



HAL
open science

Facteurs environnementaux influençant la venue des patients aux urgences un jour ouvrable au Centre Hospitalier Annecy Genevois

Mahiedine Mokhtari

► **To cite this version:**

Mahiedine Mokhtari. Facteurs environnementaux influençant la venue des patients aux urgences un jour ouvrable au Centre Hospitalier Annecy Genevois. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01302328

HAL Id: dumas-01302328

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302328>

Submitted on 14 Apr 2016

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

**« Facteurs environnementaux
influençant la venue des patients aux
urgences un jour ouvrable au Centre
Hospitalier Annecy Genevois. »**

Soutenance publique le Jeudi 7 Avril 2016 à Grenoble

Président du jury : Pr Patrick IMBERT

Membres du Jury :

Pr GAVAZZI Gaetan, Dr MAIGNAN Maxime, Dr SALIGARI Elisabeth

Directeur de thèse : Dr SALIGARI Elisabeth

Mr MOKHTARI Mahiedine,
né le 06 Mai 1986 à Annecy

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

I. Liste des Universitaires	3
II. Remerciements	8
III. Abréviations	16
IV. Résumé	18
V. Introduction	20
VI. Contexte	22
1. Evolution de la démographie médicale :	23
2. Histoire de la Médecine d'urgence :	25
3. Vieillesse de la population :	27
4. Conclusion	28
VII. Matériel et Méthode	29
1. Critères d'inclusion et d'exclusion :	31
2. Méthode d'analyse statistique :	31
VIII. Résultats	32
1. Caractéristiques de la population :	33
2. Parcours de soin avant admission au SAU :	34
3. Rapport au Médecin Traitant :	37
4. Les accidents :	39
5. La population âgée :	39
IX. Discussion	42
1. Points faibles du type de l'étude :	43
2. Les éléments non contributifs :	44
- Couverture sociale :	
- Suivi hospitalier :	
- Utilisation d'internet et urgences :	
3. Les éléments pertinents :	46
- La Traumatologie	
- L'âge des patients	
- Besoins d'examens complémentaires	
4. La place du Médecin Traitant :	50
X. Conclusion	52
XI. Serment d'Hippocrate	54
XII. Bibliographie	56
XIII. Sommaire des Tableaux et Graphiques	59
XIV. Annexes	61

I. Liste des Universitaires

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



Affaire suivie par Kristina PENAUD

sp-medicine-pharmacie@ujf-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

II. Remerciements

Je tiens ici à remercier Mr le Professeur Imbert de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

J'en profite ici pour vous remercier de votre investissement à la fois pour la Médecine Générale ainsi que pour ses étudiants. Vous faites honneur à votre titre.

Je remercie aussi Mr le Professeur Gavazzi d'avoir accepté d'être membre de ce jury malgré son planning surchargé.

Sachez que je vous reconnait comme étant un de mes enseignants en médecine malgré le peu de temps que nous avons pu passé ensemble et que vous avez contribué à ce que je suis maintenant.

Je remercie Mr le Docteur Maignan d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Lui qui porte haut l'image des urgentistes et en qui s'incarne les urgences de demain.

Un grand merci à Mme le Dr SALIGARI Elisabeth pour ton soutien dans cette direction de thèse, ta gentillesse et ta disponibilité. Cette thèse n'aurait pas ce niveau sans tes (nombreux) retours !

Je souhaite remercier ici Celui qui plébiscite ma rationalité.

Celui qui m'en a doté et en a fait la garante de ma liberté.

Contre les obscurantismes et les illuminés,

La remise en question est le vrai allié,

De toutes choses j'ai douté,

Jusqu'à ne reconnaître que la condition dans laquelle Tu m'as créé,

Les cieux et les terres sont venues de leur plein gré,

Et moi je suis venu le coeur apaisé.

Et de trois...Et de trois doctorats Papa et Maman,

7 baccalauréats, 3 doctorats...

Vous l'avez fait ! Vous deux ensemble vous l'avez fait !

Preuve que les statistiques ne donnent que des orientations et pas des vérités.

Je ne serais jamais à la hauteur de ce que vous avez fait pour moi.

Aucun titre ne peut officiellement vous être décernés, mais croyez moi que vous pourriez donner des cours à l'Université !

Les gens sont impressionnés par les titres, mais personnellement je suis impressionné par vos actes et votre conviction.

Je n'ai pas en mes mains le pouvoir de rétribuer mais je Lui demande de vous récompenser pour tous les gens que je vais aider.

Des remerciements sincères et pleins d'humilité à ma famille qui depuis mon enfance m'a supporté :

Ghalima, Tu nous a tracé la voie, qu'Allah te récompense pour ton excellence, n'oublie pas de prendre soin de toi,

Mounir, Tu es un model de patience et d'endurance, puisse Allah bénir ta petite famille,

Leila, le jour où tu te rendras compte de ce que tu vaux...

Assia, ma soeur, Il n'éprouve que ceux qu'Il aime, reçoit cette bonne nouvelle,

Louisa, ce que l'on vit ne peut s'écrire,

Malika, c'est Toi que j'aime.

Vous avez tous participé à constituer la personnalité que je suis.

A leurs époux, épouses,

A mes neveux et nièces (présents et à venir) à qui je n'accorde pas assez de temps, j'espère que vous aurez le coeur pur de Nenna et Djidou.

A ma petite équipe,

Ma femme (cette fois ci je le dit clairement ;-), je suis honoré d'être ton élève, puisse Allah nous éduquer encore et encore et nous élever encore plus haut dans la compréhension profonde et la remise en question,

Ma fille, sache qu'à 4 ans tu m'as déjà fait changer d'avis avec des arguments fondés. Qu'Allah te préserve et fasse que ta raison t'affranchisse de toute soumission.

Mon fils, sache qu'à deux ans et demi tu...tu ... tutette ! (oh noon) tu m'as apporté beaucoup de bonheur et de fraîcheur dans mon quotidien.

A toi qui n'existe pas encore quand j'écris ces lignes, tu sais pas dans quelle famille tu vas tomber ! ;-o

Puisse Allah souder nos coeurs et nous permettre d'avancer le coeur apaisé.

A mon beau père Abdelkader MAKHFI, merci pour votre confiance,
A ma belle mère Patricia MAKHFI, bientôt la retraite !
A mon beau frère Mehdi(t), qui n'a pas réussi à me mettre au football,
A sa femme Nathalie, à leurs enfants
A ma belle soeur Myriam, great debaters forever,

A Mohammed El Gnani, à son épouse, à leurs enfants,

A tous les frères de l'assise, le monde est en perpétuel mouvement,

A Zakaryae, tu as fait le bon choix,

A Mr le Dr JUND du CHANGE pour son aide précieuse et sa disponibilité pour les statistiques !

A Mme le Dr Oddou, ma tutrice, pour ses conseils et son engagement pour la médecine.

Au défunt Dr KADDOUR Affif, puisse Allah protéger ton âme,

III. Abréviations

CDOM Conseil Départemental de l'ordre des Médecins
CHANGE Centre Hospitalier Annecy Genevois
CMUc Couverture Mutuelle Universelle Complémentaire
CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS Haute Autorité de Santé
INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MT Médecin Traitant
SAU Service d'Accueil des Urgences

IV. Résumé

Titre :

« Facteurs environnementaux influençant la venue des patients aux urgences un jour ouvrable au Centre Hospitalier Annecy Genevois. »

Introduction :

Introduction :

La démographie médicale évolue nettement à la baisse. En 10 ans, la consommation des soins aux urgences a augmenté de 36% alors que la population n'a augmenté que de 6%. L'objectif est de connaître les facteurs environnementaux menant les patients à consulter aux urgences un jour ouvrable.

