



**HAL**  
open science

# Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable : étude descriptive de la population

Thibault Parent, Clément Houzé

## ► To cite this version:

Thibault Parent, Clément Houzé. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable : étude descriptive de la population. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01371015

**HAL Id: dumas-01371015**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371015v1>**

Submitted on 23 Sep 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>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016

N°

**RECOURS SPONTANES AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER  
METROPOLE SAVOIE SANS CONSULTATION MEDICALE PREALABLE :  
ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION**

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

Thibault PARENT

*[Données à caractère personnel]*

Et

Clément HOUZE

*[Données à caractère personnel]*

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE  
GRENOBLE\*

Le : 19/09/2016

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Mme le Professeur CARPENTIER Françoise

Membres du jury :

Mr le Professeur GAVAZZI Gaëtan

M. le Professeur CHABRE Olivier

Sous la direction du Docteur LESAGE Patrick

*\*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.*

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

Année 2015-2016

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

<b>CORPS</b>	<b>NOM-PRENOM</b>	<b>Discipline universitaire</b>
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
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
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie

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

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

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

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

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

## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	7
<b>RESUME</b> .....	10
<b>ABSTRACT</b> .....	11
<b>ABREVIATIONS</b> .....	12
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	13
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b> .....	17
1- Type d'étude.....	17
2- Durée d'étude .....	17
3- Population.....	18
4- Méthode de recueil des données .....	18
5- Analyse statistique.....	19
<b>III. RESULTATS</b> .....	20
1. Population de l'étude .....	20
2. Mode d'admission.....	22
3. Données socio-démographiques.....	24
4. Motifs du recours aux urgences.....	29
5. Justification du recours aux urgences.....	33
a. Les patients ayant consulté ou contacté un médecin.....	33
b. Les patients n'ayant pas consulté ou contacté un médecin.....	35
6. Rôles du médecin traitant .....	36
7. Horaire d'admission et temps passé aux urgences .....	39
8. Analyse médicale .....	40
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	42
1. Résultats de l'étude.....	42
2. Les limites de l'étude.....	50
3. Perspective.....	52
<b>V.CONCLUSION</b> .....	54
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	56
<b>ANNEXES :</b> .....	59
Annexe 1 : Questionnaire .....	59
Annexe 2 : Classification CCMU .....	64
Annexe 3 : Cartographie de la démographie médicale en Rhône-Alpes.....	65
Annexe 4 : Cartographie de la démographie médicale en Savoie .....	66
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	67



# REMERCIEMENTS

- A notre président de Jury : **Me la Professeur Françoise CARPENTIER**,  
Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse. Veuillez trouver en ces mots, l'expression de notre profonde estime.

- A notre directeur de thèse : **M. le Dr Patrick LESAGE**,  
Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse. Merci de nous avoir permis de réaliser notre étude dans ton service, pour ta disponibilité, ton aide précieuse mais aussi pour ton implication dans la formation des internes à la médecine d'urgence.

- A notre juge : **M. le Professeur Gaëtan GAVAZZI**  
Merci d'avoir accepté de juger notre travail, de nous avoir fait partager votre savoir de la médecine gériatrique, veuillez trouver en ces mots notre sincère gratitude

- A notre juge : **M. le Professeur Olivier CHABRE**  
Un GRAND merci d'avoir accepté dans l'urgence de juger notre travail, soyez assuré de notre infime reconnaissance

- A **Mme Sylvie GROS**, statisticienne dans le service du DIM du Centre Hospitalier Métropole Savoie  
Merci d'avoir accepté de nous aider dans l'analyse statistique de notre travail, pour votre professionnalisme, disponibilité et rapidité sans égales. Sans vous rien n'aurait été possible.

## Remerciements de Thibault

A la mémoire de ma mère à qui je dédie cette thèse.

A Clément, LA rencontre de mon internat. Tu auras été mon co-thésard, co-interne, colloc mais avant tout mon ami. L'écriture n'étant pas mon fort, et en plus on a vraiment pas le temps pour tout ça ! Alors, merci pour tout.

A Delph', toi qui dois le supporter tous les jours, Chapeau !

A Justine, pour ton amitié sans faille. Merci d'être présente dans tous les moments passés, présents et à venir et ce malgré l'éloignement. « Il y a des amis, il y a la famille et puis il y a des amis qui deviennent la famille. »

A la Champion Family, pour votre soutien et vos encouragements. Merci de m'avoir offert un havre de paix et d'être là à chaque fois que j'ai besoin de me ressourcer.

A Brice et Fabien, pour tout ce que vous m'avez apporté et m'apportez encore.

A Léa, pour cette amitié naissante. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec toi, que ce soit pour un voyage en Croatie, autour de pichets de bière à jouer à la bataille Corse ou au cours d'une garde.

