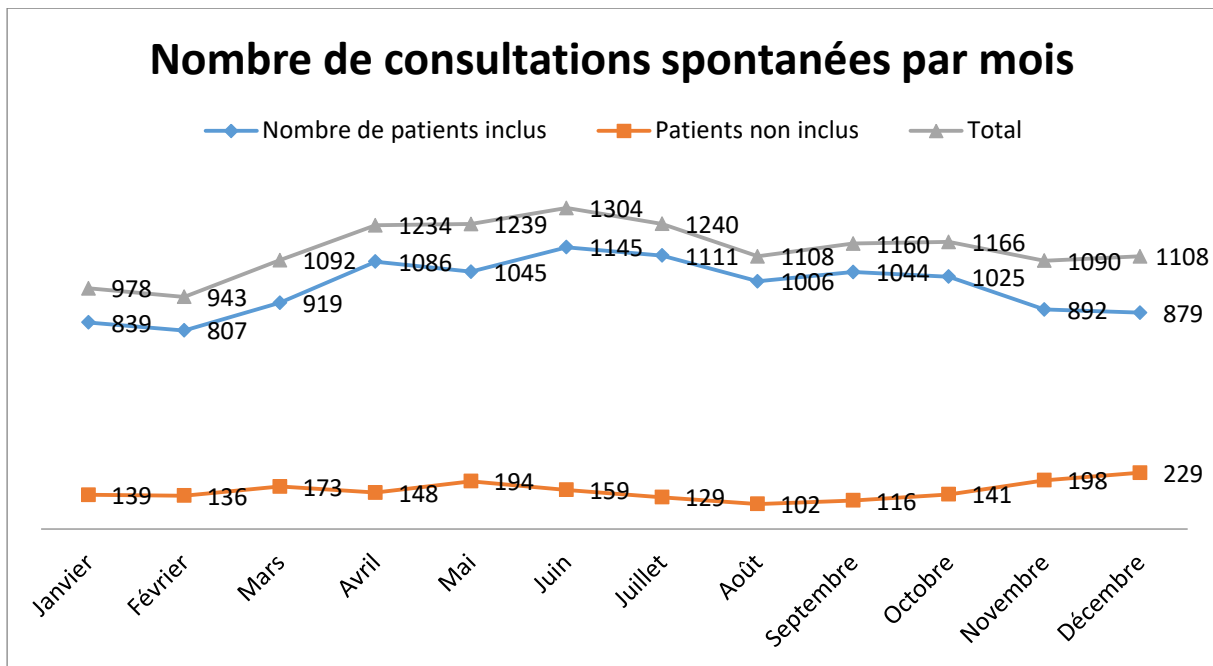


Figure 4 : Nombre de consultations spontanées par mois

4) Tranches horaires :

Concernant les consultations lors de jours ouvrés, on constate un faible nombre de consultations entre minuit et 8h. S'en suit un taux maximal de consultations en matinée qui décroît légèrement jusqu'à minuit.

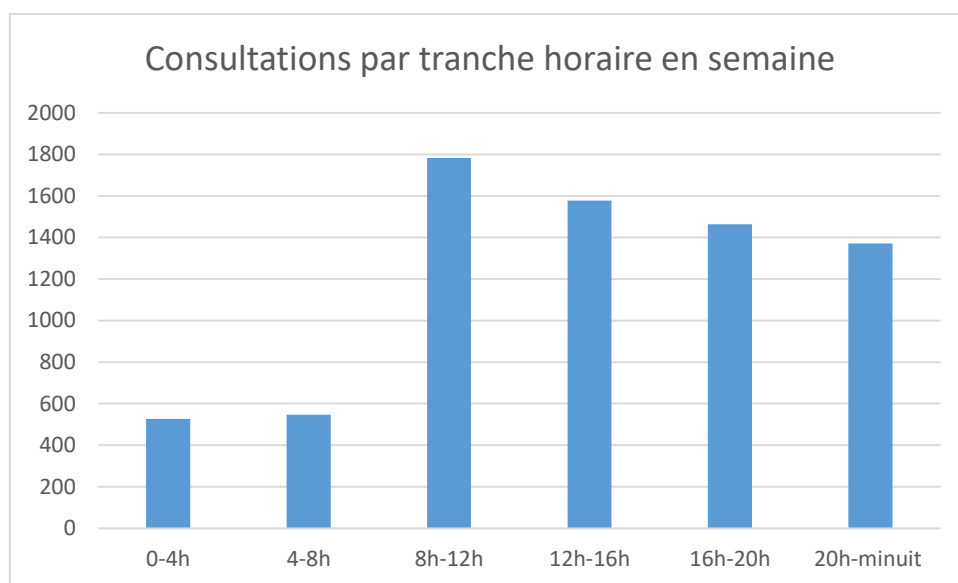


Figure 5 : nombre de consultation par tranche horaire en semaine

Pour ce qui est des consultations les jours non ouvrés (samedi, dimanche et jours fériés), on constate que la répartition des consultations en fonction des tranches horaires n'est pas exactement semblable. En effet on y retrouve une plus nette réduction du nombre de consultations à partir de 20h.

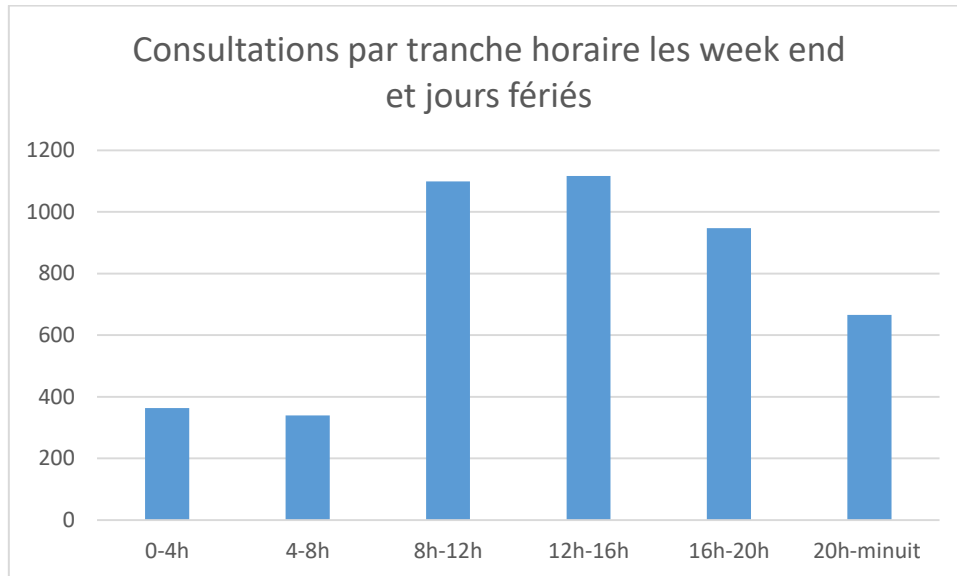


Figure 6 : nombre de consultation par tranche horaire le week end et jours fériés

5) Motifs de consultation :

Les motifs de consultations ont été répartis entre les motifs médicaux, traumatiques et psychiatriques.

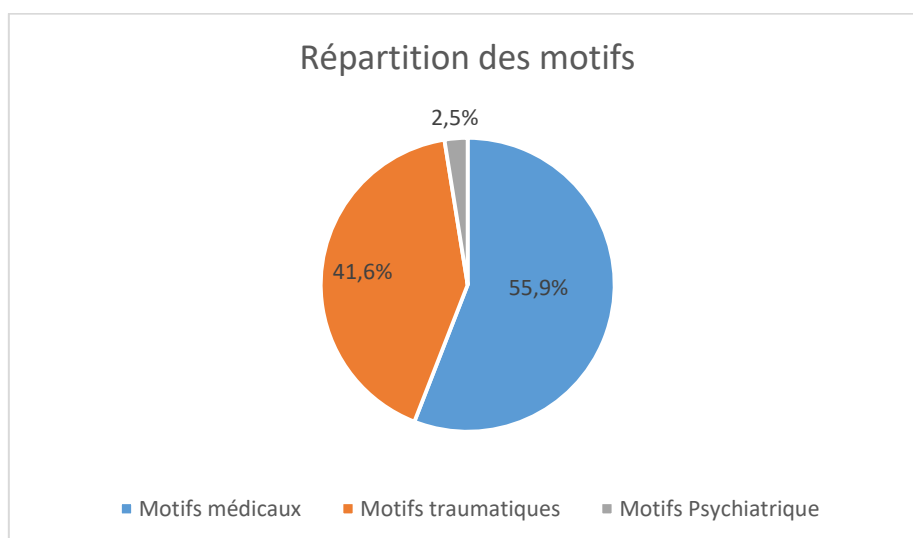


Figure 7 : Répartition des motifs de consultation

On retrouve une majorité de patients venus pour un motif "d'ordre médical" avec 6596 consultations soit 55.9% d'entre elles. Ensuite se positionnent les étiologies traumatiques avec 4903 consultations soit 41.6% du total. Viennent ensuite les soins psychiatriques avec 299 consultations soit 2.5% de l'effectif.

La majorité des consultations d'ordre médical concernent des symptomatologies douloureuses. Au premier plan se présentent les "douleurs abdominales" avec 1655 consultations soit 25% de leur effectif. On établit à 19.2% les consultations pour "douleurs articulaires" ou d'un membre et à 8.7% les douleurs thoraciques ou les palpitations. Les consultations pour céphalées ne représentent que 3.3% des patients.

Les étiologies "dermatologiques" occupent elles aussi une place importante avec un total de 13% des recours.

Motif	Nombre de consultations	Pourcentage
AEG	106	1,6
Céphalées	218	3,3
Dermatologie	868	13,2
Douleur abdominale	1655	25
Douleur articulaire ou d'un membre	1270	19,2
Douleur thoracique / Palpitations	571	8,7
Divers	68	1
Dyspnée/ Toux	264	4
Ophthalmologie	267	4
ORL / Odontologie	590	9
Symptomatologie digestive	259	4
Trouble neurologique	460	7

Tableau 3 : Répétition des motifs médicaux

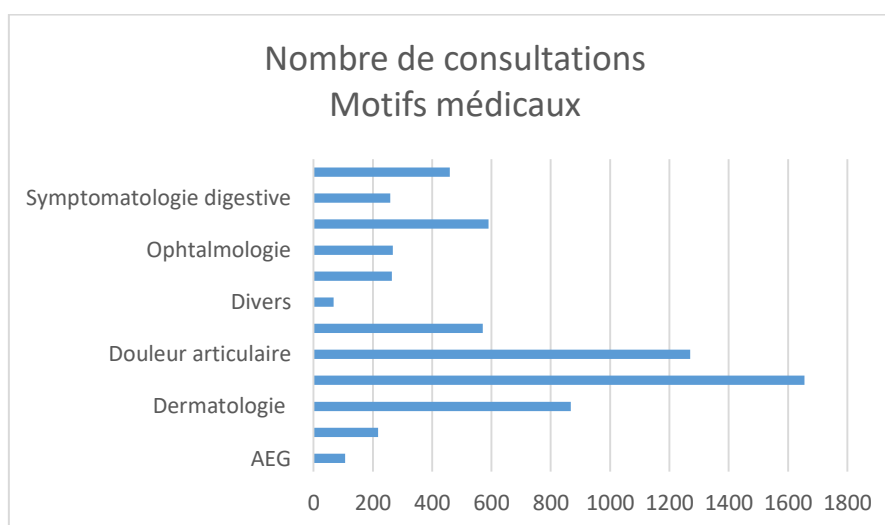


Figure 8 : Répartition des motifs médicaux

6) Caractère saisonnier des motifs de consultation :

Pour les pathologies pouvant avoir un caractère saisonnier, une étude a été réalisée en fonction des mois de consultation. Ont été analysés :

- Les motifs dermatologiques avec les possibles allergies saisonnières
- Les douleurs abdomino-pelviennes avec les pic épidémique de gastro-entérite
- Les consultations pour toux/ dyspnée et motifs ORL avec les infections hivernales
- Les traumatismes avec une possible recrudescence au moment des mois d'été

L'analyse statistique, par test du Chi2, du nombre de consultations par mois en fonction des motifs retrouve des résultats non significatifs pour les consultations concernant les douleurs abdomino-pelviennes, les dyspnées et toux, les motifs ORL et les motifs traumatologiques (avec des valeurs de p toutes supérieures à 0.05).

En revanche, l'étude du nombre de consultations pour motifs dermatologique selon les mois retrouve un résultat significatif sur le plan statistique avec un test du Chi2 retrouvant une valeur de p inférieure à 0.05 ($p = 1.7 \times 10^{-5}$). On retrouve donc un nombre de consultation faible en janvier, février et mars puis plus élevé à partir du mois d'avril, et connaissant encore une recrudescence en juin et juillet avant de diminuer progressivement.