Matériel et Méthode :

Une étude quantitative descriptive transversale avec des entretiens dirigés, dans le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier Annecy Genevois a été réalisée le Mercredi 23 Décembre 2015 de 8h à 20h. Tous les patients consultant ont été inclus en dehors des patients admis en salle de déchocage, ceux ne parlant pas français et ceux incapables de s'exprimer et n'ayant pas de représentant.

Résultats :

Soixante-six patients ont été inclus dans l'étude.

Les patients sont 94% à déclarer un médecin traitant. 76% considère qu'il constitue le premier recours pour une pathologie qu'ils jugent comme « semi-urgente ». Ils sont 45% à l'avoir appelé pour le motif de leur venue. 89% des patients venus pour un traumatisme ne l'ont pas contacté. Les patients âgés de plus de 70 ans sont 89% à l'avoir contacté les 3 jours précédant leur venue.

Les patients sont 47% à se présenter spontanément, 62% pensent nécessiter des examens complémentaires et 22% à déclarer venir car leur médecin est absent.

Conclusion :

Parmi les facteurs influençant la venue des patients aux urgences, on retrouve le degré de gravité ressenti par le patient, les traumatismes, le besoin ressenti d'examens complémentaires, le congé des médecins traitants, l'éducation du patient au recours à l'urgences, le fait d'être atteint d'une pathologie depuis deux jours ou plus.

V.Introduction

Ce travail de recherche s'articule autour des trois postulats suivants :

- La démographie médicale est en baisse⁽¹⁾,
- La médecine d'urgence tend à devenir une spécialité à part entière centrée sur la prise en charge médicale urgente⁽²⁾,
- La population française vieillit⁽³⁾.

Les derniers rapports du Conseil National de l'Ordre des Médecins sont sans appel⁽¹⁾. La démographie médicale globale est en baisse et ne retrouvera son taux optimal qu'en 2030. Les médecins généralistes libéraux se faisant de plus en plus rares, le premier recours va logiquement être transféré vers d'autres professionnels de santé.

Les urgences vont se retrouver confrontées à l'évolution des motifs de consultation. La question qui se pose déjà - au vu de leur mission de service public - est celle de leur réaction face à cette évolution.

Les urgentistes sont formés à la prise en charge de pathologie nécessitant des soins urgents⁽⁴⁾. Ils risquent de voir ces patients "noyés" dans le flot de patients venant pour d'autres motifs.

De plus, le vieillissement de la population et sa spécificité médicale remet en question nos pratiques actuelles tant en terme de démarche diagnostique que thérapeutique. Certaines recommandations de bonne pratique⁽⁵⁾ intègrent des données propres aux sujets âgés.

La Cour des Comptes recommande d'améliorer la connaissance des mécanismes qui mènent les patients aux urgences⁽⁶⁾. Ainsi, les patients qui ne nécessitent aucun examen complémentaire pourraient être redirigés. Il s'agirait d'une diminution de 3 millions de consultants pouvant à terme faire économiser 500 millions d'euros par an ⁽⁶⁾.

L'objectif de ce travail est d'appréhender les paramètres non médicaux qui mènent à la venue aux urgences afin de savoir quel(s) levier(s) il sied de mobiliser.

VI. Contexte

1. Evolution de la démographie médicale :

a. - Nationale :

En 2014, la France comptait 215 531 médecins en activité ⁽¹⁾. Cet effectif résulte d'une croissance ininterrompue depuis des décennies. C'est le plus élevé de son histoire.

Pour la première fois cependant, il serait appelé à diminuer de 10 % jusqu'en 2019 avant de revenir à son niveau actuel en 2030 ⁽¹⁾. Dans le même temps, la population française devrait croître d'environ 15 % entre 2006 et 2060⁽⁷⁾. Ainsi, la densité médicale, qui rapporte l'effectif de médecins à la population, serait durablement inférieure à son niveau actuel.

Concernant spécifiquement la population des médecins généralistes, ils sont 90 630⁽¹⁾ en exercice recensés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins dont 87 269 exercent en France métropolitaine. Ce chiffre est en baisse de 6,5 % depuis 2007⁽¹⁾. En 2020, l'effectif des généralistes serait de 86 203⁽¹⁾.

La profession se répartit en 57 % d'hommes et 43 % de femmes ⁽¹⁾, d'un âge moyen respectif de 57 ans et 49 ans⁽¹⁾. 25,8 % des généralistes sont âgés de 60 ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs⁽¹⁾.

Ils sont dans l'ensemble 52 760 à exercer leur spécialité en libéral, 31 631 à être salariés et 6 163 à effectuer une pratique mixte⁽¹⁾.

Ces chiffres sont à croiser avec les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) qui prévoit de passer de 64 millions d'habitants en 2011 à 73,6 millions d'habitants en 2060⁽⁷⁾

b.- Locale :

Démographie

En moyenne, la densité médicale est, au 1er janvier 2014, de 134,5 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants ⁽¹⁾. L'intégralité des régions françaises enregistrent une baisse de la densité des médecins généralistes⁽¹⁾.

En 2008, La Haute Savoie compte en 2012 693 médecins généralistes libéraux, soit une diminution de 3,2% par rapport à 2008 ⁽⁹⁾.

Entre 2008 et 2012, en Haute Savoie, 13 départs de médecins généralistes libéraux n'ont pas trouvés de remplaçants pour leur succéder⁽⁹⁾.

Type d'activité :

Le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2009 ciblé sur la région Rhône Alpes⁽⁸⁾ retrouve que 63% des nouveaux inscrits ont fait le choix d'exercer leur activité en secteur salarié. 24% effectuent des remplacements et 12% s'installent en libéral.

Le rapport de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) révèle une tendance assez nette d'installation de médecins généralistes à mode d'exercice particulier exclusif. Ce mode d'exercice inclut les médecins s'installant avec comme activité exclusive l'allergologie, l'angiologie, l'homéopathie, l'acupuncture...

Or, les médecins généralistes libéraux constituent le premier recours face aux problématiques médicales de la population. Ainsi l'évolution de leur démographie est un facteur très important influençant l'afflux de patients aux urgences. On retient qu'un pourcentage faible de médecins généralistes s'installe en libéral et que parmi eux un pourcentage croissant s'oriente vers un mode d'exercice particulier exclusif.

2.Histoire de la Médecine d'urgence :

La médecine d'urgence est reconnue comme étant pratiquée depuis l'Antiquité (trépanations, réduction de fractures...). Elle s'est constituée au gré des aléas historiques et géopolitiques pour être ce qu'elle est aujourd'hui.

L'aide médicale urgente s'est initialement structurée autour des militaires blessés au combat. La guerre faisant de nombreux dégâts, une loi de 1941 préconise la création d'un « poste de secours » dans tout hôpital ou hospice de plus de 30 lits et ouvre les hôpitaux aux accidentés du travail.

En 1970 une loi est promulguée et organise l'admission d'urgence dans les hôpitaux de jour comme de nuit, complété par la loi de 1975 qui structure l'accueil des urgences.

Les deux guerres mondiales passées, la gravité des accidents de la route fait que le 6 Janvier 1986 naissent les Services d'Aide Mobile Urgents. Leur principale mission est de prendre en charge et de transférer rapidement les accidentés de la route auprès d'une structure hospitalière.