A la petite Sophie, pour ton enthousiasme et tes talents au badminton. J'attends de pouvoir siroter une tisane dans ta nouvelle maison avec impatience.

A l'équipe du 1<sup>er</sup> semestre : Clément, Amandine, Renaud, Sophie, Delphine, Sandrine, Francesco : un semestre de folie, riche en émotion.

A mes colloqs dans cet internat luxueux qu'est Saint François et à mes co-internes des urgences (et du dispensaire) : Amaury, Amina, Iris, Rosine et son belge, Clément, Léa, Carole, Robin ... : pour ce semestre un peu hors du temps, pour cette ambiance au travail, pour nos (trop ?) nombreuses soirées et leurs lendemains rudes...

Aux copains du dernier semestre, et surtout mes 2 co-internes : déjà pour m'avoir supporté, Nico pour ta joie de vivre, ton dynamisme et Enora essentiellement pour tes pantalons pyjama

A mes deux sœurs que je n'oublie pas.

Merci à tous ceux que j'ai pu oublier qui comptent ou ont pu compter dans ma vie. Et pis c'est tout !

## Remerciements de Clément

A Thibault,

*Mon Pinpin, ce fut un plaisir de réaliser ce travail avec toi, merci pour ton amitié, écrite dès la pré-rentrée d'internat, pour avoir partagé tous ces semestres en ta compagnie et ce n'est que le début*

A Delphine,

*Merci d'être toujours là pour moi, de beaux projets concrétisés et d'autres à venir*

A ma Mère,

*Pour m'avoir toujours soutenu, et pour ton aide si précieuse lors de la relecture*

A mon Père,

*Pour être toujours présent et pour tes conseils avisés*

A mes Grands-Parents,

*Pour tous vos encouragements et votre soutien*

A mes Beaux-Parents,

*Pour m'avoir si bien accueilli dans votre famille*

A Pierre-Yves et Nicolas,

*Pour votre confiance, il me tarde de travailler avec vous*

A Xavier, Christian, Jacques et Bernard,

*Pour m'avoir donné l'envie de la médecine générale,*

A Éric et Franck,

*Pour vos encouragements et le temps accordé pour me permettre de réaliser ce travail*

A Greg, Baptiste et Cyril,

*Pour votre amitié si précieuse*

A Renaud et Amandine,

*Pour tous ces bons moments passés et à venir*

A Léa,

*Pour tes conseils et ta bonne humeur*

A Guigui, Olive, Ju et Hogu,

*Des cousins mais surtout des amis*

A toute la Famille,

*Pour avoir toujours cru en moi*

A tous ceux que je ne cite pas,

*Mais qui comptent pour moi*

# RESUME

## **Introduction :**

Le nombre de consultations aux urgences est en augmentation constante. Cette étude visait à caractériser les patients de plus de 18 ans consultant spontanément aux urgences durant les heures ouvrables de cabinet libéral par leurs propres moyens sans consultation médicale préalable, et d'en établir les raisons principales.

## **Méthode :**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, prospective, monocentrique dans le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie réalisée au printemps 2016 en journée au moyen d'un questionnaire.

## **Résultats :**

249 questionnaires ont été analysés. La population consultant de façon spontanée était majoritaire à 56%. L'âge moyen était de 45 ans avec un *sex-ratio* de 1,57. 71% vivent à moins de 20 minutes de l'hôpital. 62% consultaient pour la 1<sup>ère</sup> fois. Les deux motifs principaux étaient la douleur (37%) et les accidents (28%). Les patients consultant pour un accident arrivent aux urgences plus rapidement que pour l'ensemble des autres motifs ( $p < 0,001$ ). 88% avaient un médecin traitant (MT). 30% avaient contacté ou consulté préalablement un médecin, leur MT dans 76% des cas. 45% des patients ayant contacté un médecin ont consulté pour une aggravation des symptômes. 38% des patients n'ayant pas consulté de médecin ne pouvaient pas attendre, 25% souhaitaient un examen complémentaire et 19% l'avis d'un spécialiste. Les principaux rôles du MT étaient : le 1<sup>er</sup> recours médical (58%), la continuité des soins (58%), la gestion des problèmes selon le contexte (60%). Selon l'urgentiste, 77% auraient pu être gérés en ambulatoire.

## **Conclusion :**

La population était comparable à celle de l'étude nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2013. La majorité des consultations spontanées survient sans contact avec la médecine ambulatoire malgré une adhérence à la déclaration d'un MT et des rôles bien définis mais peu connus par la population.

# ABSTRACT

## **Introduction:**

The number of emergency visits is increasing steadily. The aim of this study was to qualify patient older than 18 years who go to the emergency department on their own and without contact a physician while medical office is open and to determine the primary reasons.