	Dermatologie	Douleur abdomino-pelvienne	Dyspnée/Toux	ORL/Odontologie	Traumatologie
Janvier	48	127	20	46	392
Février	37	123	15	40	392
Mars	46	121	16	36	450
Avril	88	134	33	60	444
Mai	70	154	26	62	405
Juin	125	135	21	61	463
Juillet	101	171	25	56	435
Août	79	138	9	42	412
Septembre	79	149	32	51	423
Octobre	71	145	19	45	416
Novembre	60	129	19	42	351
Décembre	64	129	29	49	320

Tableau 4 : Répartition des motifs à caractère saisonniers par mois

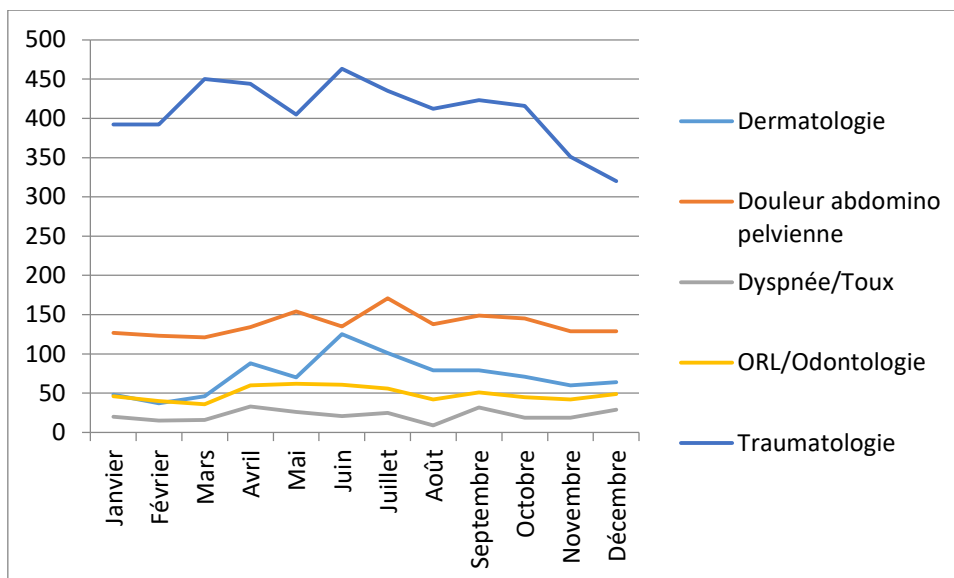


Figure 9 : Répartition des motifs à caractère saisonniers par mois

7) Devenir des patients et gestion possible en ville :

a. De façon générale :

Sur l'ensemble des patients ayant consulté spontanément au SAU de Thionville en 2017, 1309 ont été hospitalisés soit 11% de l'effectif, 116 sont sortis du service suite à un contre avis médical (sans précision concernant un refus d'hospitalisation ou un refus d'examen complémentaires), 40 patients sont sortis du service sans attendre la fin de la prise en charge, et 10333 patients sont rentrés à domicile suite à la prise en charge soit 87.6% de l'effectif.

Devenir	Nombre	Pourcentage
Hospitalisation	1309	11 %
Contre avis médical	116	1 %
Parti sans attendre	40	0,4 %
Retour à domicile	10333	87,6 %

Tableau 5 : Devenir des patients inclus

Après avis médical, 5924 recours ont été évalués comme « gérable en médecine de ville » soit 50.2% des consultations.

Les recours de 4830 patients, soit 40,9% d'entre eux, étaient jugés comme relevant d'une prise en charge justifiée au sein d'un service d'urgences.

Enfin 1044 patients, soit 8.9% de l'effectif, étaient classés en "situation intermédiaire".

Evaluation du recours	Nombre	Pourcentage
Situation intermédiaire	1044	8,9 %
Médecine d'urgence	4830	40,9 %
Gérable en ville	5924	50,2 %

Tableau 6 : Evaluation des recours

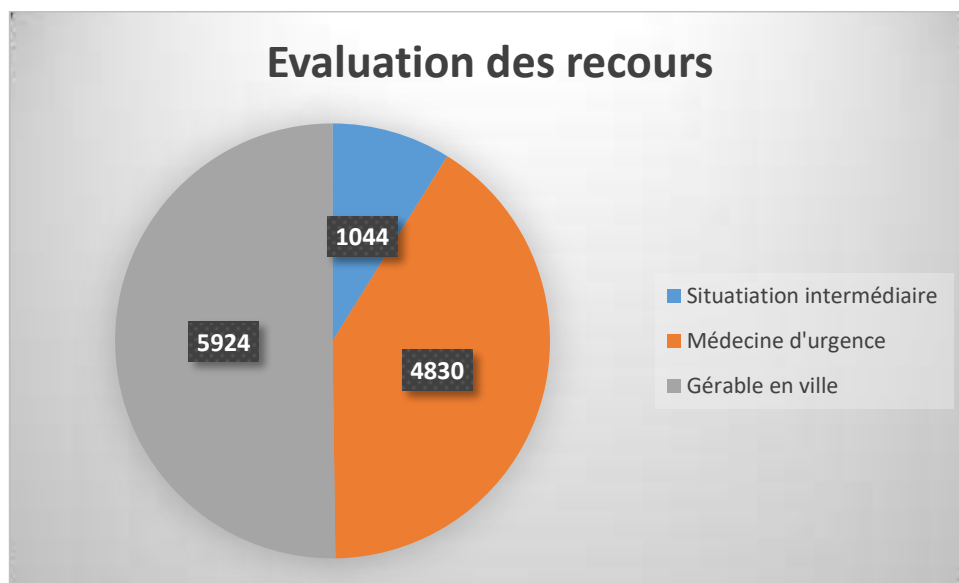


Figure 10 : Evaluation des recours

b. Détail selon jours ouvrés ou non :

Lorsque l'on fait la distinction entre les jours ouvrés et les jours non ouvrés, on ne constate pas de différence significative pour les symptomatologies d'ordre médical. Le pourcentage de patients considérés comme étant "gérables en médecine de ville" reste sensiblement le même. Nous mesurons une proportion de 55.3% des patients consultants en semaine contre 54.5% des patients consultants le weekend ou un jour férié.

Il en est de même pour les motifs traumatiques. Les recours de 47.3% des patients consultants spontanément en semaine sont gérables en ville contre 40.4% en week end.

Pour les motifs psychiatriques, ils étaient évalués comme "gérables en médecine de ville" dans 34.3% des cas lors de consultations en semaines et dans 37.9% des consultations lors des jours non ouvrés.

L'analyse statistique de ces données en utilisant la méthode du Chi² retrouve une différence non significative pour les motifs médicaux et psychiatriques avec un respectivement une valeur de p égale à 0.54 et à 0.64.

En revanche on retrouve une différence d'évaluation significative, avec une valeur de p égale à 0.000017, concernant l'évaluation des recours pour motifs traumatiques entre jours ouvrés et jours non ouvrés.

		Situation intermédiaire	Médecine d'urgence	Gérable en ville
Semaine	Motifs médicaux	363 (9%)	1433 (35.7%)	2222 (55.3%)
	Motifs traumatiques	222 (7.3%)	1384 (45.4%)	1440 (47.3%)
	Motifs psychiatriques	32 (15.7%)	102 (50%)	70 (34.3%)
Week end et Jours fériés	Motifs médicaux	253 (9.8%)	920 (35.7%)	1405 (54.5%)
	Motifs traumatiques	157 (8.4%)	949 (51.2%)	751 (40.4%)
	Motifs psychiatriques	17 (17.9%)	42 (44.2%)	36 (37.90%)

Tableau 7 : Evaluation des recours selon les motifs et selon les jours ouvrés

Pour les motifs médicaux on note un taux d'hospitalisation de 14.7% pour les patients consultants spontanément en semaine et un taux de 14.7% en weekend ou un jour férié.

Pour les présentations traumatiques, le taux d'hospitalisation est de 4.10% en semaine contre 4.5% en jour non ouvré.

Enfin pour les troubles psychiatriques, le pourcentage d'hospitalisation pour les patients consultants spontanément est de 47.5% en semaine et de 30.5% les weekend et jours fériés.

		Hospitalisés	Non hospitalisés
Semaine	Motifs médicaux	593 (14.7%)	3425 (85.3%)
	Motifs traumatiques	127 (4.1%)	2919 (95.9%)
	Motifs psychiatriques	97 (47.5%)	107 (52.5%)
Week end et Jours fériés	Motifs médicaux	379 (14.7%)	2199 (85.3%)
	Motifs traumatiques	84 (4.5%)	1773 (95.5%)
	Motifs psychiatriques	29 (30.5%)	66 (69.5%)

Tableau 8 : Devenir des patients selon les motifs et les jours ouvrés

c. Détail selon les motifs :
-les motifs médicaux :

En détaillant chacun des motifs médicaux, on peut observer une disparité dans le jugement du recours.

Ainsi on peut dès lors observer que les motifs de consultations qui ont le plus souvent été évalués comme gérable en médecine de ville sont les recours spontanés pour un problème relevant de la dermatologie soit 68.60% d'entre eux. Les "douleurs articulaires ou douleur d'un membre" suivent de près (68.40%), puis les consultations spontanées pour symptomatologie ORL ou odontologique (66.80%). On constate donc que pour ces trois motifs de consultation, plus de deux tiers des patients ont été évalués comme "gérables en ville" et ne relevant pas de la médecine d'urgence.

Parmi les autres motifs dont les recours sont majoritairement diagnostiqués comme gérables en ville, on retrouve les motifs "divers" (57.3%), les motifs pour une symptomatologie digestive hors douleur abdominale (54%), les motifs ophtalmologiques (53.2%) et les consultations spontanées pour céphalées (50%).

Les recours des patients consultants pour les autres motifs ont été moins estimés comme gérables en ville. En effet, les patients dont les recours ont le plus souvent été jugés comme relevant d'une prise en charge aux SAU sont les patients consultants pour "Altération de l'Etat Général" (AEG), douleur abdomino-pelvienne, douleur thoracique ou palpitation, toux ou dyspnée et les patients consultants de façon spontanée suite à l'apparition d'un trouble neurologique.

Par ailleurs, on retrouve un plus fort taux de patients classés en « situation intermédiaire » pour les motifs de consultation en rapport avec des AEG, des céphalées, des motifs divers, des douleurs thoraciques, des symptomatologies digestives ou des troubles neurologiques.

Motifs	Nombre	Situation intermédiaire	Médecine d'urgence	Gérable en ville
AEG	106	14 (13.2%)	53 (50%)	39 (36.8%)
Céphalées	218	29 (13.3%)	80 (36.7%)	109 (50%)
Dermatologie	868	62 (7.2%)	210 (24.2%)	596 (68.6%)
Divers	68	9 (13.3%)	20 (29.4%)	39 (57.3%)
Douleur abdomino-pelviennes	1655	166 (10%)	749 (45.3%)	740 (44.7%)
Douleur articulaire / d'un membre	1270	90 (7.1%)	311 (24.5%)	869 (68.4%)
Douleur thoracique/Palpitation	571	67 (11.7%)	259 (45.4%)	245 (42.9%)
Dyspnée / Toux	264	22 (8.4%)	118 (44.7%)	124 (46.9%)
Ophthalmologie	267	19 (7.1%)	106 (39.7%)	142 (53.2%)
ORL/Odontologie	590	44 (7.4%)	152 (25.8%)	394 (66.8%)
Symptomatologie digestive	259	34 (13.2%)	85 (32.8%)	140 (54%)
Trouble neurologique	460	60 (13.1%)	210 (45.6%)	190 (41.3%)

Tableau 9 : Evaluation des recours selon les motifs médicaux

On constate également une grande disparité en étudiant le devenir des patients consultants spontanément pour des motifs médicaux. On retrouve ainsi un plus fort taux d'hospitalisation chez les patients consultants spontanément pour une altération de l'état général avec un taux de 41.8% d'hospitalisation.

Les autres présentations cliniques ayant nécessité fréquemment une hospitalisation sont les douleurs abdomino-pelviennes, les consultations pour symptomatologie digestives, les consultations pour dyspnée ou toux, les consultations pour trouble neurologique avec respectivement des taux d'hospitalisation de 25.3%, 25.1%, 23.5% et 22.6 %.

En revanche, on retrouve les plus faibles taux d'hospitalisation pour les patients consultants pour des motifs ophtalmologiques (1% d'hospitalisation), les motifs dermatologiques (6.10% d'hospitalisation), les consultations pour douleur articulaire ou douleur d'un membre (6.20% d'hospitalisation) et les consultations pour motif ORL ou odontologique avec un taux d'hospitalisation de 8%.

Motifs	Nombre	Hospitalisation	RAD	PSA	CA	Pourcentage de patients hospitalisés
AEG	106	44	60	0	2	41.60%
Céphalées	218	19	197	0	2	8.70%
Dermatologie	868	53	808	3	4	6.10%
Divers	68	5	62	0	1	7.40%
Douleur abdomino-pelviennes	1655	418	1188	11	38	25.30%
Douleur articulaire / d'un membre	1270	78	1172	9	11	6.20%
Douleur thoracique/Palpitation	571	73	483	4	11	12.80%
Dyspnée / Toux	264	62	192	3	7	23.50%
Ophthalmologie	267	4	261	1	1	1%
ORL/Odontologie	590	47	540	0	3	8%
Symptomatologie digestive	259	65	189	1	4	25.10%
Trouble neurologique	460	104	347	0	9	22.60%

Tableau 10 : Devenir des patients selon les motifs médicaux

- Les motifs traumatiques :

Pour la traumatologie, on retrouve sur cette étude l'inclusion de 4903 patients. Parmi eux, 2333 (47.5%) ont été diagnostiqués comme justifiant d'une prise en charge dans un service d'urgence. 2191 d'entre eux (44.6%) ont été évalués comme gérables en ville et 379 patients (7.9%) ont été classés en "situation intermédiaire".

Concernant le devenir des patients consultants spontanément pour motif traumatique, 4668 ont pu quitter le service après la prise en charge soit 95.2% de l'effectif. On recense également 6 patients partis sans attendre et 18 patients sortis contre avis médical. Seulement 211 patients ont été hospitalisés soit 4.8%.

Il est à noter que parmi ces 4903 patients, 1129 d'entre eux (23%) ont été pris en charge pour des plaies cutanées.

- Les motifs psychiatriques :

Les consultations spontanées pour motifs psychiatriques ont représenté 299 consultations sur l'année 2017. L'évaluation de ces recours retrouvait que 106 de ces consultations soit 35.5% auraient pu être réalisées en ville, 144 consultations (48%) relevaient de la médecine d'urgence et 49 consultations (16.5%) étaient classées en « situation intermédiaire ».

On y retrouve également que parmi ces 299 patients, 126 ont été hospitalisés soit 42% de l'effectif, 5 sont sortis contre avis médical, 2 sont partis sans attendre et 166 patients ont pu quitter le service après la consultation.

d. Détail selon le jour en semaine :

La comparaison de l'évaluation des recours selon le jour de la semaine retrouve des motifs de consultations jugés plus facilement gérables en ville lors de la semaine que pendant le week end.

Les consultations ayant eu lieu le samedi et le dimanche sont respectivement jugées gérables en ville dans 48.6% et 47.7% des cas alors que les taux sont supérieurs à 51% en semaine (à l'exception du jeudi). L'analyse en Chi2 de ces données retrouve des résultats significatifs avec une valeur de p à 3.1×10^{-4} .