La régulation médicale des appels fait partie intégrante des prérogatives de cette nouvelle entité.

On note qu'entre 2001 et 2011, le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions à 18,5 millions (+ 36%)⁽¹⁰⁾ dans les 750 structures d'accueil alors que la population française passait de 61 385 000 à 65 350 000 d'habitants (+ 6%)⁽¹¹⁾.

La création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisés de Médecine d'Urgence tend à asseoir l'importance de cette médecine dans le paysage médical français.

Local :

Le SAU du CHANGE site Annecy représente le plus gros centre d'accueil des urgences de la Haute Savoie. Il prend en charge chaque année environ 55 000 consultants.

Ce service accueille les urgences adultes médicales et traumatologiques ainsi que les urgences psychiatriques et de traumatologie pédiatriques. Les urgences gynécologiques et pédiatriques médicales font l'objet d'un accueil spécifique.

L'évolution de la démographie médicale constitue un nouveau challenge à relever pour le service public représenté dans notre discussion par les services d'accueil des urgences (SAU).

En effet, si les médecins traitant viennent à manquer, la population n'en demeurera pas moins malade.

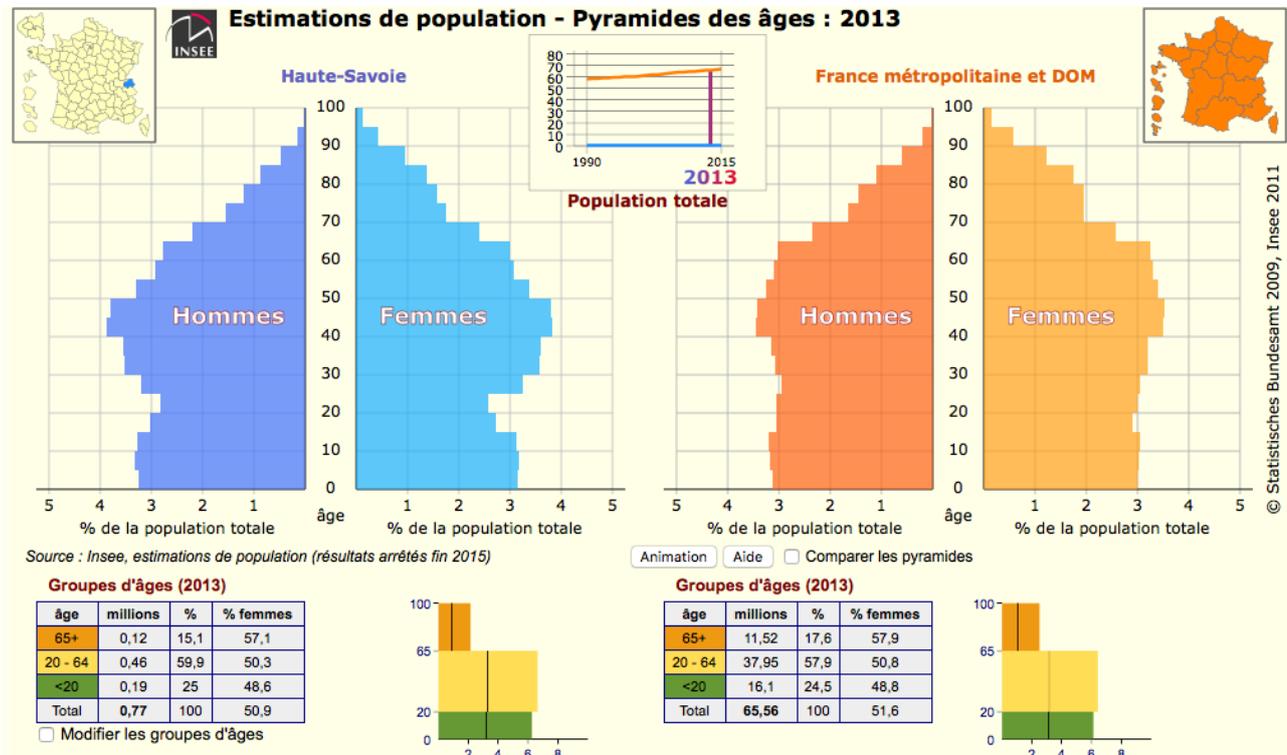
Comme tendent à le prouver les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) croisés avec ceux de l'INSEE la consommation de soins aux urgences évolue six fois plus vite que la population française.

Comme elle le fait déjà, la population se tournera spontanément - au mieux - vers les services d'accueil d'urgences.

Se pose alors la question de l'évolution des pratiques aux urgences au vu du risque de désadaptation du système en place.

3. Vieillesse de la population :

GRAPHIQUE N°1 : COMPARAISON DE LA PYRAMIDE DES ÂGES ENTRE LA FRANCE ET LA HAUTE SAVOIE



Cette pyramide des âges fournit par l'Institut National d'Études Démographiques met clairement en évidence l'évolution de la population à laquelle nous allons être confrontés. Nous assistons à l'arrivée à un âge avancé des baby-boomers. Les trente prochaines années vont ainsi voir une partie très conséquente de la population franchir la barre des 70 ans.

Ce vieillissement de population pose de nombreuses questions médicales, sociales, sociétales et économiques.

On assiste au développement d'équipes mobiles de gériatrie qui se déplacent au chevet des sujets âgés à domicile ou en institutionnalisation. Ces équipes sont d'une aide considérable pour les patients âgés et leurs familles. Ils apportent une compétence médico-sociale propre à la prise en charge gériatrique.

13 % des services d'urgence déclarent cependant disposer⁽⁶⁾ d'une filière spécifique complète d'accueil et de soins en gériatrie. La Cour des Comptes ne décrit pas concrètement ce que représentent ces filières. La circulaire DHOS/02 de 2007 décrit les caractéristiques de cette filière de soins gériatriques. Parmi ses objectifs on retrouve clairement la volonté de prendre en charge les patients sans passer par les urgences⁽¹³⁾.

La gériatrie est une spécialité naissante - devenue spécialité médicale depuis 2004 - qui tend à prouver que le sujet âgé a une spécificité diagnostique et thérapeutique ⁽⁵⁾.

On est en droit de se demander si la formation initiale des médecins est suffisante pour leur permettre d'appréhender cette population.

4. Conclusion

Les trois facteurs détaillés ci-dessus vont tous trois être exacerbés dans les années à venir.

La confrontation de ces trois situations va mener à une situation encore inédite à l'échelle de l'humanité. C'est pourquoi il est intéressant de mieux appréhender les facteurs conduisant à une modification de comportement et d'essayer de comprendre la réalité de ce qui nous attend.

L'objectif de cette étude est d'appréhender les facteurs environnementaux influençant la venue des patients aux urgences un jour ouvrable en dehors des horaires de garde.

L'objectif secondaire est d'évaluer le rapport au médecin traitant dans le parcours de venue aux urgences.

VII. Matériel et Méthode

Une étude quantitative descriptive transversale a été menée dans le SAU site Annecy le mercredi 23 décembre 2015 de 8 à 20h.

Des entretiens dirigés ont été réalisés après que les patients aient été accueillis par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation puis enregistrés administrativement.

Les questions ont été posées à l'oral par un seul examinateur au patient ou à son représentant. Les réponses étaient notifiées directement sur le logiciel Numbers.

L' accord oral des participants a été sollicité avant le début de l'interrogatoire et les données ont été d'emblée récoltées anonymement.

1.Critères d'inclusion et d'exclusion :

Tous les patients entrant au SAU (secteur traumatologie et secteur médecine) du CHANGE, le Mercredi 23 Décembre de 8h à 20h ont été inclus.