## **Method :**

This was a descriptive, prospective, epidemiological and monocentric study realised in spring 2016 in the emergency department of the Centre hospitalier Métropole Savoie by using a questionnaire.

**Results :** 247 questionnaires have been analysed. The spontaneous consulting population has a 56% majority participation. The average age was 45 years with a sex ratio of 1,57. 71% lived within 20 minutes of the hospital. 62% consulted for the first time. The two main reasons were the pain (37%) and the accidents (28%). Patients consulting for an accident came faster than patient consulting for others reasons ( $p < 0,001$ ). 88% have an attending physician. 30% had previously contacted or consulted a physician and their attending physician in 76% of cases. 45% of patients who had contacted doctor have consulted for a worsening of their symptoms. 25% of patients who hadn't consulted a doctor would like to have additional investigations and 19% wished specialized doctor opinion. Attending physician main roles were : primary care (58%), continuity of care (58%), problem management according to the context (60%). For the emergency doctors, 77% could have been managed by their general practitioner.

## **Conclusion :**

Our study has a similar population to the Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques study in 2013. Most of the spontaneous consultations occur without contacting a general practitioner despite most of them have an attending physician but his functions aren't well-known.

# ABREVIATIONS

CCMU : classification clinique des malades aux urgences,

CH : Centre Hospitalier

CHMS : Centre Hospitalier Métropole Savoie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Comité National de l'Ordre des Médecins

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

IAO : infirmières d'accueil et d'orientation

MAO : médecin d'accueil et d'orientation

MT : Médecin traitant

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## I. INTRODUCTION

Le nombre de consultations aux urgences est en augmentation constante. En France, il a ainsi doublé de 1990 à 2001 passant de sept à 14 millions de passages. Ce chiffre a continué à s'accroître pour atteindre 18,4 millions en 2012.(1) Il en est de même au Centre Hospitalier (CH) de Chambéry qui a enregistré une hausse de 44,7% entre 2005 et 2015 avec un nombre de passage annuel de 30 922 à 44 743. En 2015, le CH d'Aix les bains a enregistré 16 968 passages.

Une enquête nationale de la DRESS en 2013 a montré que les trois quarts des passages se font entre 8h et 20h. Près de 70% des patients se sont rendus aux urgences par leurs propres moyens, 11% ont été transportés via les pompiers et 11% via un taxi ou une ambulance et 1% par le SMUR. Après un passage aux urgences les trois quarts sont rentrés chez eux et 20% ont été hospitalisés. Seulement 50% des patients ont consulté pour une symptomatologie ayant débuté le jour même.

La plupart des consultations ont été classées CCMU 1 et 2 soit « comme des états qui ne sont pas jugés susceptible de s'aggraver » (annexe 1 : classification CCMU)

Selon cette même enquête, 48% des patients sont restés moins de deux heures dont 19% ont été pris en charge en moins d'une heure. A l'opposé, 4% des patients y sont restés plus de huit heures.(2)

Au vu de ces résultats, se pose la question de la place de ces usagers des urgences qui sembleraient relever d'une prise en charge ambulatoire par le médecin traitant, dans un objectif d'amélioration du parcours de soins, en renforçant le rôle du Médecin Généraliste comme coordonnateur des soins.

Notre étude se déroulant au Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS), nous nous sommes plus particulièrement intéressés à la démographie de l'arrondissement de Chambéry. En 2013 la population était de 268 295 habitants. Sur le plan socio-professionnel, on a dénombré :

- 0,6% d'agriculteurs exploitants
- 4,1% d'artisans
- 9,2% de cadres
- 16,3% de professions intermédiaires
- 16,1% d'employés
- 12,1% d'ouvriers
- 27,1% de retraités
- 14,5% de sans activité professionnelle(3)

En 2016, la Savoie recensait 694 médecins généralistes libéraux et salariés soit une hausse de 8,1% par rapport à 2007 dont 450 en activité libérale et mixte représentant une densité de 10,3 médecins pour 10000 habitants. L'âge moyen était de 50 ans dont 22,9% de 60 ans et plus.(4)

Le bassin chambérien comprenait 181 médecins généralistes en activité libérale ou mixte pour une densité de 11,7/10000 habitant. La bassin Aixois comprenait 61 médecins généralistes en activité libérale ou mixte pour une densité de 9,9/10000 habitants.(4)

En France le tableau de l'Ordre recensait 88886 médecins généralistes en activité régulière en 2016 soit une diminution de 8,4 % des effectifs depuis 2007 dont 56356 en activité libérale et mixte. La densité était de 130,6/100000 habitants. L'âge moyen était de 52 ans dont 27,3% de 60 ans et plus.(4)



L'offre de soins hospitalière sur la Savoie dénombre neuf structures hospitalières :

- CHMS : hôpital public, 1100 lits
- CH Albertville-Moutier : Hôpital public, 507 lits
- Clinique Herbert, Aix les bains: clinique privée
- Centre hospitalier spécialisé de la Savoie à Bassens : Hôpital public 264 lits
- Médipole de Savoie : Hôpital privé, 230 lits
- Centre hospitalier de Modane : Hôpital public, 150 lits
- Centre hospitalier de Bourg saint Maurice : hôpital public, 146 lits
- Centre hospitalier St jean de Maurienne : hôpital public, 255 lits
- Hôpital de rhumatologie de Reine Hortense : Hôpital public, 108 lits

On retiendra également la proximité géographique avec les CHU de Grenoble et de Lyon.