On ne retrouve pas de différence en fonction des jours concernant le taux de patients dont le recours a été évalué comme situation intermédiaire.

	Nombre	Situation intermédiaire	Médecine d'urgence	Gérable en ville
Lundi	1836	159 (8,6%)	700 (38,1%)	977 (53,3%)
Mardi	1449	125 (8,6%)	575 (39,7%)	749 (51,7%)
Mercredi	1537	134 (8,7%)	583 (37,9%)	820 (53,4%)
Jeudi	1530	143 (9,3%)	677 (44,2%)	710 (46,5%)
Vendredi	1400	127 (9%)	549 (39,2%)	724 (51,8%)
Samedi	1820	147 (8%)	790 (43,4%)	883 (48,6%)
Dimanche	2226	209 (9,3%)	956 (43%)	1061 (47,7%)

Tableau 11 : Evaluation des recours selon les jours de la semaine

e. Détails selon le mois :

On retrouve des consultations ayant été évaluées comme plus facilement gérables en médecine de ville lors des mois de juin, juillet et août avec respectivement des taux à 54.9%, 57.8% et 56.7%.

Concernant les mois de janvier, février, novembre et décembre, ce sont ces mois où les consultations sont les moins jugées comme gérables en médecine libérale avec un taux inférieur à 47% pour ces quatre mois.

On retrouve un plus fort taux de patients dont le motif de consultation a été évalué comme « situation intermédiaire » au cours du mois de janvier.

L'analyse statistique par le test du Chi2 retrouve des résultats significatifs avec une valeur de p égale à 5.1×10^{-16} .

	Nombre	Situation intermédiaire	Médecine d'urgence	Gérable en ville
Janvier	839	111 (13,2%)	371 (44,2%)	357 (42,6%)
Février	807	63 (7,8%)	377 (46,7%)	367 (45,5%)
Mars	919	58 (6,3%)	405 (44%)	456 (49,7%)
Avril	1086	98 (9%)	456 (42%)	532 (49%)
Mai	1045	90 (8,6%)	426 (40,8%)	529 (50,6%)
Juin	1145	108 (9,4%)	409 (35,7%)	628 (54,9%)
Juillet	1111	86 (7,7%)	383 (34,5%)	642 (57,8%)
Août	1006	77 (7,6%)	359 (35,7%)	570 (56,7%)
Septembre	1044	101 (9,6%)	419 (40,1%)	524 (50,3%)
Octobre	1025	97 (9,5%)	423 (41,3%)	505 (49,2%)
Novembre	892	73 (8,2%)	408 (45,7%)	411 (46,1%)
Décembre	879	82 (9,3%)	393 (44,7%)	404 (46%)

Tableau 12 : Evaluation des recours selon les mois

f. Détail selon l'horaire de consultation :

L'analyse de l'évaluation des recours en fonctions des tranches horaires retrouve des consultations estimées comme volontiers gérables en médecine ville lorsqu'elles ont lieu en journée entre 8h et 20h (52%) avec une analyse en Chi2 retrouvant une valeur de p égale à 1.3×10^{-8} . On y retrouve un taux constant de « situation intermédiaires ».

	Nombre	Situation intermédiaire	Médecine d'urgence	Gérable en ville
0h -7h59	1774	147 (8,3%)	823 (46,4%)	804 (45,3%)
8h-19h59	7986	715 (9%)	3114 (39%)	4157 (52%)
20-23h59	2038	182 (9%)	893 (43,8%)	963 (47,2%)

Tableau 13 : Evaluation des recours selon les tranches horaire de consultation

8) Impact de la filière courte :

Un système de "filiarisation" a été mis en place dès la réintégration des locaux habituels du SU après rénovation. La "filière courte" a été introduite afin d'accueillir les patients valides et autonomes et pour lesquels la quantité des soins envisagés est peu élevée.

L'étude de l'impact sur la fréquentation du SAU par les patients consultants spontanément retrouve 1701 patients inclus dans l'échantillon lors des jours ouvrés et 967 lors des weekends ou jours fériés avant la mise en place de cette filière. Nous retrouvons ainsi une moyenne de 25.7 passages par jour pour les jours ouvrés et 35.8 passages par jour pour les jours non ouvrés.

A partir de la mise en place de la filière courte, on dénombre 5606 consultations spontanées les jours ouvrés et 3524 les jours non ouvrés. On y retrouve ainsi une moyenne de 30.4 consultation spontanées par jour lors des jours ouvrés et une moyenne de 40 consultations spontanées par jour les weekends ou les jours fériés.

		Nombre de jours	Nombre de consultations	Moyenne par jour
Avant la filière courte	Jours ouvrés	66	1701	25,7
	Jours non ouvrés	27	967	35,8
Après la filière courte	Jours ouvrés	184	5606	30,4
	Jour non ouvrés	88	3524	40

Tableau 14 : Impact de la filière courte sur le nombre de consultations

DISCUSSION :

1) Les points forts de cette étude :

- Il s'agit d'une étude prospective
- La durée d'un an a permis un recueil de données représentatif de l'activité du SAU
- L'usage d'un logiciel informatique a permis une réelle exhaustivité des données recueillies et un nombre de patients inclus conséquent

2) Les points faibles de cette étude :

- Il s'agit d'une étude mono centrique
- Le déménagement qui a eu lieu lors du début de l'étude peut avoir perturbé le fonctionnement du SAU avec une augmentation des temps d'attente et donc potentiellement moins de patients inclus car ceux-ci seraient partis avant tout prise en charge
- Le faible nombre de données étudiées
- Le biais de jugement possible lors de l'évaluation du recours

Le biais de jugement est du fait du médecin évaluant le recours (le classant donc comme « gérable en ville », relevant de la médecine d'urgence ou se situant dans une situation dite intermédiaire).

Ce médecin exerce au sein d'une structure d'urgence et peut donc plus difficilement se projeter sur l'activité et les possibilités de soins en médecine libérale. Cependant l'équipe médicale exerçant à Thionville est composée de médecins de tout âge et toutes expériences confondues. Certains d'entre eux exercent par ailleurs également une activité libérale de médecine générale (remplacements) ce qui peut limiter l'importance de ce biais. Idéalement le recours aurait dû être évalué par un panel de médecins incluant généralistes et urgentistes. Toutefois ceci aurait été trop difficile à organiser compte tenu de la taille de l'échantillon. De plus le critère d'évaluation ne se réalisait pas a posteriori et relevait de l'appréciation seule du médecin en charge du patient.

Contrairement à d'autres travaux similaires (24–28), un plus faible nombre de paramètres ont été étudiés.

En effet, dans ces autres études des questionnaires avait été distribués aux patients consultants de façon spontanée afin de renseigner, leur niveau de vie, leur niveau d'étude,

s'ils avaient déclaré un médecin traitant (26), la durée d'apparition des symptômes, l'éloignement des patients vis-à-vis de l'hôpital, et la raison principale pour laquelle ceux-ci préféraient une consultation dans un SU (25).

Dans l'étude réalisée à Bordeaux (26), un rappel des patients a été également effectué à J7 de leur sortie du SU afin de s'assurer de leur survie. Cependant aucune de ces études n'a duré plus de 28 jours et la taille du plus grand échantillon était de 1109 patients (28).

Compte tenu de la taille de notre échantillon, nous avons préféré axer notre analyse sur des critères référencés simplement via le logiciel résurgences, ainsi que l'évaluation finale du recours par le médecin en charge du patient.

3) Description de la population :

Notre population incluse dans l'étude était en majorité masculine (54.2% d'hommes) avec une moyenne d'âge de 41.6 ans et un écart type de 12 ans. Il s'agit donc ici d'une population dont la moyenne d'âge est semblable celle de la population française (41.2 ans) (29).

Dans les études réalisées à Givors (28), Bordeaux (26) et Nanterre (24), on retrouvait une moyenne d'âge plus basse des patients consultants de façon spontanée avec respectivement des moyennes d'âge de 29 ans, 36 ans et 33 ans. En revanche les moyennes d'âge étaient plus élevées dans les études faites au Centre hospitalier Métropole Savoie (25) et au Centre hospitalier de Trinité (27) avec des moyennes d'âge respectives de 45.1 ans et de 57.8 ans.

La différence d'âge constatée entre notre étude et celle réalisée au Centre hospitalier de Trinité ne s'explique pas par la moyenne d'âge de la population Martiniquaise qui est de 42 ans (30) et est donc semblable à la population métropolitaine française. En revanche cette différence peut s'expliquer par le fait que l'échantillon choisi lors de l'étude réalisée en Martinique comprenait des patients n'ayant pas consulté par leur propres moyens et ayant donc bénéficié d'une prise en charge en ambulance ; ceci peut donc expliquer en partie pourquoi leur moyenne d'âge est plus élevée que dans notre étude.

De même dans l'étude menée à Givors (28), la moyenne d'âge de 29 ans peut s'expliquer par l'inclusion de patients mineurs avec 28% de leur population ayant moins de 15 ans.

Pour le sex-ratio, seule l'étude réalisée au Centre hospitalier de la Trinité (27) retrouvait une majorité de femme, cependant ces données ont été étudiées sur un plus petit échantillon (154 patients).

On retrouve donc des données comparables avec les autres études réalisées en termes de population consultant de façon spontanée, le patient type étant un homme âgé de 41 ans.

Concernant les tranches d'âge, notre étude montre une majorité de patients repartis sur les tranches d'âge de 18-25 ans, 26-35 ans et 36-45 ans. On note ensuite la décroissance du nombre de consultation par tranche d'âge. Des études similaires (25,26) retrouvent cette même tendance avec un plus fort nombre de consultations au sein des tranches d'âges plus jeunes suivies d'une décroissance avec l'âge avançant.

Une explication donnée été le renforcement dans la relation entre le patient et son médecin avec le temps, privilégiant ainsi la consultation hors SU. Cependant on peut aussi mettre en avant l'augmentation des comorbidités avec l'âge, réduisant ainsi l'autonomie et donc réduisant la possibilité de consultation au SU par leurs propres moyens.

D'ailleurs dans l'enquête de la DREES réalisée en 2003 concernant les usages des services d'urgences, on retrouve cette tendance à l'usage de transports par ambulances pour se rendre dans les SU à partir de 50 ans (31).

4) Répartition des consultations :

Dans notre étude, on retrouve un nombre de consultations plus élevé le lundi que les autres jours de la semaine suivi d'une recrudescence le samedi et un nombre plus élevé de consultations le dimanche. Cette proportion plus élevée le weekend s'explique principalement par la fermeture des cabinets médicaux. Concernant les passages en SAU plus fréquents le lundi, on peut évoquer la surcharge de travail dans les cabinets de médecine libérale compliquant alors l'accès aux soins de ville pour les patients (32).

Contrairement à nos attentes avant le début de cette étude, on retrouve un plus fort taux de consultations lors des mois estivaux. En effet on note un nombre de consultations bien plus bas sur les mois de janvier, février et mars que lors de mois suivants. Une nette diminution est observable lors des mois de novembre et décembre.

Cette recrudescence des consultations estivales peut alors s'expliquer en partie par la plus forte proportion des médecins libéraux prenant leurs congés sur les mois d'été. En revanche ils se montrent plus disponibles lors des mois d'hiver afin de faire face aux pics épidémiques (32). De plus, il est possible que l'usage des locaux provisoires lors du déménagement du début d'année, avec des accès plus difficiles dans l'hôpital, ait pu être un « frein » à la consultation pour les patients les moins urgents.

L'étude des horaires de consultation retrouve une part majoritaire des passages ayant eu lieu en période d'ouverture des cabinets médicaux. Que ce soit en semaine ou en weekend,

les consultations sont plus nombreuses entre 8h et 20h avant de subir une diminution entre 20h et minuit. En nuit profonde, entre minuit et 8h, la diminution est encore plus franche.

L'enquête de la DREES de 2003 retrouvait une répartition des consultations similaire (31). On peut donc s'apercevoir que la majorité des patients venant consulter de façon spontanée au SU le font au moment d'ouverture des cabinets médicaux (horaires ouvrables ou permanence des soins de santé entre 20h et minuit). Seule une minorité d'entre eux se présente lorsque la permanence des soins n'est pas systématiquement assurée lors de la nuit profonde (21).

5) Etude des motifs de consultation :

L'étude des motifs de consultations retrouve une majorité de consultations pour des troubles d'ordre médicaux, soit 55.9% d'entre elles sur une année, contre 41.6% pour des étiologies traumatiques. Un nombre bien plus faible concerne des motifs psychiatriques avec une proportion de 2.5% du total pour l'année 2017 au SAU de Thionville.

L'enquête réalisée par la DREES en 2003 retrouvait le même taux de consultations pour les motifs psychiatriques. En revanche, elle montrait un taux de consultations pour des motifs médicaux égal à celui des consultations pour traumatologie (31).

L'étude réalisée à Bordeaux retrouvait des résultats similaires à notre étude. Elle observait une majorité de consultations pour motifs médicaux, à hauteur de 58% d'entre elles, contre 38 % de prise en charges traumatologiques (26).

A l'inverse, les études réalisées à l'hôpital de Givors et de Nanterre révélaient que les motifs traumatiques étaient majoritaires avec respectivement 63% et 53.8% des consultations spontanées (24,28).

a. Les motifs médicaux :

En détaillant ces consultations et recours on retrouve dans notre étude une majorité de patients consultants pour des motifs douloureux. On a pu observer que 25% des patients ont consulté pour des douleurs abdomino-pelviennes, 19.2% pour des douleurs articulaires ou d'un membre, 9% pour des douleurs thoraciques et 3% pour des céphalées. La proportion des algies d'origine ORL ou odontologiques n'a pas été évaluée, ce qui aurait pu encore majorer la quantité de patients consultants pour motif douloureux.

Une étude réalisée à l'hôpital d'Indianapolis en juin 2000 retrouvait que 60% des patients consultants aux urgences ressentaient une douleur aiguë. Pour 85% d'entre eux,

celle-ci constituait le motif principal de leur recours aux urgences (33). Le rapport de la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier mesurait quant à lui une prévalence des patients consultants pour douleur de 68% (34).