Les patients exclus de l'étude sont ceux qui ont été directement admis en salle de déchocage, les patients avec lesquels aucun échange verbal en français n'était possible ainsi que les patients déments non accompagnés.

Le questionnaire^(annexe 1) ciblait :

les caractéristiques sociales, assurantielles et de domiciliation,
le mode d'arrivée et de recours aux urgences,
le rapport au médecin traitant avant la venue aux urgences,
le rapport avec d'autres professionnels de santé avant leur venue aux urgences,
le motif non médical de leur venue aux urgences.

Les résultats ont été consignés dans un fichier via le logiciel Numbers.

2.Méthode d'analyse statistique :

Les rapports de vraisemblance ont été calculés par le Dr JUND du CHANGE via le logiciel IBM SPSS Statistics 22.

VIII. Résultats

1. Caractéristiques de la population :

a. Population étudiée :

73 patients se sont présentés à l'admission du Service d'Accueil des Urgences (SAU).

Aucun patient n'a été réorienté. 3 sont entrés directement en salle de déchocage.

4 ont été exclus de l'étude : un patient a refusé de répondre et trois autres ne parlaient pas français.

94% des patients se présentant ce jour aux urgences (hormis déchocage direct) ont répondu au questionnaire.

Les réponses des 66 patients ont été étudiées.

Le détail des caractéristiques de la population est notifié dans le tableau n°1.

b. Provenance :

4 patients (6%) provenaient d'un département autre que la Haute-Savoie.

c. Sexe et âge :

Le sexe ratio était de 1,06. La moyenne d'âge était de 50 ans.

52 patients (74,29%) ont répondu eux-mêmes ; 14 (20%) se sont fait aidés d'un accompagnement.

d. Couverture Sociale :

65 patients (98%) déclarent avoir une couverture sociale obligatoire, 56 (85%) une complémentaire santé.

4 sujets de l'étude (6%) déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire, 3 (5%) disent dépendre de la CMUc.

TABLEAU N°1 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE
2.Parcours de soin avant admission au SAU :

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Homme	32	48 %
	Femme	34	52 %
Assurance Obligatoire	Sécurité Sociale	65	98 %
	Aide Médicale d'Etat	0	0 %
	Aucun droit	1	2 %
	Ne Sait Pas	0	0 %
Assurance Complémentaire	Complémentaire santé	56	85 %
	CMUc	3	5 %
	Pas d'assurance complémentaire	4	6 %
	Ne sait pas	3	4 %
Activité professionnelle	Actif avec emploi	28	43 %
	Chômeur	6	9 %
	Retraité	22	33 %
	Etudiant	6	9 %
	Autres inactifs	2	3 %
	Ne sait pas	0	0 %
	Autres Inactifs	2	3 %
	Non réponse		
Médecin Traitant	Oui	60	91 %
	Non	6	9 %
Résidez vous en Haute Savoie	Oui	62	94 %
	Non	4	6 %
Etes vous suivis dans l'établissement ?	Oui	6	9 %
	Non	60	91 %

a. Durée de la symptomatologie :

48% des patients qui ont consulté ce jour aux urgences souffraient de leur motif de consultation depuis deux jours ou plus.

b. Motifs de recours aux urgences :

62% des patients consultent aux urgences avec un ressenti de besoin d'examens complémentaires.

22% des patients déclarent venir aux urgences suite à la fermeture du cabinet de leur médecin traitant.

9% sollicitent les urgences comme un second avis après une première prise en charge qu'ils estiment non efficace.

c. Professionnels sollicités :

- Lien avec l'hôpital :

10% des patients sont suivis dans l'établissement pour une pathologie en cours. 16% d'entre eux ont contacté le médecin hospitalier qui les suit.

- Recours au Centre 15 et urgences :

Le centre 15 a été contacté par 18% des consultants avec un délai avant avis médical inférieur à 30 minutes pour 100 % des appelants.

- Recours à SOS médecins et urgences :

L'association SOS médecins a été contactée par 6% des consultants.

- Recours aux urgences pour une problématique semi urgente :

3% considère que les urgences représentent le premier recours lors d'une problématique médicale semi urgente.

d. Recours à Internet

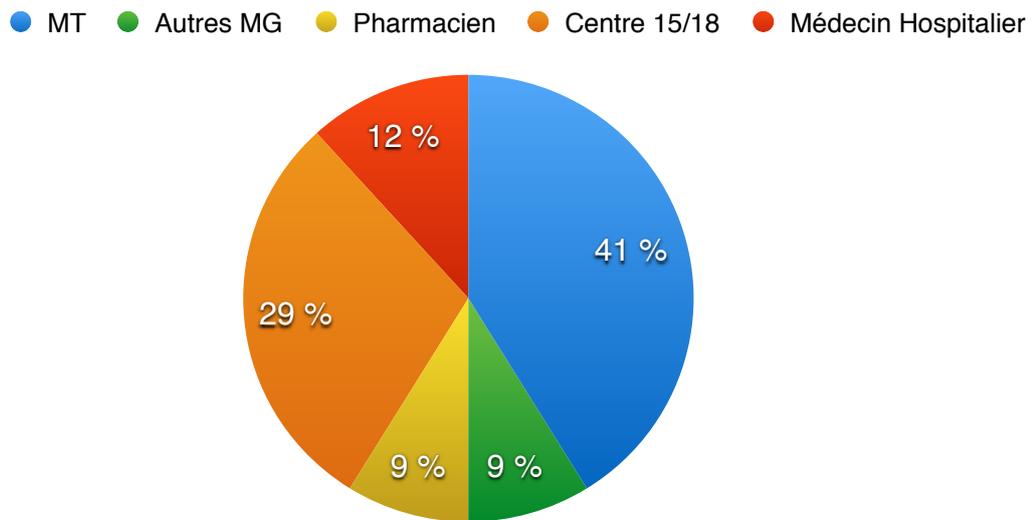
3% des consultants ont consulté internet avant leur venue aux urgences avec pour objectif de rechercher un diagnostic (100%).

e. Orientation aux urgences :

- Avec le conseil d'un professionnel de santé :

53% des voies de recours aux urgences sont basées sur le conseil d'un professionnel de santé. 21% ont été adressé par le médecin traitant (MT).

41% des consultants ont essayés de contacter le MT, 29% les Centres 15/18.



GRAPHIQUE N°2 : DIAGRAMME DE RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONTACTÉS AVANT LA VENUE AUX URGENCES.

- Sans le conseil d'un professionnel de santé :

47% des consultants ce jour viennent sans recommandation d'un professionnel de santé. Parmi ceux-ci, 75% viennent de leur propre chef, 22% viennent sur conseil d'un proche et 3% après une consultation sur Internet.

3.Rapport au Médecin Traitant :

Deux enfants non soumis à la déclaration d'un médecin traitant sont retirés de l'analyse ci-dessous.