Le Centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS) est issu de la fusion des hôpitaux de Chambéry et Aix-les-Bains. Le CHMS est l'établissement public de santé référent d'un bassin de santé correspondant au département de la Savoie et au secteur de Belley (Ain). Il disposait de :

- 1100 lits d'hospitalisations et de 700 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- Une maternité de niveau 3 avec réanimation néonatale
- 11 salles de bloc central et huit salles de bloc ambulatoire
- un plateau technique conséquent (deux IRM, trois scanners, mammographe numérique, TEP scanner, centre de radiothérapie...)
- Une salle de cardiologie interventionnelle et une salle de rythmologie
- 24 postes d'hémodialyse

- Un laboratoire de biologie médicale et d'anatomopathologie
- Urgences, centre 15, unité de surveillance continue et réanimation

Le CHMS coordonnait sept SMUR routiers (structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) et deux SMUR hélicoptés.

Il a enregistré 85000 hospitalisations, 398000 consultations et 70000 passages aux urgences (adultes, pédiatriques, gynécologiques) par an. En 2015, le centre 15 a régulé 104495 dossiers.(5)

Le service des urgences de Chambéry était constitué d'une filière longue constituée de six box et déchoquages et d'une filière courte de 8 box avec une salle de plâtre. L'accueil était réalisé par deux infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) ainsi qu'un médecin d'accueil et d'orientation (MAO). Les patients étaient ensuite pris en charge par une équipe constituée de quatre infirmières, trois médecins (seniors) et deux internes au cours de la journée. L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) disposait d'une infirmière pour 15 lits.

Le service des urgences d'Aix-les-Bains était constitué de cinq box dont un déchocage et une salle de plâtre. L'accueil était réalisé par une infirmière qui était chargée de recueillir les premiers éléments médicaux et administratifs. Puis la suite de la prise en charge était réalisée par une infirmière, deux internes et un médecin senior. Le service d'UHCD comprenait quatre lits gérés par une infirmière.

Cette étude descriptive visait à caractériser les patients de plus de 18 ans ayant consulté aux urgences durant les heures ouvrables de cabinet libéral de façon spontanée et par leurs propres moyens sans avoir consulté de médecin au préalable, et d'en établir les raisons principales.

Dans un second temps nous nous sommes intéressés au nombre d'hospitalisation résultant de ces consultations et à la proportion qui aurait finalement pu être gérée par le médecin traitant en ambulatoire.

## II. MATERIEL ET METHODE

### 1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, prospective, monocentrique dans le service d'accueil des urgences du CHMS.

### 2- Durée d'étude

L'étude a été menée du 25 au 29 avril 2016 au sein des urgences de Chambéry et du 17 au 20 mai 2016 au sein du service des urgences d'Aix-les-Bains. Cette période a été choisie de façon aléatoire. L'étude s'est déroulée dans les horaires ouvrables de cabinet libéral soit en semaine hors week-end et jours fériés de 8 heures à 20 heures, heure à laquelle débutait la permanence des soins.

### 3- Population

Les critères d'inclusion étaient : les personnes âgés de 18 ans et plus arrivant par leurs propres moyens de façon spontanée, sans courrier médical

Les critères d'exclusion étaient : les mineurs, les patients arrivant par tout autre moyen de transport (pompiers, ambulance, SMUR etc), les patients arrivant par leurs propres moyens adressés par courrier d'un médecin ou régulés par le centre 15.

Les patients qui consultaient plusieurs fois sur la période d'inclusion étaient inclus pour chacun de leurs passages.

### 4- Méthode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'un questionnaire anonyme et facultatif composé de 26 questions. Ce questionnaire s'est déroulé en deux parties : la première destinée au patient et la seconde destinée au médecin senior ou à l'interne prenant en charge le patient.

Le questionnaire était inspiré du questionnaire de l'étude « enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières » de la DRESS en juin 2013 (6) et de la définition européenne du rôle du médecin généraliste. (7)

Le questionnaire a été soumis à un test sur échantillon au préalable afin d'évaluer sa qualité et ainsi d'apporter d'éventuelles modifications, puis l'évaluation de la faisabilité a été réalisée par Mme Gros, statisticienne au CH Chambéry.