La douleur a insuffisamment été étudiée dans notre étude, ou tout du moins potentiellement sous-évaluée. En effet lors de la saisie des anamnèses par l'IAO à l'accueil des patients ou lors de l'évaluation diagnostique médicale à la fin des prises en charge les « contextes douloureux » n'ont pas toujours été mis en avant comme étant les motifs principaux de recours. Par exemple une « entorse de cheville » n'aura pas été systématiquement incluse dans l'effectif des « douleurs » alors qu'on imagine aisément le processus algique sous-jacent.

Concernant les autres motifs médicaux, on retrouve une forte prévalence de motifs dermatologiques qui représente 13.2% des consultations pour motif médical sur l'année 2017 soit 868 consultations. L'analyse statistique de ces résultats retrouvait une recrudescence de ces consultations à partir de mois d'avril avec un pic en juin et juillet suivi d'une décroissance. En se référant aux bulletins locaux de l'activité pollinique sur l'année, on retrouve des données pouvant expliquer cette recrudescence saisonnière avec des pics polliniques à partir d'avril pour les pollens de bouleau et de saule, ainsi qu'un pic majeur d'activité pollinique pour les graminées en juin et juillet (35). Ce nombre peut aussi s'expliquer par le délai nécessaire aux patients afin d'obtenir un rendez-vous de consultation spécialisé.

Les « douleur thoracique ou palpitations » ont représenté 571 consultations soit 4.8% de l'effectif total. De même les consultations pour trouble neurologique ont représenté 460 consultations soit 3.9% de l'ensemble. On peut expliquer les faibles proportions pour ces groupes de pathologies dans notre étude par des recours préalables à un avis médicalisé via le centre 15 probablement plus nombreux que pour d'autres symptomatologies. Ainsi ces patients ont moins souvent été inclus dans le groupe étudié.

Les patients consultants pour un trouble digestif (sans douleur associée) représentaient 259 passages au SU soit 2.2% de l'effectif total. Il s'agit ici d'un faible taux car il ne représente que les patients n'évoquant aucune douleur associée. A l'inverse un grand nombre de patients inclus dans le groupe des « douleurs abdomino-pelviennes » présentaient quant à eux des troubles digestifs associés.

Les consultations pour motifs ORL ou odontologiques et pour dyspnée ou toux sont plus nombreuses (respectivement 590 patients soit 5% de l'effectif et 264 patients soit 2.2%) car il s'agit de pathologies courantes en soins primaires. L'analyse du caractère saisonnier de ces consultations n'a pas montré de résultats significatifs.

L'ophtalmologie a représenté 267 consultations soit 2.2% de l'effectif total. Ce faible nombre de consultations peut être expliqué par l'absence d'une structure d'accueil des urgences ophtalmologiques au CHR de Thionville, comme cela peut être le cas dans d'autres hôpitaux.

Concernant les consultations pour altération de l'état général, on y retrouve 106 patients sur l'année. Ceci s'explique notamment par l'association fréquente de ces groupes de pathologies à d'autres troubles somatiques ou psychiatriques. Elles ont par conséquent été comptabilisées dans d'autres groupes.

Enfin les motifs de consultations « divers » incluaient essentiellement des patients venant aux urgences pour des demandes de certificats médicaux ou de bilans sanguins suite à des accidents d'exposition sanguins ou sexuels.

b. Les motifs traumatiques :

Notre étude a permis l'inclusion de 4903 patients correspondant donc à 41.6% de l'effectif total. On y retrouve une moyenne d'âge de 40.5 ans avec un écart type de 16 ans. Cet effectif inclue une majorité d'hommes avec 2857 consultations soit 58% d'hommes.

Il s'agit donc ici d'une population dont l'âge moyen est similaire à l'effectif global, en revanche la proportion d'homme y est supérieure. L'étude réalisée par la DREES en 2003 retrouvait également ce sexe ratio majoré pour les hommes pour les motifs d'ordre traumatique (31).

Malheureusement, faute d'exhaustivité dans le recueil des données, il ne nous a pas été possible d'étudier d'avantage ces motifs traumatiques, notamment le caractère professionnel, domestique ou sportif de l'accident en cause.

L'analyse des résultats à la recherche d'une variation saisonnière des recours spontanés pour traumatologie n'a pas retrouvé de résultats significatifs avec un test du Chi2 estimant une valeur de p à 0.052.

c. Les motifs psychiatriques :

Les recours spontanés au SU pour les troubles psychiatriques ont représenté 299 consultations soit 2.5% de l'effectif total.

Cette faible proportion peut s'expliquer en partie par une sous-évaluation initiale. En effet, de nombreuses consultations pouvant s'inscrire dans les troubles psychiatriques étaient représentées par des troubles anxieux avec une somatisation psychogène au premier plan (comme par exemple des douleurs thoraciques ou des troubles neurologiques).

6) Evaluation des recours :

Nous avons volontairement choisi de ne pas se référer à la classification CCMU mais de créer notre propre évaluation. En effet la classification CCMU permet une première évaluation du recours.

Les patients étant classés CCMU 1 n'ayant donc bénéficié d'aucun examen complémentaire ni traitement étaient donc logiquement gérables dans un cabinet de médecine générale. A l'inverse les patients classés CCMU 3 et présentant donc un état susceptible de se dégrader trouvent plus naturellement leur place dans un service d'urgence.

La distinction est plus délicate pour les patients classés CCMU 2 qui constituent d'ailleurs la majeure partie d'entre eux. Il s'agit souvent des patients ayant bénéficié d'examens complémentaires au SU et qui quittent le service avec un traitement instauré ou parfois sont hospitalisés secondairement. Pour une partie de ces patients il est légitime de penser que ces examens complémentaires peuvent être réalisés en ambulatoire en cabinet de médecine libérale. On rencontre néanmoins également des situations plus « douteuses » au cas par cas pouvant rendre pertinente la prise en charge au SAU, même pour ces patients CCMU 2.

L'évaluation des recours a été rendue possible dans notre étude par la création d'un onglet spécifique dans le logiciel « Résurgence » permettant au médecin en charge du dossier de statuer.

La création de cette évaluation spécifique à notre étude a permis donc de s'affranchir de l'absence de distinction fine des patients classés CCMU 2. Il était toutefois possible aux médecins du service d'évaluer des patients comme relevant d'une « situation intermédiaire » au cas par cas. Cette classification était préférentiellement utilisée pour des patients dont la prise en charge en médecine libérale ou au contraire en médecine d'urgence ne pouvait être indubitablement tranchée.

On constate alors que les patients ayant consulté de façon spontanée au SAU de Thionville en 2017, tous motifs confondus, aurait pu être gérés en médecine de ville pour 50.2% d'entre eux après évaluation médicale. Pour 40.9% des patients, le médecin ayant pris en charge le dossier considérait que le passage au SU était approprié. Enfin les médecins se prononçaient dans 8.9% des cas en faveur d'une « situation intermédiaire ».

a. Comparaison avec les autres études :

L'étude réalisée au Centre hospitalier de Métropole Savoie mettait en évidence une proportion de 77% de patients qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge en médecine de ville (25). Ce chiffre était retrouvé grâce à un questionnaire distribué au médecin en charge des patients. La différence de la proportion de patients gérables en ville avec celle de

notre étude peut s'expliquer par des modalités d'inclusions différentes. En effet l'étude savoyarde ne s'effectuait qu'en journée et en semaine, c'est-à-dire uniquement aux heures ouvrables des cabinets médicaux, contrairement à notre recrutement qui était effectué sans interruption, y compris la nuit et les jours non ouvrés. De plus le type d'activité de ce centre d'urgences (avec des recours spontanés représentant plus de 50% de l'activité de leurs SU) peut influencer sur les résultats. A noter que leur étude a été réalisée fin avril donc en dehors des afflux saisonniers liés aux stations de sport alpin.

Les travaux réalisés à Bordeaux évaluaient quant à eux les recours en se référant à la classification CCMU (26). On y retrouvait 31.25% de patients consultants spontanément classés en CCMU 1 et considérés comme « gérables en médecine de ville ». Par contre, pour 65% des patients classés CCMU 2 il n'était pas possible de se prononcer sur la pertinence de réaliser des actes diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire. Il ne leur était donc pas possible de pondérer ce taux de patients classés CCMU 2 afin d'extraire la population pouvant être prise en charge en ambulatoire.

L'étude du Centre hospitalier de Trinité essayait de s'affranchir du biais de jugement en interrogeant à la fois un médecin urgentiste et un médecin exerçant en libéral (27). Le taux de consultations dans leur SAU jugé comme « inapproprié » était de 68%. Il s'agissait d'une moyenne entre l'évaluation à 75% des médecins libéraux interrogés contre 59% du point de vue des médecins urgentistes. Ce taux plus élevés de consultations jugées inappropriés était expliqué en partie par le fait que la Martinique rencontre un problème de démographie médicale et d'accès aux soins primaires avec un nombre plus faible de médecins libéraux rapporté à la population (36).

Cette possibilité de gestion en ambulatoire des patients classés CCMU 2 est expliquée dans l'étude réalisée à Givors (28). En effet on y retrouve 26% de patients classés CCMU 1 et 72% de patients CCMU 2 soit un total de 98%. Ce chiffre correspond au nombre de patients qui n'ont pas été hospitalisés. Une des conclusions de leurs travaux met en avant la sur fréquentation des services d'urgences. Elle est expliquée comme étant la résultante des ressentis symptomatologiques des patients, potentiellement surévalués et anxiogènes, associés à la méconnaissance des usagers des possibilités de la médecine ambulatoire.

Notre étude permettait donc de bien faire la distinction entre les patients pouvant être pris en charge en ambulatoire et ceux relevant d'une prise en charge hospitalière en SAU, et ce, sans se servir de la classification CCMU plus souvent utilisée. La proportion de patients dont la prise en charge est possible de façon ambulatoire est de 50.2% selon nos données. Elle diffère avec les chiffres retrouvés dans d'autres études.

Cette différence peut aussi être expliquée par l'activité du SAU de Bel Air où les recours spontanés n'ont représentés que le tiers des admissions sur 2017 contrairement à d'autres études où les consultations spontanées étaient majoritaires.

b. Comparaison selon les motifs :

Les motifs médicaux :

On retrouvait dans notre étude un plus fort taux de patients possiblement gérables en médecine de ville dans les groupes de patients consultants pour des motifs ORL ou odontologiques, pour des motifs dermatologiques ou consultant spontanément suite à la survenue d'une douleur articulaire ou d'un membre.

Pour le groupe des consultants spontanément pour motif ORL ou odontologique, le taux de patients jugé comme étant gérables en ville est de 66.8%. Il peut s'expliquer notamment par l'absence fréquente de la nécessité d'examens complémentaires. Les exemples typiques sont les patients consultant pour une angine, une otite ou douleur dentaire. Les patients de ce groupe ayant été classés comme justifiant d'un recours au SAU étaient ceux ayant présentés des complications ou ayant nécessité un avis spécialisé urgent avec typiquement des patients présentant des complications des pathologies précédemment cités comme par exemple un phlegmon péri-amygdalien.

Il en est de même pour les motifs dermatologiques. Ceux-ci étaient fréquemment évalués comme relevant d'une prise en charge en médecine libérale. Il s'agissait souvent d'une consultation avec parfois la réalisation d'un examen complémentaire (exemple : gale, piqure d'insecte, éruption virale). Dans ce groupe on retrouve un taux de 24,2% patients pour lesquels le recours au SAU était évalué comme justifié. Il s'agit principalement des patients ayant manifesté des symptomatologies allergiques et ayant nécessité une surveillance hospitalière temporaire.

Concernant les « douleurs articulaires ou douleur d'un membre », les patients consultants pour ces motifs pouvaient relever d'une prise en charge en médecine libérale dans 68.4% des cas. Ce fort taux peut s'expliquer par l'absence fréquente d'impotence fonctionnelle handicapante inhérente à l'échantillon étudié. En effet les patients se présentant spontanément aux urgences sont dans la majeure partie des cas capables de se mouvoir de manière autonome. Les exemples typiques sont les patients consultants pour des tendinopathies ou douleur lombaire. Pour 24.5% d'entre eux, dont le recours au SAU était justifié, une antalgie d'urgence sur des présentations hyperalgiques était le plus souvent nécessaire (on peut retenir l'exemple de pathologies rhumatologiques avec des poussées inflammatoires articulaires).

Les motifs divers représentaient souvent des demandes de certificats médicaux pouvant donc également être réalisés en médecine libérale. Dans ce groupe, on retrouvait notamment les patients, personnels de santé entres autres, ayant été victime d'un Accident d'Exposition au Sang (AES). La justification du passage au SAU lors d'un AES pouvait correspondre au fait que les patients « sources » étaient souvent hospitalisés dans l'hôpital.

Les consultations pour symptomatologie digestive n'ont pas été évaluées comme relevant de la médecine d'urgence dans 54% des cas. En effet, il s'agissait essentiellement de patients non algiques, nécessitant un traitement symptomatique simple. Une consultation programmée avec un médecin spécialiste était par la suite mise en place. Ce type de prise en charge est à l'évidence parfaitement possible en cabinet de médecine générale (on peut retenir l'exemple d'un patient consultant pour une poussée hémorroïdaire ou un reflux-gastro-œsophagien). A l'inverse, les recours justifiés au SU pour ces motifs correspondaient souvent aux hémorragies d'origines digestives pour lesquels un recours rapide au spécialiste était nécessaire.

Les consultations pour motifs ophtalmologiques étaient aussi jugées comme étant majoritairement réalisables en médecine de ville. En effet l'examen clinique et les soins de premières intentions réalisables au SAU pouvaient tout aussi bien être effectués dans un cabinet de médecine générale (prise en charge de conjonctivite ou de pathologies des paupières de type chalazion ou orgelet), de même que le renvoi du patient vers un centre spécialisé. Cependant le recours au SAU était estimé comme justifié dans 39.7% des cas. Ce chiffre, relativement élevé, pouvant être expliqué par la gêne ou l'anxiété importante ressentie par ces patients. La privation ou l'amoindrissement brutal du sens de la vision, anxiogène au possible, en particulier dans le cadre d'un accident professionnel ou domestique survenant en nuit profonde est un exemple typique de passage "justifié" en SAU. On pourra y retenir l'exemple des corps étranger oculaire avec la gêne occasionnée dans le champ visuel.

