

UNIL, Faculté de biologie et de médecine, 3^e année de médecine
Médecine : individu-communauté-société (MICS)
Programme de médecine et santé communautaires
Module B3.6 – immersion communautaire

Comment devient-on un walk-in patient à Lausanne ?

Sébastien Bacher, Marc Court, David Eidenbenz, Cédric Gubelmann, Thomas Maibach

Problématique : L'augmentation du nombre de walk-in patient est une raison de l'engorgement des centres d'urgence en Suisseⁱ. Le walk-in patient est un patient s'adressant directement aux urgences sans préavis médical. Nous nous intéressons à ceux dont l'affection ne nécessite pas une prise en charge urgente.

Objectif : Explorer les processus qui pourraient générer des walk-in patients et suggérer des solutions visant à désengorger les urgences.

Méthodologie : Lecture d'articles. Interviews semi-directifs d'acteurs du système de santé (trois médecins urgentistes, un politicien, un philosophe-écrivain et un sociologue-anthropologue) à l'aide d'une grille d'entretien. Compilation et synthèse des informations répondant à la problématique.

Résultats : Plusieurs facteurs concernant le walk-in patient ont été mis en évidence. Le fait de consulter aux urgences sans préavis médical peut s'expliquer par une situation précaire, un manque de disponibilité des praticiens, l'absence de médecin attiré, une gestion inadéquate de l'inquiétude, une faible littératie et un réseau social faible. Tout cela influence les prises de décision des patients.

Conclusion : Dans nos entretiens, des solutions ont été proposées pour diminuer le nombre de walk-in patients et réduire l'engorgement des urgences. L'une d'entre elles consisterait par exemple en l'instauration d'un « desk » de sortie à la PMU, ayant pour fonction un débriefing auprès du patient, à qui serait distribué une liste de médecins traitants disponibles. Finalement, nous présentons un diagramme de Kiviat pouvant aider le médecin à caractériser les walk-in patients selon six facteurs et ainsi orienter la prise en charge.

Mots clés : walk-in patients – engorgement des urgences – région lausannoise – précarité – manque de médecins de famille – littératie

Juillet 2012

ⁱ Urs Müller, Regina Winterhalder, Adrian Businger, Heinz Zimmermann, Aristomenis K. Exadaktylos. Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13565.

Juillet 2012

PROBLEMATIQUE

L'augmentation du nombre de "walk-in patient" est une des principales raisons d'engorgement des urgences en Suisse et dans d'autres pays.

Le "walk-in patient" se définit comme un patient s'adressant directement aux urgences sans préavis médical. Existe-t-il un lien certain entre ce phénomène et les 30 à 40% de "non-urgences" aux urgences ?

Certaines caractéristiques seraient-elles surreprésentées chez ce type de patients ? L'absence de médecin de famille attiré et une plus grande confiance en l'hôpital seraient deux exemples.

OBJECTIFS

Explorer les processus qui pourraient générer des "walk-in patients" et suggérer des solutions visant à désengorger les urgences.

METHODOLOGIE

- Lecture d'articles et de rapports de santé publique
- Entretiens semi-structurés d'acteurs du système de santé à l'aide d'une grille d'entretien :
 - le Dr. Christophe Monney, chef de clinique de la PMU
 - le Pr. Thomas Bischoff, directeur de l'IUMG, responsable de la PMU-Flon
 - le Dr. Willy Gilgien, co-responsable de la permanence PMU-Flon
 - Philippe Martinet, député vert membre de la commission de politique sanitaire du Grand Conseil
 - Alexandre Jollien, écrivain et philosophe
 - le Pr. associé Francesco Panese, sociologue et anthropologue,
- Détermination des thèmes abordés lors des entretiens et construction d'hypothèses sur les facteurs influençant les décisions prises par les patients dits « walk-in ».