Puis, un premier recueil des données a été débuté au mois de janvier 2016, s'avérant infructueux. Il était initialement prévu une distribution du questionnaire par les agents d'accueil des urgences. Devant une distribution trop aléatoire et un nombre

de dossiers perdus rendant l'analyse des données inexploitable, nous avons décidé de réaliser nous-même la distribution et la récupération des questionnaires sur chaque site. Cela nous a permis d'obtenir un taux de participation suffisant.

Le questionnaire a été remis en main propre dès l'accueil du patient aux urgences. Le patient remplissait lui-même la partie « patient », puis remettait au médecin le questionnaire afin que celui-ci remplisse la partie « médecin » à la fin de la prise en charge.

Le nombre de dossiers visés inclus était de 200.

Le nombre de passage quotidien aux urgences ainsi que le mode de venue ont été recueillis via le logiciel URQUAL©.

## 5- Analyse statistique

L'ensemble des données anonymes a été collecté sur le logiciel EXCEL©. Certaines données ont été analysées. Il s'agissait d'analyses univariées réalisées grâce au logiciel EPI6© avec des tests statistiques du  $\text{Khi}^2$  quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5 ou le test exact de Fisher lorsqu'il y avait des effectifs théoriques inférieurs à 5. Le seuil de significativité était de  $p < 0,05$ .

### III. RESULTATS

#### 1. Population de l'étude

Durant l'étude, 298 questionnaires ont été distribués.

Quatre ont été exclus :

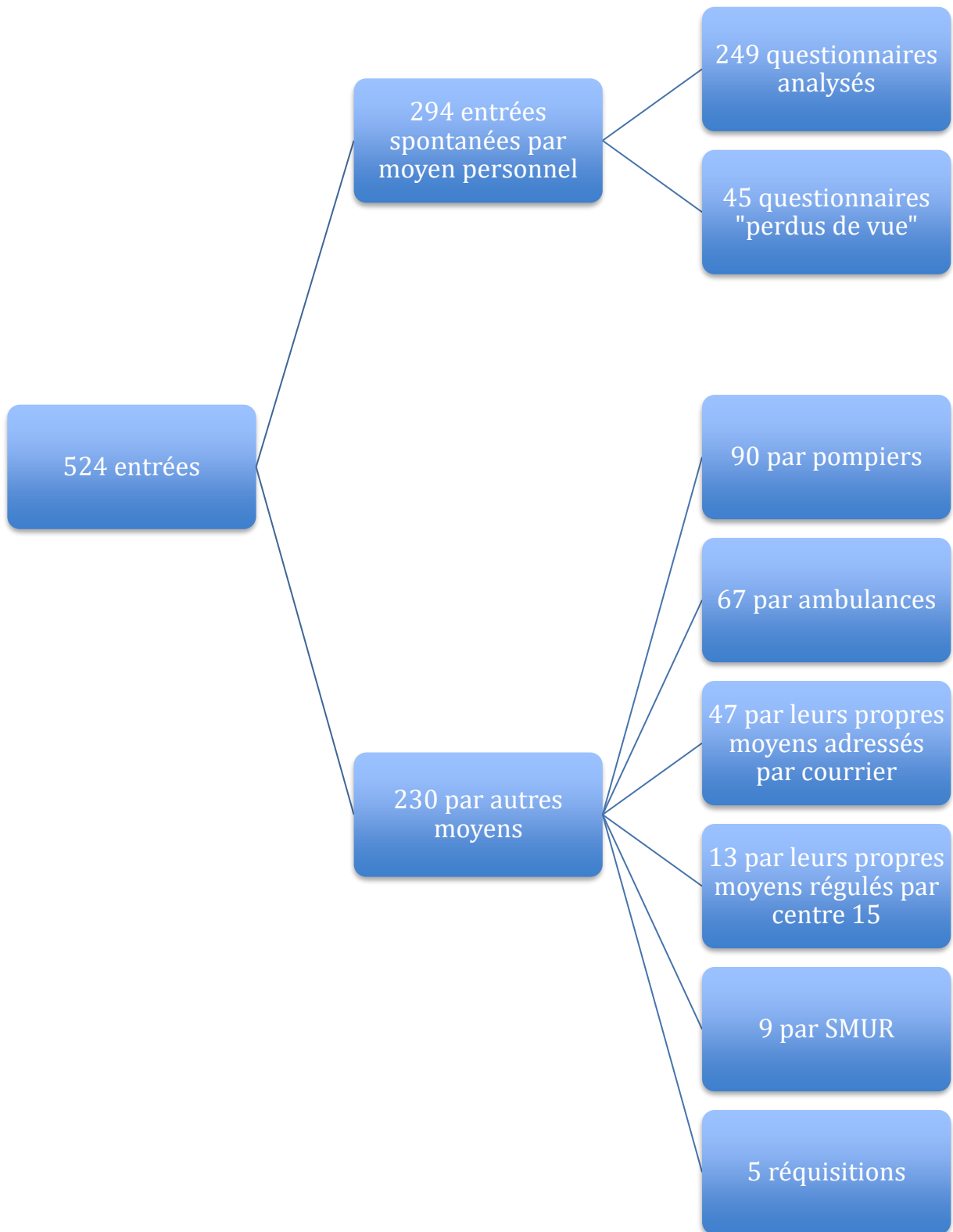
- Un mineur
- Un patient régulé par le centre 15
- Deux patients adressés par des courriers de médecin