La moitié des patients consultants pour céphalées était jugée comme relevant d'une prise en charge en médecine libérale ; un examen clinique initial permettant souvent d'éliminer une étiologie urgente. L'autre moitié correspondait aux patients pour lesquels une antalgie efficace rapide était nécessaire ou pour qui l'examen clinique initial orientait vers la réalisation d'examen complémentaires au SAU, l'exemple type est celui du patient consultant pour céphalée qu'il caractérise comme d'apparition brutale.

Les consultations pour AEG sont souvent estimées comme plus difficilement gérables en médecine de ville. Ce groupe de patient est sanctionné par un fort taux d'hospitalisation (41.6%). On imagine aisément les difficultés rencontrées par ces personnes nécessitant des soins et présentant en parallèle plusieurs comorbidités avec un risque de décompensation. Même si les diagnostics ne sont pas systématiquement préoccupants et les prise en charge simples, par exemple pour un syndrome grippal chez un patient aux multiples comorbidités, le SAU est souvent "la porte d'entrée dans l'hôpital".

IAO (28/10/2017 10:51
Motif d'entrée: Asthénie depuis 1 semaine - Atcd epilepsie , HTA, DNID
Motif de venue (1):
Endocrino-métabolisme: Altération état général sans comorbidité
Pneumologie: Hypoxie avec SatO2 94-91 / 90-85%

Figure 11: Femme de 73 ans consultant pour asthénie. Découverte d'une fibrose pulmonaire, hospitalisée en pneumologie

Le groupe nosologique des douleurs abdomino-pelviennes nécessitait souvent une médication antalgique rapide d'une part et devait bénéficier d'investigations étiologiques d'autre part, essentiellement par la réalisation d'examens d'imagerie réalisés en urgence. C'est pourquoi ces motifs sont moins volontiers évalués comme étant gérables en médecine libérale. En effet les évolutions défavorables, parfois rapides et redoutables, avec des présentations cliniques "trompeuses" et fausement rassurantes sont légions.

IAO (15/06/2017 11:58
Motif d'entrée: Douleurs diffuse + hémorroïdes depuis 4j. Dit qu'il ne se sent pas bien. A l'accueil, patient algique, tachycarde.
Motif de venue (1):
Rhumatologie non traumatique: Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)
Priorisation: CIMU 5: Intervention < 240 min

Figure 12 : Homme de 54 ans, consultant pour douleurs et hémorroïdes. Hospitalisé en réanimation après découverte d'une insuffisance rénale aigue sur diarrhées

Dans la même logique diagnostique et étiologique, les douleurs thoraciques ou palpitations étaient elles aussi évaluées comme relevant plus fréquemment de la médecine d'urgence. Les conséquences potentiellement létales d'un défaut de prise en charge, même si les bilans revenaient rassurants, justifiaient d'une prise en charge en SAU et la réalisation d'un ECG voire d'autres examens complémentaires.

Pour illustrer au mieux les erreurs possibles, on peut retenir l'exemple d'un patient consultant car se sentant angoissé depuis le jour même, installé initialement en filière courte et chez qui l'ECG retrouve un syndrome coronarien. 3 heures d'attente suivi d'un transfert direct sur un plateau de coronarographie montrant le risque potentiel d'erreur médicale grave si l'on s'en tient au simple motif de venue. A l'inverse, on retrouve de nombreux patients installés d'emblée en SAUV devant des fortes suspicions de syndrome coronarien dès l'accueil par l'IAO et sortant du service après résultats des examens complémentaires.

De même, les consultations pour dyspnée ou toux étaient plus facilement considérées comme appropriés dans un SAU du fait de la potentielle gravité des causes de dyspnées. En effet ce groupe nosologique s'étend de la bronchite virale bénigne à

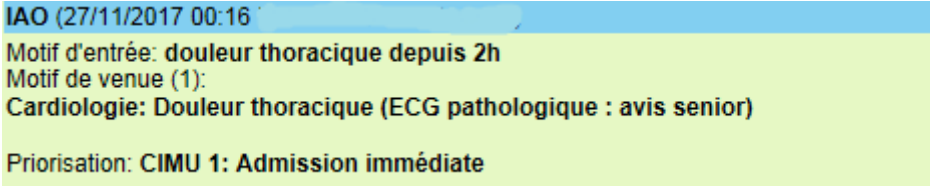
l'exacerbation de BPCO nécessitant sans délais d'une séance de ventilation non invasive. Les comorbidités et les contextes sociaux peuvent également influencer grandement sur les évaluations et sont à prendre en compte bien évidemment au cas par cas.

On pourra alors retenir l'exemple de patients consultants dans un contexte de toux, se révélant être des exacerbations de BPCO et chez qui l'altération de la fonction respiratoire au cours de la prise en charge rend le passage au sein du SAU obligatoire.

Souvent les résultats des bilans réalisés se révèlent rassurants et permettent une sortie du service sans hospitalisation secondaire. C'est essentiellement la nécessité d'obtention rapide des examens pour éliminer ou confirmer formellement les étiologies potentiellement graves et urgentes de douleur thoracique ou de dyspnée qui orientait les médecins en faveur d'une prise en charge justifiée en SAU pour ces patients. On pourra pour illustrer, citer l'exemple de patients consultants pour douleur thoracique chez qui l'examen clinique est en faveur d'une cause pariétale mais devant l'existence de facteur de risque ou d'antécédent, le clinicien a préféré réaliser des examens complémentaires afin d'écartier des causes graves de douleur thoracique (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, ...)

Enfin les troubles neurologiques ont souvent été évalués comme justifiant d'un passage et d'investigations en SAU. On peut penser que la gravité potentielle des étiologies sous-jacentes, parfois sur des présentations cliniques peu spectaculaires, suffisent à rendre les praticiens méfiants sur ces groupes de pathologies. On peut alors retenir l'exemple d'une patiente signalant un malaise avec une faiblesse des membres inférieurs se révélant être un syndrome de Guillain-Barré et ayant été hospitalisée en réanimation.

On constate donc, à travers l'étude de ces motifs médicaux, qu'il est très difficile de protocoliser et que chaque patient s'évalue au cas par cas indépendamment de son motif de venue. Certains motifs ayant une allure « simple » à prendre en charge cache parfois des pathologies trompeuses...



IAO (27/11/2017 00:16)
Motif d'entrée: douleur thoracique depuis 2h
Motif de venue (1):
Cardiologie: Douleur thoracique (ECG pathologique : avis senior)
Priorisation: CIMU 1: Admission immédiate

Figure 13: Patient de 33 ans consultant par ses propres moyens, ECG d'entrée retrouvant des signes ischémiques sur le territoire inférieur avec transfert direct en coronarographie

IAO (09/08/2017 22:38)

Motif d'entrée: Gêne thoracique, dit avoir une pointe depuis 2h lors d'un match de foot. Avant le match, dit ne pas se sentir bien, pense avoir forcé.

Motif de venue (1):

Cardiologie: Douleur thoracique (ECG non pathologique)

Priorisation: CIMU 3: Intervention < 60 min

Figure 14: Patient de 23 ans : douleur thoracique survenue à l'effort : élévation des enzymes cardiaques, échographie retrouvant une cardiopathie hypertrophique, hospitalisé en USIC.

Les motifs traumatiques :

On retrouve dans notre étude 4903 inclusions de patients ayant consulté spontanément pour un motif d'ordre traumatologique. Parmi eux, 2333 soit 47.5% de l'effectif, pouvaient être traités en consultation de médecine générale ou en médecine libérale, exemple type des entorses de cheville simples, des contusions ou des plaies simples non suturables.

Nous avons comparé nos résultats à ceux d'une étude réalisée en 2013 sur trois sites accueillant des patients consultants pour de la traumatologie (37). Cette étude réalisée en 2013 sur les sites de Grenoble, Chambéry et Annecy avait pour objectif de montrer la prévalence des consultations pour motif traumatique pouvant relever d'une prise en charge en cabinet libéral. A la différence de nos propres analyses, 61.1% des patients de cette étude auraient pu être pris en charge dans un cabinet de médecine générale. Ces résultats peuvent différer des nôtres du fait de leurs critères d'inclusion essentiellement. Les effectifs de l'échantillon arrivaient principalement pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et avaient déclaré un médecin traitant exerçant à proximité de l'hôpital. De ce fait étaient également exclus les patients de passage dans la région.

Une autre étude réalisée sur le même sujet retrouvait une prévalence de 43.5% de patients consultant pour de la traumatologie et pouvant être pris en charge en ville (38). Ces résultats se rapprochent davantage des nôtres mais ne peuvent cependant pas être comparés car leur inclusion se faisait uniquement le weekend.

Pour expliquer cette difficulté de prise en charge de la traumatologie dans les cabinet de médecine générale, l'étude réalisée en 2013 avait mis en place un protocole afin d'organiser une consultation d'expert composée à la fois de médecins urgentistes et de médecins généralistes (37). Les conclusions de ce protocole permettaient d'objectiver les motifs pour lesquels le recours à un médecin généraliste en cas de traumatisme pouvait s'avérer difficile ou insuffisant. Ci-dessous est rapportée une liste issue de ces travaux des situations relevant volontiers d'une prise en charge en service d'urgences :

- Une plaie grave
- Les circonstances du traumatisme
- La localisation spécifique d'une lésion
- La déformation ou luxation d'un membre
- La douleur intense
- Une fracture grave
- Les antécédents du patient
- La nécessité d'une suture esthétique
- Une brûlure grave
- La gravité de la lésion

On peut aussi penser qu'en traumatologie, les recours au SAU paraissent plus justifiés car il existe fréquemment un caractère soudain et brutal lié à un événement accidentel. Ces contextes aigus, nécessitant une prise en charge rapide, font apparaître les services d'urgence comme des lieux privilégiés et adaptés, dotés des personnels et des ressources techniques regroupés dans une même structure.

On peut alors prendre l'exemple typique d'une fracture du membre supérieur avec nécessité de traitement orthopédique survenue dans les suites d'une chute chez un patient jeune et valide. L'ensemble de cette prise en charge est en soi réalisable en cabinet de médecine libérale, cependant pour des aspects pratiques d'antalgie, de bilan radiologique, d'avis spécialisé et de réalisation d'une immobilisation, l'ensemble de cette prise en charge se justifie entièrement au sein d'un SU.

Les motifs psychiatriques :

Notre étude retrouve que seules 35.5% des consultations spontanées pour motifs psychiatriques auraient pu être réalisées en médecine libérale. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études avec lesquels ces résultats auraient pu être comparés.

On peut expliquer ce faible taux et cette tendance à la justification du passage en service d'urgences par l'aspect très "spécifique" d'une évaluation psychiatrique rigoureuse. En effet, les médecins généralistes, qu'ils aient une spécialisation complémentaire en médecine d'urgence ou non, peuvent ne pas être les intervenants et soignants les plus adaptés à l'évaluation d'une symptomatologie psychiatrique. En pratique, dans la structure Thionilloise, la collaboration avec le service de psychiatrie de liaison attaché au SAU de Bel Air est quasi systématique.

On pourra ainsi retenir différents exemple. Celui du patient consultant pour une symptomatologie anxieuse chez qui l'examen somatique rassurant permettait une sortie du

service après consultation avec prescription d'anxiolytiques ou d'un suivi en centre spécialisé, ce patient était alors souvent évalué comme pouvant relever de la médecine libérale. Le patient schizophrène à risque d'agitation et pouvant nécessiter une contention était typiquement le patient justifiant un passage au SAU. Quant aux patients « non inquiétants » au premier abord mais nécessitant tout de même une expertise psychiatrique avant sa sortie du service, ceci étaient classiquement évalués en « situation intermédiaire ».

c. Comparaison selon les modalités temporelles de consultation :

- Le jour de consultation :

L'étude de l'évaluation des recours en fonction des jours de la semaine retrouve des consultations qui pourraient être plus souvent gérées en libéral lorsqu'elles ont lieu du lundi au vendredi, à l'exception du jeudi.

Cette possibilité plus difficile de prise en charge de ces patients pendant le weekend et jours fériés peut s'expliquer notamment par la difficulté pour un médecin généraliste (ou médecin de garde) d'obtenir des examens complémentaires en dehors d'une structure hospitalière et d'assurer une surveillance adaptée. De plus les médecins évaluateurs de l'étude étant bien conscients de cet état de fait ont naturellement pris en compte ces paramètres pour les patients consultants les jours non ouverts. Cette nuance a pu introduire un biais d'interprétation situationnel ayant lui-même pu provoquer une "inflation" du nombre des recours évalués comme relevant de la médecine d'urgence pendant ces périodes.

Enfin, nous n'avons pas trouvé d'hypothèses logiques pouvant expliquer le plus faible nombre de situations évaluées comme relevant de la médecine libérale le jeudi.

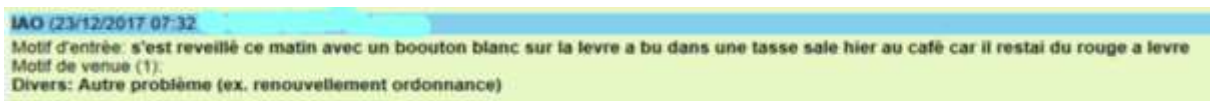
- L'horaire de consultation :

L'étude des horaires de consultation retrouve que les recours en SAU en journée entre 8h et 20h, donc aux horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux, sont plus souvent évalués comme relevant d'une prise en charge en médecine libérale (52% des consultations réalisable en médecine libérale la journée).

C'est l'inverse lorsque ceux-ci se déroulent en nuit profonde. Ils sont alors moins volontiers estimés comme n'étant pas gérables hors d'une structure hospitalière (46.4% de recours évalués comme justifiés au SAU en nuit profonde).