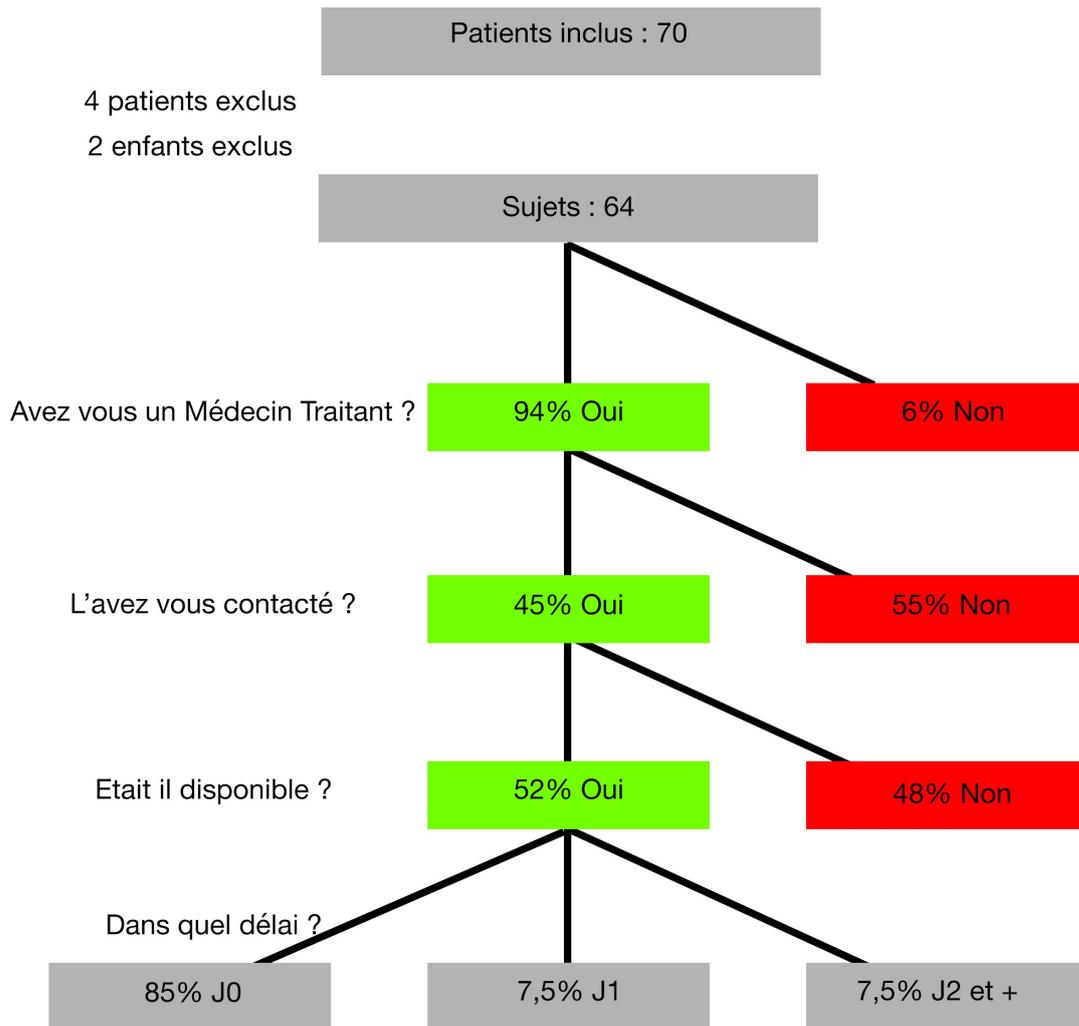
94% (60 patients) de la population de l'étude déclarent avoir un médecin traitant.

76% des patients considèrent le MT comme premier recours lors d'une problématique médicale qu'ils jugent semi urgente, 8% en deuxième ligne, 3% en troisième ligne et 13% à ne pas le considérer comme ressource dans cette situation.

55% (33 patients) des patients disent ne pas avoir essayé de joindre leur médecin traitant concernant le sujet de leur venue aux urgences.

Ceux qui l'ont contacté l'on trouvé disponible dans 51 % des cas avec une disponibilité le jour même pour 85% d'entre eux.

GRAPHIQUE N°3 : DIAGRAMME DE RECOURS AU MÉDECIN TRAITANT DANS LA POPULATION ADULTE DE L'ÉTUDE



4. Les accidents :

27,7 % (soit 18 patients) sont venus pour cause d'accident,

100 % de ces patients sont venus par leurs propres moyens (100 % soit 18 patients).

89% (soit 16 patients) n'ont pas contactés leur médecin traitant avant de venir aux urgences. Cette différence de comportement par rapport à la population venue pour un motif non traumatologique est statistiquement significative ($p=0,006$).

5. La population âgée :

19 patients ont plus de 70 ans soit 28% des patients inclus, Ils sont 100 % à avoir un MT.

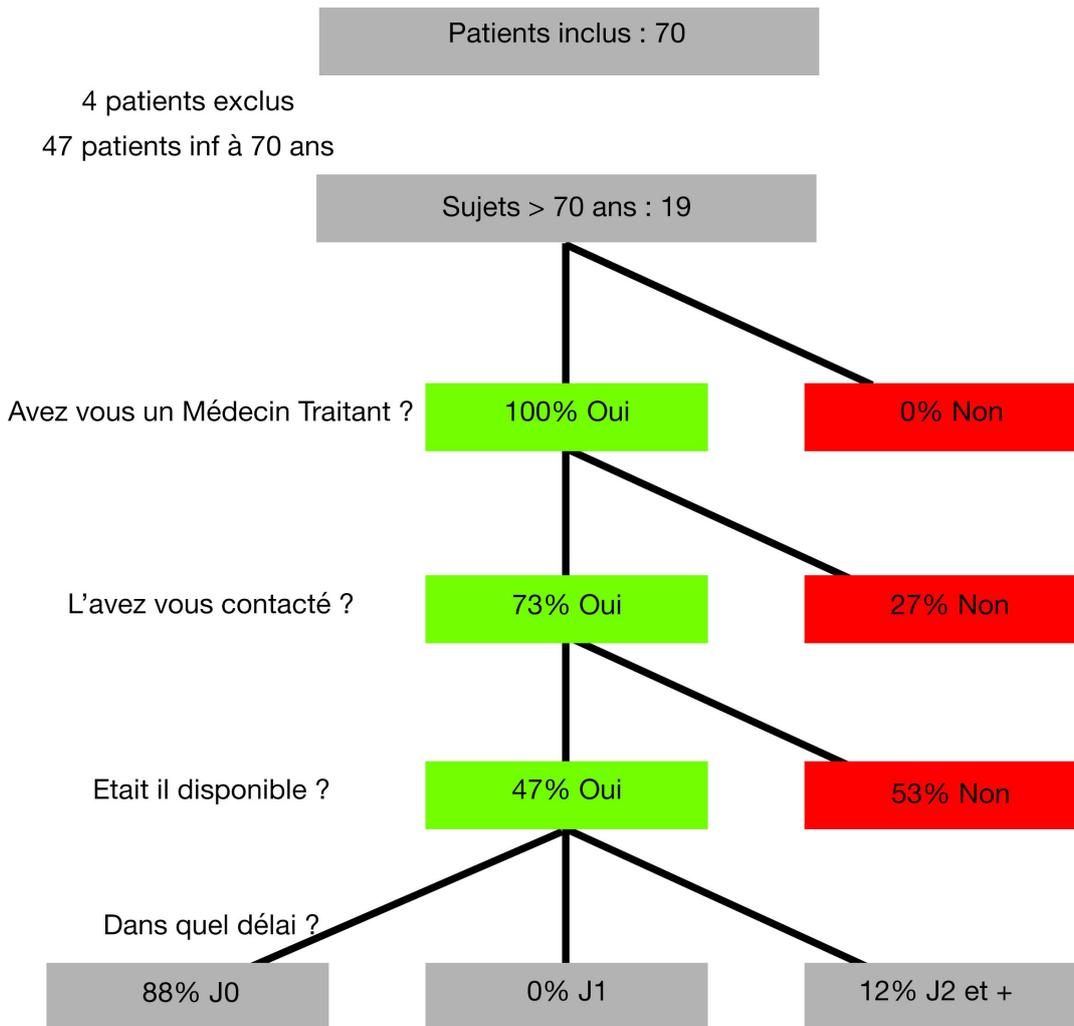
14 des plus de 70 ans (soit 73% des sujets de plus de 70 ans) ont contactés leur MT, (parmi les 5 qui n'ont pas contactés leurs MT, 3 viennent sur conseils d'évolution de leur MT, 1 accident, 1 besoin d'examen complémentaire ressenti).