Sur les 294 patients à inclure, 45 questionnaires ont été perdus : cinq patients ont refusé, 33 questionnaires n'ont pas pu être récupérés et sept patients sont partis sans avoir été vus. Dans deux questionnaires, la partie médicale a été complétée sans la partie « patient ».

La partie « patient » a été renseignée partiellement ou intégralement dans 247 questionnaires, qui ont donc été analysés. Cela représente 84% de la population à inclure.

La partie médicale a été renseignée dans 242 questionnaires. Deux questionnaires n'avaient que la partie médicale renseignée.

Sur ces 249 questionnaires, la partie « patient » était incomplète pour 30 d'entre eux. Ceux-ci ont tout de même été analysés pour les questions auxquelles ils avaient répondu.

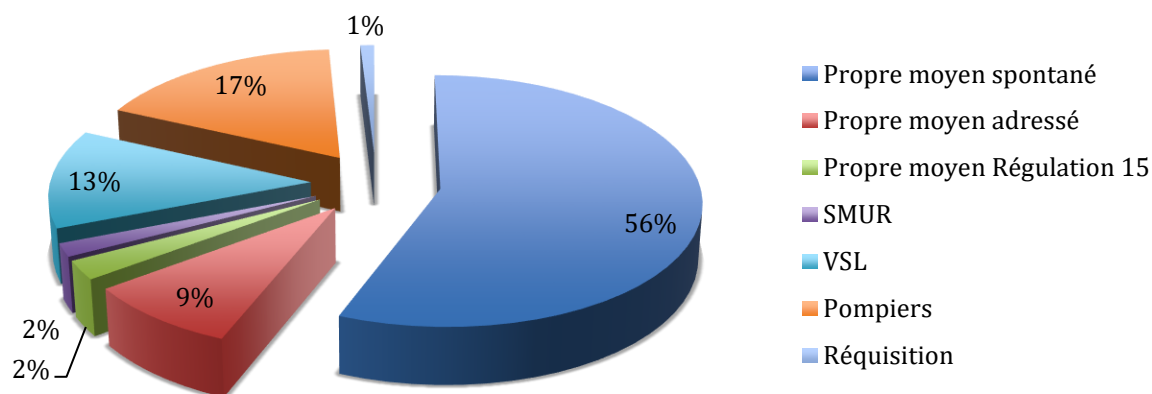


## 2. Mode d'admission

**Tableau 1: Mode d'admission aux urgences**

Mode d'admission	Nombre	Pourcentage
Propres moyens spontanés	294	56%
Propres moyens adressés par courrier	46	9%
Propres moyens Régulation 15	13	2%
SMUR	9	2%
VSL	67	13%
Pompiers	90	17%
Réquisition	5	1%
<b>Total</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>

**Figure 1 : Mode d'admission aux urgences**



Durant la période d'inclusion, il y a eu 524 admissions de patients majeurs, tout mode d'entrée confondu. La population arrivant par ses propres moyens de façon spontanée était majoritaire, représentant environ 56%.