RESULTATS

Dans nos interviews, plusieurs facteurs concernant le "walk-in patient" ont été mis en évidence. Le fait de consulter aux urgences sans préavis médical peut s'expliquer par :

- une forte précarité, retrouvée entre autres chez les toxicomanes, les malades psychiques, les requérants d'asile et les migrants
- l'absence de médecin traitant attiré dans 30-50% des cas
- une plus grande confiance en la technicité offerte par un cadre hospitalier
- le peu de disponibilité des médecins praticiens lors des vacances scolaires ou des longs week-ends
- une mauvaise gestion de l'inquiétude, phénomène important dans notre société
- une vulnérabilité, chez les personnes fragiles ou sous tutelle, les poussant à consulter de multiple fois.
- une conception "clientéliste" du système de santé
- une faible littératie du système de soin, notamment chez les "international workers"

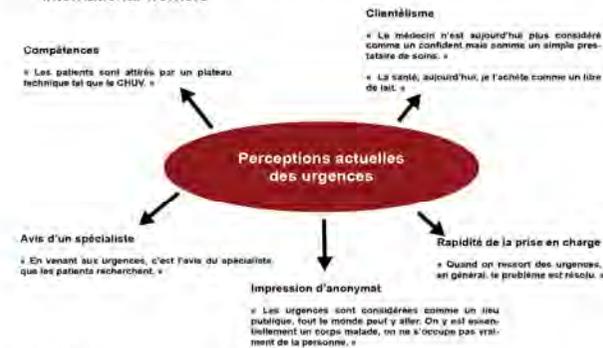


Figure 1. Mise en lien des thèmes avec des affirmations tirées des entretiens

DISCUSSION & CONCLUSION

Dans les différents entretiens, plusieurs solutions ont été proposées pour diminuer le nombre de "walk-in patient" et réduire ainsi l'engorgement aux urgences :

- l'augmentation du nombre de médecins de premier recours afin d'améliorer leur disponibilité

DISCUSSION & CONCLUSION (suite)

- la création de plages de consultation par le praticien, réservées à de "courtes consultations" permettant de prendre en charge les angoisses rapidement "désamorçables"
- la création d'un "desk de sortie" permettant un debriefing avec chaque patient sur sa venue aux urgences
- la réintroduction de la notion de permanence médicale distincte de l'hôpital dans la conscience de la population
- l'encouragement au développement de la télémédecine, consistant en des conseils médicaux par téléphone ou év. par vidéoconférence
- l'uniformisation du tri entre les prises en charge légères et lourdes, à l'image du CHUV
- l'amélioration de la formation des médecins généralistes aux petites urgences
- l'encouragement à faire des check-up réguliers, renforçant ainsi le lien avec le médecin traitant
- l'instauration d'une taxe pour chaque visite aux urgences, dont le remboursement nécessiterait l'approbation du médecin ou de l'assurance (à l'instar du modèle instauré aux Etats-Unis) : il faut cependant être attentif à un éventuel renoncement aux soins

Le diagramme de Kiviat (Figure 2) pourrait permettre de caractériser les "walk-in patients" selon six facteurs principaux. Une utilisation par le médecin aux urgences pourrait être envisagée pour repérer les points à aborder avec le patient et ainsi lui proposer des solutions. Ceci pourrait éventuellement permettre à terme de diminuer le nombre de "walk-in patients" aux urgences.

Cette étude ouvre des voies pour la recherche future. Sa faiblesse réside dans le fait que nous n'avons pas interrogé de "walk-in patients" pour mieux appréhender leurs représentations. Une étude qualitative par des entretiens en profondeur avec des patients serait nécessaire.



Figure 2. Diagramme de Kiviat. Outil aidant le médecin à mettre rapidement en évidence les éventuels déficits chez un «walk-in patient», permettant ainsi d'orienter une prise en charge plus adaptée

Müller U., Wrietherhalder K., Businger A., Zimmermann H., Laskadaktis A. K. Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? Swiss Med Wkly; 2012;142:w13565.
 Flaig C., Zehnder K., Zürcher H., Eichenberger P., Frei C., Gegeckas A., Gschwind Ch., Ledergerber P., Haefeli A., Pfister H. R., Senn F., Hufschmid U., Bracher F., Meyenberg A., Beer J. H. Selbstweinsweisungen ins Spital. Primary Care; 2002;2:290-293.
 Seiler G., Panz S., Faouzi M., Trobb L., Vaucher P., Althaus F., Daessen J-B., Bodenmann P. Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. Academic Emergency Medicine; 2012;19:63-68.
 De Haller H-K., Schaller P., Decrey Wick H., Solano A-M., Eddé M., Feltrath F. Walk-in patient. Cett(he) inconnu(e). Courrier du médecin vaudois (Revue SVM); N°6 - Octobre 2009.