On peut penser pour expliquer ces résultats que les patients se présentant pendant les nuits dans les SAU, à des horaires donc moins "confortables", consulteraient davantage pour des symptomatologies d'allure urgente ou des motifs douloureux motivant leur recours vers un SU. Il faut également évoquer le biais d'interprétation des médecins évaluateurs qui prennent en compte le contexte de chaque patient avant de l'évaluer définitivement dans notre étude. Par exemple, l'évaluation du recours concernant une femme jeune consultant pour des signes fonctionnels urinaire ans le cadre d'une cystite simple ne sera pas le même si celle-ci consulte à 14h ou à 2h du matin. En effet sachant les défaillances de la permanence des soins, les médecins ayant participé à cette étude jugeront plus justifié le recours nocturne devant la gêne occasionnée et l'impossibilité pour la patiente d'obtenir des soins par un autre moyen que le passage au SAU.

On note également qu'il existe des recours en nuit profonde qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence. Les motifs sont parfois cocasses et leurs prises en charge ne sont hélas que peu détaillés dans les protocoles de médecine d'urgence ou de réanimation de première ligne. Certaines situations peuvent prendre les praticiens de garde complètement au dépourvu...



IAO (23/12/2017 07:32)
Motif d'entrée: s'est reveillé ce matin avec un bouton blanc sur la levre a bu dans une tasse sale hier au café car il restai du rouge a levre
Motif de venue (1):
Divers: Autre problème (ex. renouvellement ordonnance)

Figure 15: patient de 27 ans consultant en nuit profonde, finalement parti sans attendre

- Le mois de consultation :

Concernant l'évaluation des recours en fonction des mois, on retrouvait dans nos analyses que les recours spontanés en SAU étaient plus facilement évalués comme relevant d'une prise en charge en médecine libérale lorsque ceux-ci survenaient lors des mois de mai à septembre (plus de 50% de gestion en libéral possible de mai à septembre).

A l'inverse, janvier est le mois où les consultations étaient le plus souvent estimées comme les plus difficiles à traiter hors d'une structure d'urgence (42.6% des consultations relevant de soins en médecine libérale). On peut penser d'une part les consultations spontanées survenant lors des mois hivernaux sont globalement jugées moins gérables en ville, et ce du fait qu'en période épidémique les cabinets de médecine générale connaissent le même afflux que les SU (39). On peut donc penser à un certain biais de jugement lors de l'évaluation des recours par l'urgentiste sachant les cabinets surchargés.

D'autre part on peut évoquer un biais de jugement. Dans la mesure où le mois janvier fut le premier mois de la mise en place de l'étude, il peut avoir été à l'origine d'une réflexion chez les médecins du service se demandant alors quelles sont les possibilités en médecine

de ville. On retrouve d'ailleurs un plus fort taux de « situation intermédiaire » au cours de ce mois.

Juillet et août sont les mois où les consultations ont été les plus souvent évaluées comme relevant de la médecine libérale. Il s'agissait aussi des deux mois où la fréquentation du SAU de Thionville était la plus importante. Le contexte estival, avec l'absence de nombreux médecins généralistes alors en congés, suffit à expliquer cette recrudescence. Les cas relevant de la médecine d'urgence n'ont pas été dénombrés comme étant plus nombreux que lors des autres mois de l'année.

7) Le devenir des patients :

Notre étude retrouvait un taux global de 11% d'hospitalisation, toutes étiologies confondues, pour les patients inclus dans notre effectif.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans l'enquête de la DREES de 2003 où 19% des patients étaient hospitalisés (31). Toutefois cette étude prenait également en compte les patients adressés au SAU après un avis médical ou de régulation d'un centre 15. Il comprenait aussi une plus grande proportion de patients relevant de la médecine gériatrique avec une plus grande fréquence des hospitalisations secondaires.

Ce résultat à lui seul appelle à la réflexion et à de multiples interrogations intriquées les unes aux autres. En effet, 11% des consultations spontanées en SAU nécessitent une prolongation de la prise en charge en milieu hospitalier. C'est à peu et beaucoup à la fois, en effet ce taux représente 1309 patients ayant nécessité une hospitalisation en en prenant que les patients en consultation spontanée en compte.

L'étude de la DREES réalisée en 2006 et étudiant les consultations réalisées par des médecins généralistes exerçant dans une structure d'urgence (comme par exemple SOS médecin) retrouve un taux d'hospitalisation de 5% (40).

Devant ce cas d'une plus grande proportion d'hospitalisations chez les patients venant en SAU spontanément que chez ceux se présentant au cabinet de médecins généralistes, que doit-on penser de cette différence de prise en charge ?

Peut-être que les médecins urgentistes ont aussi plus naturellement tendance à surligner par excès les tableaux cliniques et paracliniques sur leurs aspects défavorables à force d'être plus fréquemment confrontés aux situations urgentes atypiques ; ce qui expliquerait un plus fort taux d'hospitalisation ? A l'inverse est ce que les omnipraticiens, plus volontiers exposés à des prises en charge en rapport avec le suivi de pathologies chroniques, auraient tendance à privilégier la prise en charge ambulatoire, sachant qu'ils réaliseront eux même le suivi du patient ?

A l'évidence il s'agit d'une réflexion complexe et multifactorielle. La médecine de première ligne, incluant les cabinets libéraux et les structures d'urgence, est directement concernée et se retrouve à la confluence de toutes ces pistes.

a. -les motifs médicaux :

Le détail de notre étude retrouve un taux de 14.7% d'hospitalisation pour les motifs médicaux. On évaluait les plus forts taux d'hospitalisation chez les patients présentant une altération de l'état général (41.6%), une douleur abdomino-pelvienne (25.30%) ou une symptomatologie digestive (25.10%). De même, suivent de près les patients consultants spontanément pour dyspnée ou toux ou concernés par des troubles neurologiques (avec des taux d'hospitalisation respectivement de 23.5% et 22.6%).

Pour les tableaux cliniques digestifs (douleurs abdomino-pelviennes et symptomatologies digestives) on constate qu'environ un quart des patients consultants pour ces motifs sont restés hospitalisés. La nécessité de prise en charge hospitalière peut s'expliquer par le traitement étiologique spécialisé de ces symptômes d'une part (par exemple la sanction chirurgicale d'une appendicite aigüe). D'autre part l'entretien symptomatique et leurs traitements spécifiques non réalisables hors d'une structure hospitalière sont fréquents. Typiquement on évoquera l'antalgie parentérale dans une crise de colique néphrétique ou l'hydratation intraveineuse sur des tableaux gastro-entéritiques marqués d'intenses vomissements. Dans d'autres cas des patients ont nécessité certaines investigations spécialisées, comme par exemple des endoscopies dans le cadre d'hémorragies digestives, qui n'auraient pu raisonnablement être organisées en ambulatoire programmé en fonction des contextes rencontrés.

Les troubles neurologiques ont aussi été fréquemment hospitalisés en raison de leurs gravités potentielles, qu'il s'agisse d'urgences neurovasculaires, neurochirurgicales, infectieuses ou neuro-oncologiques entre autres. De plus, même en l'absence de critères d'urgence médico-chirurgicale immédiats, ces groupes de pathologies nécessitent souvent des hospitalisations secondaires, après avis spécialisé neurologique. En effet les bilans pour un accident vasculaire cérébral ischémique transitoire ou pour des crises d'épilepsie mal contrôlées par le traitement en cours sont fréquemment rencontrés en SAU. L'organisation des soins de suite et la réalisation des examens complémentaires s'organisent confortablement en secteur hospitalier dans un second temps.

Concernant les consultations pour toux ou dyspnée, on peut penser que le caractère d'emblée « grave » de la dyspnée peut avoir motivé un plus fort taux d'hospitalisation même après le traitement initial bien conduit. De nombreuses présentations trompeuses existent en plus des cliniques volontiers plus typiques. On pense notamment aux embolies pulmonaires dont la suspicion étiologique n'est pas toujours évidente à évoquer en première

intention. De plus, même en l'absence de critères de gravité immédiats, les symptomatologies respiratoires, notamment en cas d'oxygénodépendance transitoire au SAU nécessitent volontiers une surveillance prudente en milieu hospitalier. En effet, le recul nécessaire afin d'évaluer la bonne tolérance et l'efficacité des traitements instaurés ne peut être obtenu facilement dans une structure d'urgences. Le retour trop précoce d'un patient à son domicile avec des dégradations secondaires pouvant survenir malgré une bonne réponse initiale aux soins apparaît comme délicat et trop risqué. Cette notion peut également expliquer le taux d'hospitalisation élevé et la justification de la prise en charge en SAU.

Le plus fort taux d'hospitalisation concerne le vaste groupe des "altérations de l'état général". Il peut s'expliquer en partie par la difficulté de prise en charge en ambulatoire, en particulier lorsqu'il y a lieu de réaliser des examens complémentaires sans critères d'urgence absolue. En l'absence de diagnostic formellement établis ou d'un traitement spécifique adapté à proposer, il apparaît compliqué d'organiser une surveillance au domicile de ces patients amoindris.

On retrouve un taux de 12.8% d'hospitalisation pour les patients ayant consulté pour une douleur thoracique ou des palpitations. Une majorité d'entre eux ont bénéficié d'une consultation et d'examen complémentaires rassurants permettant un retour théorique à leur domicile. Ainsi, par exemple, de nombreux patients consultants pour douleur thoracique ont pu regagner leur domicile une fois les causes graves et urgences éliminées par l'usage d'examen complémentaires d'ordre biologique voire d'imagerie.

Il existe aussi une part non négligeable de patients ayant nécessité une poursuite de leur prise en charge hospitalière suite à leur passage au SAU.

On retrouve un plus faible taux d'hospitalisation pour les patients ayant consulté pour des céphalées, des motifs dermatologiques, des douleurs d'un membre ou articulaires, des motifs ORL, odontologiques ou ophtalmologiques. Ces faibles taux d'hospitalisation peuvent s'expliquer par la nature des symptômes. Bien souvent une simple consultation, ainsi que des soins, réalisés au SAU avec la possibilité de programmer une consultation spécialisée à distance suffit à la bonne prise en charge de ces patients.

b. -les motifs traumatiques :

On retrouve un taux d'hospitalisation de 4.8% pour les patients ayant consulté pour un motif relevant de la traumatologie. Ce faible taux s'explique par la possibilité de traitement orthopédique de nombreuses fractures. Il en est de même pour les entorses, où le suivi spécialisé peut s'effectuer en ambulatoire grâce au service de consultation spécialisée ambulatoire assurant le suivi après passage au SAU.

Concernant les plaies, seules les plaies très délabrantes ou avec un risque esthétique ont été hospitalisées en service spécialisé. Il s'agissait par exemple de morsures de chiens ou de plaies très délabrantes avec nécessité d'explorations chirurgicale.

D'un point de vue plus global, le faible taux d'hospitalisation de ce groupe de pathologies s'explique par le fait que notre étude s'intéressait aux patients consultants spontanément, capables de se déplacer par eux même, écartant donc les symptomatologies traumatiques majeures. En effet de nombreuses situations chirurgicales et traumatiques sont volontiers prises en charge après avis spécialisé de régulation médicale et donc adressés en SAU. On pensera notamment aux polytraumatisés d'un accident de la voie publique ou aux fractures ouvertes de membres lors d'accidents domestiques ou sportifs. De ce fait ils n'étaient pas inclus dans le groupe des patients étudiés.

c. Les motifs psychiatriques :

Le taux d'hospitalisation le plus élevé concerne la psychiatrie. En effet, 42% des patients consultant spontanément pour un motif relevant de la psychiatrie ont bénéficié d'une hospitalisation suite à leur passage au SAU de Thionville.

On peut expliquer cette forte proportion d'hospitalisation par la prise en charge conjointe de ces patients avec les médecins psychiatres. En effet, en dehors de toute étiologie ou complication somatique, dont l'expertise et classiquement confiée au somaticien urgentiste, l'indication d'une hospitalisation en secteur de psychiatrie est classiquement estimée par le spécialiste en poste. Il n'est pas fréquent que la pertinence du choix d'une hospitalisation ou d'un retour à domicile dans ce contexte soit soumise à débat entre ces deux spécialités autant complémentaires que différentes. Pour résumer le dernier mot revient habituellement aux médecins spécialistes de psychiatrie qui font autorité en la matière. Toute la question est de savoir si le taux d'hospitalisation de notre échantillon est superposable aux autres études comparables concernant les recours spontanés aux soins de psychiatrie.

8) Apparition de la filière courte :

Nous avons mis en évidence au cours de l'étude, que la fréquentation du SAU par les patients consultants de façon spontanée connaissait une augmentation suite à la mise en place de la filière dite "courte". Nous rappelons que cette filière a été instaurée à partir du mois d'avril 2017.

L'analyse des résultats retrouvait une moyenne de 25.7 passages par jour en jour ouvré et 35.8 passages par jour en weekend ou jour férié avant l'ouverture de la filière, jusque fin mars 2017. Une moyenne de 30.4 passages par jour pour les jours ouvrés et 40 passages par jours le weekend ou jour férié a été constatée après la mise en place de la filiarisation.

Cependant on ne peut conclure statistiquement sur ces chiffres car les périodes étudiées ne sont pas comparables. Il aurait été nécessaire de comparer les moyennes de passage avec celles d'une période similaire, par exemple sur l'année 2016 d'avril à décembre. Ces données n'étaient hélas pas disponibles.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude visant à montrer l'augmentation du nombre de consultations suite à la mise en place d'une filière courte. Cependant, plusieurs études montrent que la mise en place d'une telle organisation a permis une diminution des délais de prise en charge (41–43) . Mais en considérant le problème par une approche différente, on peut se demander si la diminution des temps de passage n'est pas elle-même à l'origine de la majoration du nombre des consultations.

PERSPECTIVES :

1) Réorientation des patients :

La question de la réorientation des patients ne relevant pas d'une prise en charge a déjà été évoquée. Le rapport sénatorial réalisé en 2017 fait état de la possibilité du recours aux maisons médicales de garde (MMG) (3).