89% des patients de plus de 70 ans consultant ce jour ont eu un rapport avec leur médecin traitant le jour de l'admission ou les deux jours précédents en rapport avec leur venue aux urgences.

TABLEAU N°2 : COMPARAISON DU RECOURS AU MT AVANT VENUE AUX URGENCES ENTRE LES SUJETS ÂGÉS DE PLUS DE 70 ANS ET LA POPULATION JEUNE DÉCLARANT UN MT.

			Médecin contacté		Total
			Non	Oui	
Age	0-69	Effectif	26	13	39
	70 et plus	Effectif	7	14	19
Total		Effectif	33	27	60
					p 0,004

GRAPHIQUE N°4 : DIAGRAMME DE RECOURS AU MÉDECIN TRAITANT DANS LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 70 ANS.



IX. Discussion

1. Points faibles du type de l'étude :

- Le parti pris d'effectuer cette étude un jour donné impose des biais inhérents au choix de ce jour; Un jour de vacances scolaires, en l'absence de neige suffisante pour skier, la saison propice aux infections virales en tous genres). Le plus intéressant serait de refaire cette même étude à plusieurs périodes de l'année afin de s'affranchir un maximum des biais liés aux aléas du calendrier.

- Le fait qu'elle soit mono centrique ne permet pas la comparaison avec un autre centre. Mais ceci était volontaire car nous souhaitons mieux connaître les réflexes de la population locale. Ainsi d'une population à une autre, les réflexes, les moyens de recours à disposition, la densité de population influencent fortement le comportement des consultants. L'influence du tourisme local n'a pas été un élément déterminant dans la venue ce jour aux urgences. Ainsi seules 4 patients (soit 6%) provenaient d'un département autre que la Haute Savoie. Un élément à prendre en considération est également le fait que la saison de de ski n'avait pas encore réellement commencé; pour information le SAU du CHANGE n'a pas d'organisation médicale spécifique aux saisons. Comme nous le verrons dans les paragraphes suivants les chiffres principaux de notre enquête rejoignent ceux des études nationales. Le fait qu'elle soit monocentrique n'est donc pas un critère gênant l'interprétation des résultats.

- L'étude est déclarative ce qui entraîne de fait de potentiels biais de déclaration des patients. Les questions étant objectives, l'influence de ce biais est certainement minime dans cette étude.

2. Les éléments non contributifs :

- Couverture sociale :

98% des patients possédaient une couverture sociale obligatoire, par conséquent ce critère n'est pas déterminant dans la venue des patients aux urgences. On relève une très bonne couverture sociale de la population française tant obligatoire que complémentaire. Ceci devrait encore s'améliorer avec la couverture complémentaire obligatoire pour les salariés.

L'hypothèse, fréquemment avancée, d'un recours accru aux urgences des personnes fragilisées par une situation de précarité financière apparaît à relativiser. La proportion de bénéficiaires de la CMU-c parmi les patients est inférieure à celle observée en population générale (7 %). Aucun passage ne concerne les bénéficiaires de l'aide médicale d'État; 2 % des personnes prises en charge n'ont cependant aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France.

Cette tendance est confirmée par l'enquête de la DREES de 2013.

- Suivi hospitalier :

Seuls 6% des patients sont suivis à l'hôpital. Seuls 16% d'entre eux, soit un patient a contacté le médecin hospitalier par lequel il est suivi. Par conséquent les patients suivis à l'hôpital ne sont pas sur représentés dans les consultants aux urgences. Probablement que le contact direct avec le médecin référent est privilégié ce qui facilite les admissions directement dans le service.

- Utilisation d'internet et urgences :

Les patients déclarant avoir eu recours à internet avant leur venue aux urgences ne représentent que 3 % des sujets de l'étude.

Malgré l'explosion de la consommation d'informations médicales sur internet - 8 Millions de visiteurs mensuels uniques sur doctissimo.fr - les patients ne s'y réfèrent que très peu pour motiver leur venue aux urgences.

Par conséquent internet ne semble pas être un élément déclencheur important de la venue aux urgences.

Ce moyen peut par contre être utilisé pour faire évoluer le degré d'éducation de la population. Des campagnes d'information sur internet pourrait être une façon d'éduquer sur la pertinence des consultations aux urgences

3. Les éléments pertinents :

- La Traumatologie

27,7 % (soit 18 patients) sont venus pour cause d'accident, parmi eux 89% (soit 16 patients) n'ont pas contacté leur médecin traitant avant de venir aux urgences. Cette différence de comportement est statistiquement significative par rapport aux patients venant pour un motif autre que la traumatologie ($p=0,006$).

Tous ces patients sont venus par leurs propres moyens (soit 18 patients).

Les patients pensent ils le médecin traitant non apte à prendre en charge de la traumatologie ? Ou peut-être que la simplicité d'avoir sur place le médecin et le lieu d'imagerie présente un confort non négligeable.

Les médecins orientent leur pratique en fonction du plateau qu'ils mettent à disposition de leurs patients. L'absence de cotation spécifique pour ce type d'actes en libéral n'incite probablement pas les médecins à en faire leur quotidien.

La mise en place d'un réseau de prise en charge d'urgences traumatologiques en libéral visible par les patients ainsi qu'une tarification adaptée permettraient potentiellement de faire évoluer les comportements des patients.

- L'âge des patients

Les patients ayant plus de 70 ans sont 100% à déclarer un médecin traitant. 89% d'entre eux ont eu un rapport avec leur médecin traitant le jour de l'admission ou les deux jours précédents en rapport avec leur venue aux urgences. Ces chiffres sont corroborés par l'enquête de la DREES de 2013.

Le comportement de cette catégorie de population que représentent les sujets âgés de plus de 70 ans prouve qu'un tel parcours de soins peut être obtenu.

Se pose ensuite la question de la prise en charge de ces patients dirigés vers leur médecin traitant.

Concernant la population gériatrique, leur prise en charge relève d'une compétence particulière d'un point de vue séméiologique et thérapeutique.

Nul doute que la proximité et la connaissance approfondie des patients par le médecin traitant acquises au fil des années permettent d'affiner la pertinence clinique et la qualité de l'interprétation de la symptomatologie de chaque patient. Cependant, l'organisation libérale du soin et la pression démographique actuelles ne nous permettent que difficilement de nous dégager du temps afin d'entretenir et de développer nos connaissances. Les groupes de pairs constituent un très bon moyen pour entretenir et développer ses connaissances auprès de confrères expérimentés.

Il serait utile d'avoir des groupes d'échanges entre libéraux, spécialistes hospitaliers et urgentistes afin que les uns appréhendent mieux la réalité des autres. Ainsi les libéraux pourraient avoir des retours concernant les motifs d'envoi aux urgences, les capacités de prise en charge des urgences et du service hospitalier. Les hospitaliers auraient une vision réaliste du quotidien du médecin traitant et comprendraient les limites inhérentes à une prise en charge ambulatoire.

Le besoin de formation complémentaire des médecins en gériatrie paraît nécessaire pour optimiser le triage pré-urgences.

Une amélioration de l'interface ville-hôpital avec des contacts privilégiés pourrait permettre d'optimiser la venue des sujets âgés aux urgences.

- Besoins d'examens complémentaires

62% des consultant de ce jour viennent avec un ressenti de besoin d'examens complémentaires. Ils savent que les SAU sont souvent dotés au minimum d'un service de radiologie ainsi que d'un laboratoire d'analyses.

La prescription d'examens complémentaires dans les SAU est souvent très codifiée.

Au vu de l'évolution très probable de la population se présentant aux urgences, il semble nécessaire de continuer les études dans le sens d'une rationalisation des prescriptions d'examens complémentaires auprès de cette « nouvelle » population.

C'est le péril de notre système de santé qui se joue derrière chacune de nos prescriptions.

Nous nous devons de résister à la demande de nos patients d'examens complémentaires même si l'aspect médico légal de la relation se fait de plus en plus présent.

L'obligation de moyen cité dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 mène très probablement à une dérive en terme de quantité de prescription dans les SAU et ailleurs.

L'académie de médecine dans un rapport d'Avril 2013 intitulé : « Améliorer la pertinence des stratégies médicales » par la voix de Mr MORNEX rapporte ce qui suit :

« Depuis quelques années, l'activité médicale est sensibilisée par le principe de précaution et le risque de judiciarisation. Le principe de précaution a de nombreux effets secondaires négatifs dans le cadre des pertinences des stratégies. Il est souvent mis en avant pour justifier la multiplication des actes afin de faire face aux recours juridiques. Cette pratique systématique d'une large prescription d'actes pour « se couvrir » en cas de plainte de la part d'un malade est une attitude défensive délétère, illusoire et inefficace, ne reposant sur aucune base sérieuse. En effet, les requêtes contentieuses restent stables depuis dix ans et leur fréquence est infime par rapport au nombre d'actes réalisés. Or, la responsabilité médicale reposant sur la notion de faute, la non prescription d'un examen complémentaire ne pourrait être retenue comme une faute sauf s'il était démontré que, face au tableau clinique, cet examen s'imposait et que son absence était directement responsable du dommage. »

Au delà de l'aspect médico-légal, l'aspect financier est à prendre en considération. Que deviendrait notre système de santé sans organisme payeur viable ?

Cependant, comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport de 2014, le mode de financement actuel des SAU n'incite pas à la régulation mais bel et bien à la surconsommation de soins.

Le code de déontologie médicale nous rappelle qu'en tant que médecin nous sommes garants de la santé individuelle (article 2) mais nous le sommes également de la santé publique.

Un important travail auprès des assurances professionnelles, du législateur ainsi qu'auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) est à effectuer dans ce sens.

4. La place du Médecin Traitant :

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours et son rôle a été renforcé avec la mise en place de son rôle de médecin traitant.

Si l'on exclut les deux enfants non assujettis à la déclaration d'un médecin traitant, 94% de la population de l'étude déclare avoir un médecin traitant. Ce qui est supérieur aux chiffres de la population générale dont 80% déclare un Médecin Traitant (Chiffres IRDES 2006).

Les patients inclus sont 76% à considérer le MT comme premier recours lors d'une problématique médicale semi urgente, alors qu'ils n'ont été que 45% à le contacter pour leur motif de venue.

Ils sont 3% à considérer les urgences comme premier recours lors d'une problématique médicale semi urgente et pourtant ils y sont.

Peut-être considéraient-ils que leur motif de consultation était plus urgent que « semi-urgent ».

La question leur a été posée et ils n'ont été que 9% à déclarer penser que « leur cas est grave ».

La raison se trouve peut être ailleurs.

Les consultants sont 62% à déclarer venir aux urgences car ils pensent relever d'examens complémentaires.

La facilité d'accès au plateau technique d'un hôpital paraît être un élément important de la venue aux urgences des patients. Il aurait été pertinent d'interroger les patients sur la typologie d'examens complémentaires dont ils pensaient relever.

Le médecin généraliste libéral a accès à un certain plateau technique à minima (via les cabinets d'imagerie libéraux, les laboratoires d'analyses médicales). Il se peut que les patients ne soient pas conscients de cela, où qu'ils préfèrent la facilité d'accès proposée par les urgences.

Notons que 45% des patients déclarent avoir contacté leur médecin traitant et parmi eux seuls 52% l'ont trouvé disponible.

Cette disponibilité est à relativiser du fait que l'étude a été réalisée le 23 Décembre, période habituelle de congés pour les médecins (20% des consultants disent venir prétextant que le cabinet de leur MT est fermé ce jour précis).

Le CDOM 74 a été contacté, ils n'ont pas de visibilité sur le nombre de médecins en congés à un instant donné.

L'association formée par les SAMU et les Urgences a édité en Octobre 2015 « Le Livre blanc des Urgences »⁽¹²⁾, un manuel qui propose des pistes pour l'amélioration de la prise en charge des urgences et n'y laisse aucune place pour le MT. Souhaite t on que la pathologie urgente soit réservée aux centres 15 ainsi qu'aux SAU ? La Cour des Comptes n'est pas de cet avis⁽⁶⁾. Elle estime à 3 millions le nombre de passages aux urgences qui pourraient être évités chaque année car ne nécessitent pas d'examens complémentaires ce qui représenterait 500 Millions d'économies annuelles⁽⁶⁾.

Enfin un certain nombre de passages aux urgences résultent d'un défaut d'accessibilité aux spécialistes.

Il serait souhaitable de développer des filières directes libérales – services hospitaliers sans passer par les urgences. Ainsi, le MT effectuerait le bilan initial avant d'adresser en service hospitalier les patients le nécessitant. Chacun y trouverait sans doute satisfaction.

X. Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : MOKHTARI Mahiedine

TITRE : « Facteurs environnementaux influençant la venue des patients aux urgences un jour ouvrable au Centre Hospitalier Annecy Genevois. »

CONCLUSION

L'organisation des soins non programmés en France est un système complexe. Le médecin traitant est au coeur de ce système.

Parmi les facteurs influençant la venue des patients aux urgences retrouvés dans cette étude on retient :

le degré de gravité ressenti par le patient, les traumatismes, le besoin ressenti d'examens complémentaires, le congé des médecins traitants, l'éducation du patient au recours à l'urgences, le fait d'être atteint d'une pathologie depuis deux jours ou plus.

Non traités dans cette étude, on peut citer le système de facturation des Services d'Accueil des Urgences qui encourage l'activité de ces services⁽⁶⁾. L'absence de facturation spécifique pour les médecins libéraux de la prise en charge d'urgences et leur coordination est probablement un frein à leur prise en charge en libéral.

L'évolution de la prise en charge des urgences proposée par l'association Service d'Aide Médicale Urgente et Urgences de France⁽¹²⁾ ne laisse aucune place au Médecin Traitant. Or le Médecin Traitant est celui qui connaît le patient dans sa globalité, ce qui lui procure une vision complète du patient.

Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge urgente serait même à renforcer au vu de la pluri-pathologie des sujets âgés et de sa connaissance du tissu social de ses patients.

Avec le vieillissement de la population se pose la question de la rapidité du développement d'unités mobiles gériatriques ainsi que de filières d'hospitalisation directes.

Un travail d'éducation de fond du degré d'urgence ressenti par le patient doit être entrepris car en définitif c'est le patient qui prend seul la décision de solliciter ou non un médecin.

En conclusion, on comprend que la solution n'est pas unique et doit être le fruit d'une large collaboration entre tous les acteurs de santé et les patients. La médecine de demain devra être une médecine de réseau de soins. Chaque effecteur faisant partie du même corps que constitue le corps soignant oeuvrant pour le maintien de la santé individuelle et collective.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 29/03/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET
J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR IMBERT

XI.Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les parents des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

XII. Bibliographie

- 1) Dr BOUET. **Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2014**, Conseil National de l'Ordre des Médecins, p12
- 2) **Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine**, <https://www.legifrance.gouv.fr>
- 3) **Estimation de population - Pyramide des âges 2013**, INSEE
- 4) Pr CARLI, **Présentation du DESC de Médecine d'Urgence Années universitaires 2015-2017**
- 5) **Recommandation de la Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française sur la prise en charge de l'Infection Urinaire Communautaires 2014**, Société Française des Pathologies Infectieuses de Langue Française, p11
- 6) Cour des Comptes, **Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser**, Septembre 2014
- 7) Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, **Projection de population à l'horizon 2060 de l'INSEE**, division enquêtes et études démographiques, INSEE
- 8) Conseil National de l'Ordre des Médecins, **Atlas de la démographie médicale en région rhône alpes Situation au 1er Janvier 2009**,
- 9) Union régionale des Professionnels de Santé, **Démographie des médecins généralistes en région Rhône Alpes Département de la Haute Savoie**,
- 10) Albert Vuagnat, **Les urgences hospitalières, qu'en sait-on?** DREES
- 11) Anne Pla, Catherine Beaumel, **Bilan démographique 2011** division Enquêtes et études démographiques, INSEE
- 12) SAMU et Urgences de France, **Le Livre blanc des Urgences**, Octobre 2015
- 13) **Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques NOR : SANH0730182C Annexe II Missions**
- 14) Baubeau D., Carrasco V., **«Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières»**, Études et Résultats, n° 215, DREES, janvier 2003.
- 15) Baubeau D. et al. 2000, **« Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés »**, Études et Résultats, n° 72, DREES.
- 16) Carrasco V., Baubeau D., 2003, **«Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale»**, Études et Résultats, n° 212, DREES, janvier.
- 17) Cash E. et al., 2013, **«Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières»**, Document de travail n° 125, Série études et recherche, DREES, mars.

- 18) Collet M., Gouyon M., 2007, «**Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale**», Études et Résultats, n°607, DREES, novembre.
- 19) Fournet N. et al., 2011, «**Le système français de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®)**», Institut de veille sanitaire.
- 20) Gouyon M., Labarthe G., 2006, «**Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats**», Études et Résultats, n°471, DREES, mars.
- 21) Mouquet M.-C., Oberlin Ph., 2012, «**L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008**»,
- 22) **Le panorama des établissements de santé - édition 2012**, Études et statistique, DREES, novembre.
- 23) Site Internet du ministère de la Santé donnant accès aux données collectées dans le cadre de la Statistique annuelle des établissements de santé: <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>
- 24) Steg A., 1989, «**L'urgence à l'hôpital**», rapport du Conseil économique et social.
- 25) Steg A., 1994, «**Rapport sur la médicalisation des urgences** », Commission nationale de restructuration des urgences.
- 26) Cour des Comptes, «**Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser** », Sécurité sociale 2014 – septembre 2014

XIII.Sommaire des Tableaux et Graphiques

Graphique n°1 : Comparaison de la pyramide des âges entre la France et la Haute Savoie	27
Tableau n°1 : Caractéristiques de la population de l'étude	34
Graphique n°2 : Diagramme de répartition des professionnels de santé contactés avant la venue aux urgences.	36
Graphique n°3 : Diagramme de recours au Médecin Traitant dans la population adulte de l'étude	38
Tableau n°2 : Comparaison du recours au MT avant venue aux urgences entre les sujets âgés de plus de 70 ans et la population jeune déclarant un MT.	40
Graphique n°4 : Diagramme de recours au Médecin Traitant dans la population âgé de plus de 70 ans.	41

XIV. Annexes

Contact patient :

1 le patient répond 2 l'accompagnant répond 3 pas d'interrogatoire possible 4 le patient refuse de répondre

Nature de l'accompagnant dans le cas numéro 3 :

1 parent 2 autre personne de la famille 3 autre personne

PATIENT :

Date – Heure d'entrée:

Êtes-vous : 1- un homme, 2- une femme

Votre âge ?

Situation assurantielle : 1- Sécurité Sociale, 2- AME, 3- aucun droit en France, 4- ne sait pas

Assurance complémentaire : 1- complémentaire santé, 2- CMU C, 3- pas d'assurance complémentaire, 4- ne sait pas

Activité : 1- actif avec emploi, 2- chômeur, 3- retraité, 4- étudiant, 5- autres inactifs, 6- ne sait pas, 7- autre, 8- non réponse

Ville de résidence :

Ville de travail :

ARRIVEE AU SAU :

GENESE DU RECOURS AUX URGENCES

Depuis combien de jours souffrez-vous de votre motif de venue ?

1- un jour, 2- deux jours, 3- trois jours ou plus

Provenance :

1- domicile, 2- voie publique, 3- en provenance d'un établissement de santé, 4- en provenance d'une structure médico sociale, 5- autre

Avez-vous un Médecin Traitant ? 1- Oui, 2- Non

Avez-vous contacté votre MT pour ce motif avant de venir ? 1- Oui, 2- Non

Délai avant disponibilité d'un rendez vous ?

1- ce jour, 2- demain, 3- deux jours ou plus

Avez-vous appelé le 15 ? 1- Oui, 2- Non

Quel délai d'attente avant d'avoir un médecin au téléphone ?

1- moins de 15 minutes, 2- moins de 30 minutes, 3- moins d'une heure

Avez-vous appelé SOS Médecins ? 1- Oui, 2- Non

Quel délai avant prise en charge ?

1- Moins de trente minutes, 2- Moins d'une heure, 3- Moins de deux heures, 4- Plus de trois heures

Avez-vous regardé sur internet avant de venir ? 1- Oui, 2- Non

Quel moteur de recherche avez-vous utilisé ? 1- Google, 2- Yahoo, 3- Bing, 4- autres

Vous avez recherché ?

1- un diagnostic, 2- une orientation pour la prise en charge, 3- des signes de gravité

Quelle qu'aient été vos démarches qui vous a conseillé de vous rendre aux urgences ?

1- Médecin traitant 2- Autre médecin généraliste 3- Pharmacien
4- Centre 15 5- Pompiers 6- Proche ou autre personne 7- Internet
8- De vous-même sans autre avis

Face à une problématique médicale considérée par vous comme semi-urgente (sous entendu une urgence non vitale), quel est l'ordre de recours à ces différents acteurs de santé (Classer du premier au dernier de 1 à 9) :

1- Médecin traitant 2- Autre médecin généraliste 3- Pharmacien
4- Centre 15 5- Pompiers 6- Proche ou autre personne 7- Internet
8- De vous-même sans autre avis 9- Service d'Accueil des Urgences

Si vous deviez donner le motif de votre venue aux urgences parmi ceux ci : lequel correspondrait le mieux ?

1- Mon Médecin Traitant est absent 2- Aucun cabinet contacté n'était disponible 3- Je pense avoir besoin d'examens complémentaires 4- J'ai tenté de me soigner seul et ça n'a pas marché 5- J'ai consulté pour ce motif mais ça ne va pas mieux.