Il serait en effet intéressant de voir la mise en place d'une MMG à proximité du SAU de Bel Air. Une collaboration sera idéalement nécessaire afin de permettre par exemple des transferts de patients entre les deux structures. Ainsi les patients pourraient transiter d'une part des MMG vers les SAU quand l'état de ceux-ci nécessitent des soins urgents ou un recours au plateau technique présent à l'hôpital, et d'autre part du SAU vers la MMG pour les patients dont la symptomatologie ne nécessite pas un passage au SAU.

Cependant le rapport sénatorial fait état d'un manque de collaboration entre MMG et SAU du fait du système de facturation. En effet, si l'on considère le problème par le point de vue budgétaire, la réorientation de patient vers une MMG est une perte financière pour un centre hospitalier. De plus, toujours selon le même rapport, il existe un problème de responsabilité médicale avec une crainte des médecins du SU de réorienter un patient et risquant alors de passer à côté d'une pathologie grave. La solution proposée est alors proximité de la MMG voir son adossement au SU.

L'instauration dans les SAU d'un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) est une idée ayant déjà été évoquée. Son rôle de première ligne permet théoriquement une optimisation des prises en charge, notamment par une orientation adaptée dans les filières de soin du SAU en collaboration avec l'IAO. Sa particularité serait alors de pouvoir réorienter le patient vers une MMG ou autre moyen de prise en charge ambulatoire. Cependant la mise en place d'un MAO, n'est pas systématique dans chaque SAU.

Cette mise en place d'un MAO a été testée au Centre hospitalier de la côte Basque. Les résultats étaient discutés et y retrouvaient un intérêt limité car peu de patients pouvaient potentiellement être réorientés. Le travail du MAO se confondait alors avec celui de l'IAO (44).

Les recommandations de la SFMU éditées en 2013 (45) ne préconisent pas la mise en place d'un MAO d'emblée dans les SU (sauf effectif médical suffisant). En revanche la solution d'une IAO formée au triage et pouvant faire appel à un médecin référent est plus volontiers mise en avant. Il y est d'ailleurs conseillé que ce médecin soit un médecin d'expérience spécialisé en médecine d'urgence avec plus de 2 ans d'ancienneté.

Au SAU de Bel Air, il existe ce système de médecin référent à qui l'IAO peut demander conseil pour l'orientation dans les filières. Cependant, dans l'organisation du service, ce médecin référent est posté dans l'équipage de la deuxième équipe du SMUR. Il est donc susceptible de quitter temporairement les locaux du SAU et dans le même temps sa fonction de médecin référent.

Reste à améliorer la permanence des soins de santé ambulatoire, l'idée d'une MMG à proximité des urgences de Thionville a longtemps été considérée comme illusoire compte tenu des difficultés locales en terme de démographie médicale.

Mais depuis le 1^{er} avril 2018, un système de permanence des soins a été mis en place au sein des locaux de l'hôpital Bel Air à l'aide de médecins généralistes. Grâce à leurs contributions, une permanence est désormais possible les soirs de semaine ainsi que les weekends en journée et soirée. Reste à évaluer l'impact de cette mise en place.

2) Formation des futurs médecins urgentistes

Une question que l'on peut être amené à se poser est la question de la formation des futurs urgentistes.

Depuis la dernière réforme concernant le troisième cycle des études médicales, le DESC de médecine d'urgence a disparu laissant place à un DES (46) ; ceci venant alors modifier les maquettes de stage. Jusqu'ici les urgentistes étaient essentiellement des médecins ayant réalisé un DES de médecine générale auquel venait s'ajouter un DESC de médecine d'urgence. On retrouvait donc dans leur formation un tronc commun avec la médecine générale et notamment un stage auprès d'un médecin généraliste (obligatoire pour valider la maquette du DES de médecine générale).

L'actuelle maquette du nouveau DES de médecine d'urgence n'inclue pas de stage auprès d'un praticien de médecine générale. Elle se compose de deux stages en service d'urgence, deux stages de formation SMUR, un stage en service d'urgence pédiatrique, un stage en service de réanimation, un choix libre et un stage de médecine en service d'aval des urgences(47). Il n'y a donc pas de stage obligatoire en cabinet d'omnipraticien.

A la vue de certains motifs de consultations dans les SU, avec de nombreux patients relevant d'une prise en charge de médecine générale, on peut penser qu'un semestre de formation comportant un stage en cabinet de médecine générale ne saurait être raisonnablement écarté.

Une enquête avait d'ailleurs été réalisée par le syndicat représentant les internes de médecine générale, le RAOUL-IMG. Un questionnaire avait alors été remis aux deux promotions d'internes de Nancy inscrits en DESC de médecine d'Urgence sur leur volonté de

voir maintenu ou non un stage de médecine générale. Sur les 49 réponses, 38 internes, soit 77.6% des participants, étaient favorables au maintien d'un tel stage (48).

Cependant, du fait d'un déficit en terrain de stage et d'une volonté d'uniformiser la formation avec les autres pays européens (47), ce stage en immersion chez les praticiens de médecine générale n'a pas été retenu dans le cursus des futurs urgentistes.

Malheureusement, le recul nécessaire pour disposer d'une évaluation critique pertinente sur le nouveau DES de médecine d'urgence n'est pas encore disponible.

3) Les apparences sont souvent trompeuses...

Cette étude nous aura permis d'observer les patients en consultations spontanée au SAU. Beaucoup ont été orientés vers le circuit court, dans l'optique d'une prise en charge rapide avec peu de soins en perspective.

Toutefois, on constate que parmi ces patients, non seulement 40.9% d'entre eux été évalués comme ayant un recours justifié à un SU, mais aussi que 11% de cet effectif a au final été hospitalisé.

On peut donc en retenir qu'il faut garder une certaine réserve au risque de sous-estimer la gravité potentielle des motifs de recours a priori « futiles » de certains patients consultants spontanément. D'ailleurs un nombre non négligeable d'entre eux, tout au long de notre étude, a finalement été transféré dans des services de réanimation ou vers des plateaux techniques spécifiques. Une enquête de la DREES de 2013 retrouve aussi que 35% des patients finalement classés CCMU 5 avaient initialement été orientés vers un circuit court (49).

La fiche d'orientation des patients mise à disposition de l'IAO au SAU de Thionville est fournie en annexe. Celle-ci retrouve la possibilité d'orienter en patients en filière courte sans avis d'un sénior dans des situations pouvant parfois être trompeuse comme par exemple une douleur thoracique d'allure pariétale. Fort heureusement les IAO prennent régulièrement l'initiative de référer à un médecin, permettant alors une meilleure orientation de ces patients.

Il faut donc y retenir ici le fait que bien que des patients consultent de façon spontanée pour des motifs qui pourraient être pris en charge en médecine de ville, il est nécessaire de ne pas sous-estimer la gravité potentielle quel que soit le motif de consultation et de prendre le soin de bien considérer chaque patient, même avec des motifs de consultations semblant futiles.

Notion de « grand écart » de la médecine d'urgence où les présentations cliniques les plus anodines peuvent côtoyer des symptomatologies aiguës foudroyantes d'expression silencieuse. Du choc septique à la verrue plantaire ? Nécessité d'une vigilance permanente pour ne pas sous évaluer les demandes de soin, notamment lors des pics d'affluence, sans pour autant prescrire un « body scanner » systématique à chaque patient par mesure de précaution.

CONCLUSION :

Nous avons pu apercevoir ces dernières années une augmentation progressive du nombre de consultations au sein des services d'accueil des urgences. Cette hausse entraîne parfois des dysfonctionnements dans l'organisation des SU avec en particulier une majoration des temps d'attente des patients.

Dans notre étude, nous constatons que plus d'un tiers des patients ayant consulté au SAU de Thionville en 2017 s'y sont présentés de leur propre chef, sans avis médical préalable. Ces patients se présentant spontanément se sont rendus au SAU principalement lors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale en semaine.

Certes, environ la moitié de ces consultations a été estimée comme relevant d'une prise en charge en médecine générale. Toutefois il faut retenir que l'autre moitié a tout de même été évaluée comme étant « justifiée » dans un service d'accueil des urgences. D'ailleurs une partie non négligeable de notre effectif a finalement été hospitalisée.

L'augmentation de l'activité de consultation dans les SAU est multifactorielle. On évoquera le vieillissement de la population ainsi que la diminution de la démographie médicale. S'y ajoutent les comportements des certains patients voyant de manière erronée les SAU comme lieux de premier recours ou les difficultés des confrères libéraux à bénéficier d'une hospitalisation directement depuis le domicile dans un service adapté. Il est donc nécessaire de mettre en place des alternatives. La mise en place récente d'une MMG au sein de l'hôpital Bel-Air est une première réponse aux difficultés ressenties par les urgentistes.

Enfin, il reste primordial d'accorder une importance à chaque patient consultant au sein d'un SU quel que soit son motif de consultation. Des anamnèses simples, d'apparence bénigne peuvent parfois dissimuler de graves pathologies ou simplement une anxiété de la part des patients.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Les établissements de santé - édition 2017 [Internet]. [consulté le 22 nov 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
2. Dr Jean-Yves GRALL. Rapport sur la Territorialisation des activités d'Urgences [Internet]. [consulté le 27 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
3. L. COHEN, C. GENISSON, R. SAVARY. Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières [Internet]. [consulté le 14 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Communiqué de Presse [Internet]. [consulté le 24 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf
5. Samu - Urgences de France. Le livre Blanc des Urgences [Internet]. [consulté le 27 nov 2017]. Disponible sur: http://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-le-livre-blanc-des-urgences/art_id/821
6. La Classification Clinique des Malades des Urgences [Internet]. [consulté le 27 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
7. Cours des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale 2014 [Internet]. [consulté le 28 nov 2017]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
8. DREES. Pacours des patients avant l'arrivée aux urgences [Internet]. [consulté le 28 nov 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf
9. Observatoire des Urgences de Lorraine. Activité des structures d'urgence en Lorraine, Rapport annuel 2011 [Internet]. [consulté le 29 nov 2017]. Disponible sur: https://www.sante-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/347/355/388.pdf
10. Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville. Chiffres clés 2016 [Internet]. [consulté le 29 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.chr-metz-thionville.fr/images/stories/CHRMT-CHIFFRES-CLES-2016.pdf>
11. INSEE. Statistiques locales et Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [consulté le 3 janv 2018]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=573097,6413766,239661,152196&c=indicator&i=evolpop.tx_var_pop&s=2009-2014&selcodgeo=577&view=map5

12. INSEE. Statistiques locales et Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [consulté le 3 janv 2018]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-1029157,6661347,2550437,1619645&c=indicator&i=rp.pop_3tr_ages&s=2014&view=map3
13. Les GHT par région [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [consulté le 29 nov 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>
14. Agence Régionale de Santé. Portrait du GHT6 - Lorraine Nord [Internet]. [consulté le 22 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/GHT6%20-%20Lorraine%20Nord%20-%20Portrait%20QLW%20-%2020161125.pdf>
15. Groupement Hospitalier de Territoire Lorraine Nord. Convention Constitutive [Internet]. [consulté le 29 nov 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Convention_constitutive_GHT_Lorraine_Nord.pdf
16. Google Maps - Thionville [Internet] [consulté le 29 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.google.fr/maps/@49.3899629,6.1859345,11.04z>
17. ARS Grand Est. Etat de santé de la population et état de l'offre de la Région Grand Est [Internet]. [consulté le 30 nov 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_00_SYNTHESE_20170519.pdf
18. ARS Grand Est. Etat de santé de la population et état de l'offre de la Région Grand Est [Internet]. [consulté le 30 nov 2017]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
19. Le Républicain Lorrain. Démographie des médecins généralistes en Moselle Nord : l'état du patient se dégrade [Internet]. [consulté le 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-thionville-hayange/2017/09/13/demographie-des-medecins-generalistes-en-moselle-nord-l-etat-du-patient-se-degrade>
20. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.
21. ARS Grand Est. Cahier des charges PDSA Lorraine Version 2015 [Internet]. [consulté le 16 nov 2017]. Disponible sur: http://www.grand-est.paps.sante.fr/fileadmin/ALSACE/PAPS_Alsace_V2/J_excerce/Permanence_des_soins/Me decins/CahierdeschargesPDSLorraineVersionNov2015.pdf
22. Sébastien RICOIS - Statistiques SAU de Thionville - [consulté le 29 mars 2018]
23. Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville. Les urgences de Bel-Air, inaugurées [Internet]. [Consulté le 9 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.chr-metz-thionville.fr/actualites/les-urgences-de-bel-air-inaugurees>

24. MEUNIER L. Parcours de soins et motifs de recours au Urgences Hospitalières de Nanterre [Thèse d'exercice]. [consulté le 4 févr 2018]. Université Paris VII Denis Diderot; 2009
25. PARENT T. HOUZE C. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable : étude descriptive de la population [Thèse d'exercice]. [consulté le 22 nov 2017]. Université Grenoble Alpes; 2016
26. BOUDARD O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours [Thèse d'exercice]. [consulté le 3 févr 2018]. Université de Bordeaux; 2015
27. FRANKOWSKI P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité [Thèse d'exercice]. [consulté le 4 févr 2018]. Université des Antilles et de la Guyane; 2015
28. AISSAOUI L. Consultations spontanées aux urgences du centre hospitalier de Givors. Etude monocentrique observationnelle du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service. [Thèse d'exercice]. [consulté le 4 févr 2018] Lyon Est Université Claude Bernard; 2014
29. INSEE Âge moyen et âge médian de la population en 2018 [Internet]. [consulté le 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
30. AZ Martinique Population de la Martinique [Internet]. [consulté le 4 févr 2018]. Disponible sur: <http://azmartinique.com/fr/presentation-de-la-martinique/population-de-la-martinique>
31. DREES 2003 Les usagers des urgences, premiers résultats d'un enquête nationale [Internet]. [consulté le 5 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>
32. DREES 2010 L'emploi du temps des médecins libéraux [Internet]. [consulté le 8 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
33. WILLIAM H. CORDEL MD. KELLY K. The high prevalence of pain in emergency medical care. The American Journal of Emergency Medecine [Internet]. Mai 2002 [consulté le 8 févr 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/science/article/pii/S0735675702868164>
34. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Améliorer la prise en charge de la douleur aux urgences, Novembre 2008 [Internet]. [consulté le 8 févr 2018]. Disponible sur: <http://urgentologie.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2008-11%20-%20Urgences%20Douleur%20-%20rapport%20Intermediaire.pdf>

35. Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique. Données allergologiques [Internet]. [consulté le 9 févr 2018]. Disponible sur: http://www.pollens.fr/les-risques/risques-par-ville-details.php?id_ville=75&id_taxon=9
36. CORNELLY V. Situation sanitaire Démographie médicale et odontologique en Guadeloupe, Guyane et Martinique. Observatoire régional de la Santé de Guadeloupe [Internet] [consulté le le 31 mars 2018] Disponible sur : http://udsmed.u-strasbg.fr/aufemo/PDF/actualites/Annexe2_JEFAC2011.pdf
37. HURSTEL A. MATARESE O. PAULAUD-BAYARD R. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients [Thèse d'exercice]. [consulté le 12 févr 2018]. Université Grenoble 1 Joseph Fournier; 2013
38. MARINOS G. Primary Care in Management of common orthopaedic Problem [Internet]. [consulté le 22 févr 2018]. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/4c74/5c06f39a509a4f2079be80c9bbc82bace8ee.pdf>
39. MG France . Épidémies+ vacances, comment les généralistes ont fait face. [Internet]. [consulté le 4 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1832-rhone-epidemies-vacances-comment-les-generalistes-ont-fait-face>
40. Gouyon - Les urgences en médecine générale DREES 2006 [Internet]. [consulté le 5 avr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
41. Réseau CHU: Des urgences plus fluides même avec la bobologie ! [Internet]. [consulté le 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/des-urgences-plus-fluides-meme-avec-la-bobologie/>
42. Centre Hospitalier du Chinonais Circuit court aux Urgences : un bilan positif [Internet]. [consulté le 25 févr 2018]. Disponible sur: <http://ch-chinon.fr/actualites/circuit-court-aux-urgences-un-bilan-positif.html>
43. France Bleu. De nouveaux locaux pour les urgences de Thionville [Internet]. [consulté le 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/de-nouveaux-locaux-pour-les-urgences-de-thionville-1491235211>
44. GOALARD J. L'accueil du SAU Centre Hospitalier de la Cote Basque [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: http://test.urginfo64a.net/IMG/pdf/Proj.Urg.06.Accueil_Version24-11_.pdf
45. SFMU 2013 Le triage en structure des urgences [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf
46. LEGIFRANCE Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. [Internet]. [consulté le 6 mars 2018] Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031560595>

47. RIOU B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence [Internet]. [consulté le 7 nov 2017]. Disponible sur: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs13341-017-0710-z.pdf>
48. RAOUL-IMG Questionnaires et Sondages [Internet]. Raoul-IMG. [consulté le 6 mars 2018]. Disponible sur: <http://raoul-img.fr/category/questionnaires-et-sondages/>
49. SFMU L'enquête DREES du 11 juin 2013, Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgence [Internet]. [consulté le 12 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/session3__comprendrelarealitedutriage.pdf

Annexe

ORIENTATION DES PATIENTS AU SEIN DU SERVICE EN FONCTION

DES DETERMINANTS DU TRI CIMU

Intitulé		CIMU	SAUV	Long	Court
CARDIOLOGIE	Fréquence cardiaque > 180	1	X		
	Tension artérielle systolique < 75 mmHg	1	X		
	Tension artérielle systolique 90-75 mmHg	2	X		
	Douleur tho avec ECG pathologique (avis sénior) : SCA	1	X		
	Douleur tho avec ECG pathologique (avis sénior) : hors SCA	2	X		
	Fréquence cardiaque 180	2			ECG / avis sénior
	Fréquence cardiaque 120	3			
	Fréquence cardiaque < 40	2	X		
	Fréquence cardiaque 50-40	3			ECG / avis sénior
	HTA > 220 mmHg et un symptôme relié	2	X		
	HTA 200-220 mmHg et un symptôme relié	3	X		
	Ischémie aigue du membre	2	X		
	Douleur thoracique ECG non pathologique (avis sénior)	3		X	
	Phlébite (suspicion)	3		X	
	Malaise avec/sans perte de connaissance avérée	3		X	
	Malaise syncopal (PC brutale)	2			ECG / avis sénior
Œdème de(s) membre(s) inférieur(s)	4		X		
Palpitations, pouls irrégulier	3			ECG / avis sénior	
Poussée HTA < 200 mmHg	5			X	
DERMATO	Affection cutanée fébrile, érysypèle (suspicion)	3		X	
	Erythème étendu sans prurit	4			Avis sénior
	Erythème étendu avec prurit, allergie (suspicion)	3			Avis sénior
	Affection cutanée ou muqueuse limitées	5			X
	Affection vénérienne	5			X
ENDOCRINO	Glycémie > 13,7 mmol/L et cétonurie > 2 croix	2		X	
	Glycémie > 13,7 mmol/L et cétonurie 1 croix	3		X	
	Anomalie métabolique				Avis sénior
	Altération de l'état général et comorbidités	3		X	
	Altération de l'état général sans comorbidité	5		X	
	Hypoglycémie avec troubles de la vigilance	3*	X		
GASTRO-ENTEROLOGIE	Hypoglycémie sans trouble de la vigilance	4*		X	
	Glycémie > 20 mmol/L et diabète connu	4*		X	
	Hématémèse, méléna, rectorragie	3		X	
	Occlusion intestinale, appendicite (suspicion)	3		X	
	Ictère	3		X	
	Ascite	3		X	
	Douleur abdominale aigue	3		X	
	Douleur abdominale	4		X	
	Corps étranger	4		X	
	Constipation ou diarrhée	4		X	
	Nausées ou vomissements	4		X	
	Dysphagie ou hoquet	5			X
	Proctologie (thrombose, fissure...)	5			X
GYNECO	Hémorragie gynécologique	2			
	Douleur pelvienne (femme en âge de procréer)	3			
	Menace d'accouchement	2			
H E					
	Leucopénie < 1000 PNN avec fièvre	2		X Prio.	Précautions

Référent tri pour orientation UGO

	Leucopénie < 1000 PNN sans fièvre	3		X	complémentaires
	Anémie < 8 g/dL avec symptôme relié	2	X		
	Anémie < 8 g/dL sans symptôme relié	3		X	
	Thrombopénie < 50 000 avec symptôme relié	2	X		
	Thrombopénie < 50 000 sans symptôme relié	3		X	
NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE	Coma profond GCS < 8	1	X		
	Coma GSC 9-12	2	X		
	Confusion, troubles de la vigilance et fièvre	2	X		
	Confusion, troubles de la vigilance sans fièvre	3		X	
	Déficit sensitif ou moteur brutal < 5 heures	2	X		
	Déficit sensitif ou moteur brutal > 5 heures	3		X	
	Convulsions en cours	1	X		
	Convulsions récentes épileptique connu	3			X
	Convulsions récentes inaugurales	3		X	
	Céphalée brutale inhabituelle	3*			Avis sénior
	Céphalée > 24 h ou sur terrain migraineux	4			X
	Agitation violente	4*		X	avis sénior + SPUL
	Trouble psychiatrique calme	4			X
	Angoisse, tétanie	4			x
INFECTIOLOGIE	Méningite (suspicion)	2			Voir sénior – Précaution complémentaire
	Hypothermie < 32°C	2	X		
	Hypothermie 32-35,5°C	3		X	
	Fièvre simple	4		X	
	Fièvre > 40°C	3*		X	
	Fièvre > 39°C et voyage à risque	3			Voir sénior – Précaution complémentaire
	Fièvre > 39°C et comorbidité	3		X	
Accident d'exposition au sang ou liqu.biol.	4			X	
Adénopathies	5			X	
PNEUMOLOGIE	Détresse respiratoire avec signe de lutte	1	X		
	Apnée ou FR < 8/mn	1	X		
	Hypoxie majeure avec SpO2 < 85 %	1	X		
	Dyspnée et peak flow < 50 % théorique (asthme)	1	X		
	Dyspnée avec signe d'hypercapnie (sueurs, tr.vigilance)	1	X		
	Dyspnée avec FR 32-40	2	X		
	Dyspnée avec FR < 32	3		X	
	Hypoxie avec SpO2 90-85 %	2	X		
	Hypoxie avec SpO2 91-94 %	3		X	
	Hémoptysie (crachats hémoptoïques)	3		X	
	Hémoptysie (caillots)	2	X		
	Pneumopathie	3		X	
	Embolie	2	X		
	Douleur latéro-thoracique « respiratoire »	4			X
Dyspnée et peak flow > 50 % théorique (asthme)	4*			X	
Toux et crachats	5			X	
OPH	Corps étranger ou brûlure oculaire	4*			X
	Trouble ou perte de la vision brutale	3*			Avis sénior
	Inflammation œil ou annexes (conjonctivite)	5			X
Douleur oculaire post-traumatique (plaie cornée...)	4*			X	
STOMATO	Trouble ou perte de l'audition	3			Avis sénior
	Epistaxis ou gingivorragie (pas d'AVK)	4			X
	Epistaxis ou gingivorragie sous AVK	3*			X
Vertige	4		X		
ORL	Angine, odynophagie, rhinite, tuméfaction ORL	5			X
	Douleur dentaire	5			X
RHUMATO	Sciatgie et autre névralgie	4			X
	Arthrite ou gonflement périarticulaire sans fièvre	4			X
	Arthrite ou gonflement périarticulaire avec fièvre	3		X	
	Douleurs musculaires ou articulaires (hors trauma et effort)	5			X
	Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies (hors trauma)	5			X
Pathologie podologique chronique	5			X	
Intoxication	3*			Avis sénior	
Ebriété, ivresse (suspicion)	4		X		

URO-NEPHROLOGIE	Douleur aigue de testicule	3*			X
	Rétention aigue d'urine ou anurie	3		X	
	Pyélonéphrite ou colique néphrétique (suspicion)	3		X	
	Douleur fosse lombaire ou flanc	4		X	
	Hématurie macroscopique	4		X	
	Traumatisme OGE, priapisme	4			X
	Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement	5			X
TRAUMATOLOGIE	Traumatisme grave	1	X		
	Traumatisme violent face, cou, rachis, thorax, abdomen	2	X		
	Trauma violent de membre avec ischémie	2	X		
	Trauma violent isolé de membre sans ischémie	3			X
	Trauma crânien sous AVK ou NACO	3*		X	
	Trauma crânien sous anti-agrégant plaquettaire	4		X	
	Trauma crânien avec PCI	3		X	
	Trauma crânien sans PCI	5			X
	Traumatisme simple face, cou, rachis, thorax, abdomen	4			X
	Trauma membre ou bassin avec impotence	4			X
	Trauma membre ou bassin sans impotence	5			X
	Plaie profonde cou, thorax, abdomen	2	X		
	Plaie superficielle cou, thorax, abdomen	3			X
	Plaies profondes autres localisation	3			X
	Plaies superficielles	4			X
	Plaies : érosions cutanées, dermabrasions	5			X
	Corps étranger sous cutané	4			X
	Electrisation (pas de lésion cutanée)	5			Avis sénior
	Electrisation avec lésion(s) cutanée(s)	4			Avis sénior
	Collection abcédée ou hématique	4			X
	Brûlure > 10 %, visage ou main ou profonde ou circulaire	2	X		
	Brûlures autres	4			X
DIVERS	Arrivée SMUR				Voir avec médecin SMUR
	Station au sol prolongée (suspicion rhabdomyolyse)	3		X	
	Problème technique sonde, cathéter, plâtre ...	4			X
	Problème médico-social, renouvellement d'ordonnance	5			X
	CNH, certificat sur demande des forces de l'ordre...	5			X

RESUME

Objectifs : Le but de notre étude était d'observer les patients se présentant de façon spontanée au sein de notre SU, c'est-à-dire sans y avoir été adressé par un médecin. L'objectif principal était d'évaluer le recours au SAU de ces patients afin de voir si leur motif de consultation était gérable en médecine de ville ou si le recours au SAU était justifié. Les objectifs secondaires étaient d'observer les heures de consultation, les motifs et le devenir de ces patients.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, prospective et mono centrique s'étant déroulée sur toute l'année 2017 au Service d'Accueil des Urgences du CHR de Thionville. Chaque patient consultant de façon spontanée au SAU était inclus via le logiciel Résurgence selon les renseignements de l'IAO. Le médecin ayant pris en charge le patient confirmait ensuite l'inclusion et évaluait le recours.

Résultats : 11798 patients ont pu être inclus dans cette étude soit 31% des patients ayant consulté au SU de Thionville en 2017. On y retrouvait un sexe ratio Homme-Femme à 1.18. La moyenne d'âge était de 41.6 ans avec un écart type de 12 ans. La majorité des patients (55.9%) consultaient pour un motif médical, 41.6% d'entre eux consultaient pour un motif traumatologique et 2.5% consultaient pour motif psychiatrique. Parmi les patients de notre effectif, 50.2 % consultaient pour des motifs estimés comme gérables en médecine de ville. Enfin, 11% de notre effectif a été hospitalisé.

Conclusion : Les patients s'étant présentés de façon spontanée au service d'accueil des urgences de Thionville auraient pu, dans la majorité des cas, avoir eu recours à leur médecin traitant ou à la permanence des soins. Cependant, nombre de ces patients ne relevaient pas d'une simple consultation et nécessitaient des soins parfois spécialisés ainsi qu'une hospitalisation pour un nombre non négligeable d'entre eux. Il est donc nécessaire de porter attention à chaque patient quel que soit son motif de consultation. Par ailleurs, une amélioration du système de permanence des soins de santé ambulatoire permettrait de réduire le nombre de consultations au sein des SU et de réduire les temps de passage.

Titre en anglais : A study of Emergency Department spontaneous consultations in 2017. Patients outcomes and solution evaluation.

THESE : MEDECINE GENERALE - Année 2018

Mots clés : urgences – consultation spontanée – gestion en médecine de ville – Thionville

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY