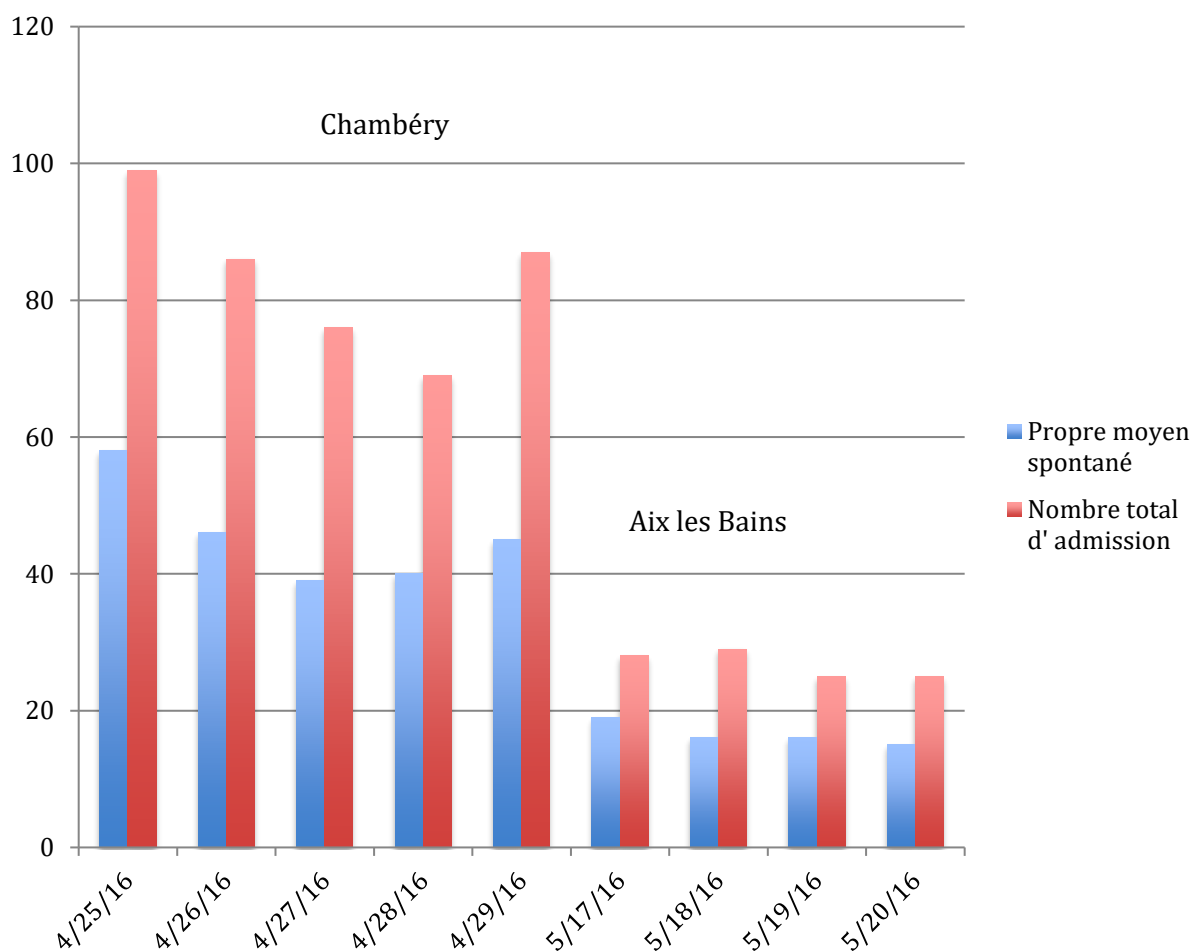


**Tableau 2: Nombre et taux d'admissions spontanées et totales par jour**

Dates	Propres moyens spontanés	Nombre total d' admission	Pourcentage propres moyens spontanés
Lundi 25/04/16	58	99	59%
Mardi 26/04/16	46	86	53%
Mercredi 27/04/16	39	76	51%
Jeudi 28/04/16	40	69	58%
Vendredi 29/04/16	45	87	52%
Mardi 17/05/16	19	28	68%
Mercredi 18/05/16	16	29	55%
Jeudi 19/05/16	16	25	64%
Vendredi 20/05/16	15	25	60%
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>524</b>	<b>56%</b>

Ce pourcentage restait stable d'un jour à l'autre.

**Figure 2: Taux d'entrées spontanées et totales par jour**



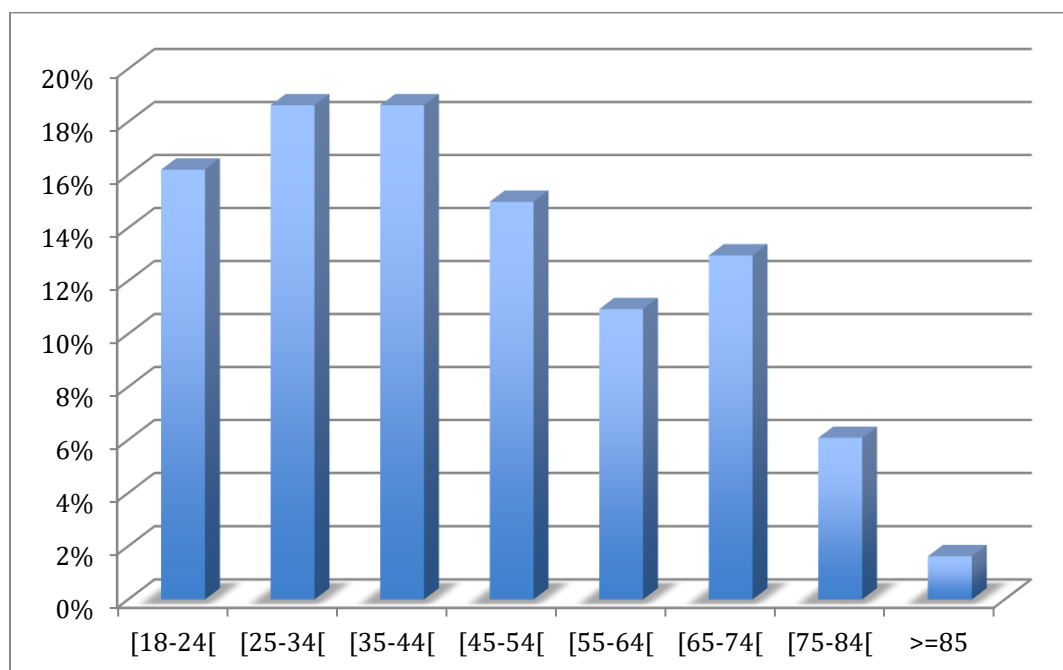
### 3. Données socio-démographiques

Les 96 femmes et 151 hommes ont été inclus représentant respectivement 39% et 61% de la population.

**Tableau 3: Nombre et taux d'entrées spontanées selon l'âge**

Classe d'âge	Nombre	Pourcentage
[18-24[	40	16%
[25-34[	46	19%
[35-44[	46	19%
[45-54[	37	15%
[55-64[	27	11%
[65-74[	32	13%
[75-84[	15	6%
>=85	4	2%
<b>Total général</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>

**Figure 3: Taux de recours spontanés selon l'âge**



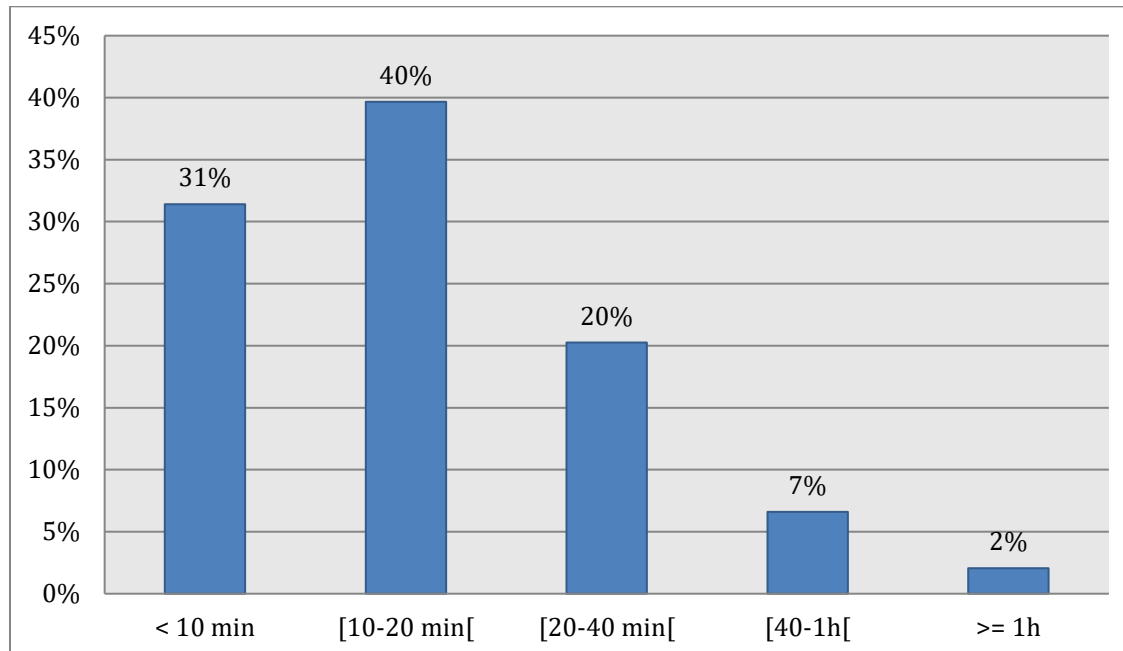
La moyenne d'âge était de 45,1 ans, l'âge médian de 42 ans. Le patient le plus jeune avait 18 ans et le plus âgé 93 ans.

**Tableau 4: Temps de trajet Domicile-Hôpital**

Temps de Trajet Domicile-Hôpital	Nombre	Pourcentage
< 10 min	76	31%
[10-20 min[	96	40%
[20-40 min[	49	20%
[40-1h[	16	7%
>= 1h	5	2%
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

La majorité des patients habitait en Savoie (85%) et pour plus de deux tiers à moins de 20 minutes des Urgences. 95% des patients vivaient dans la région Rhône Alpes.

**Figure 4: Temps de trajet Domicile-Hôpital**

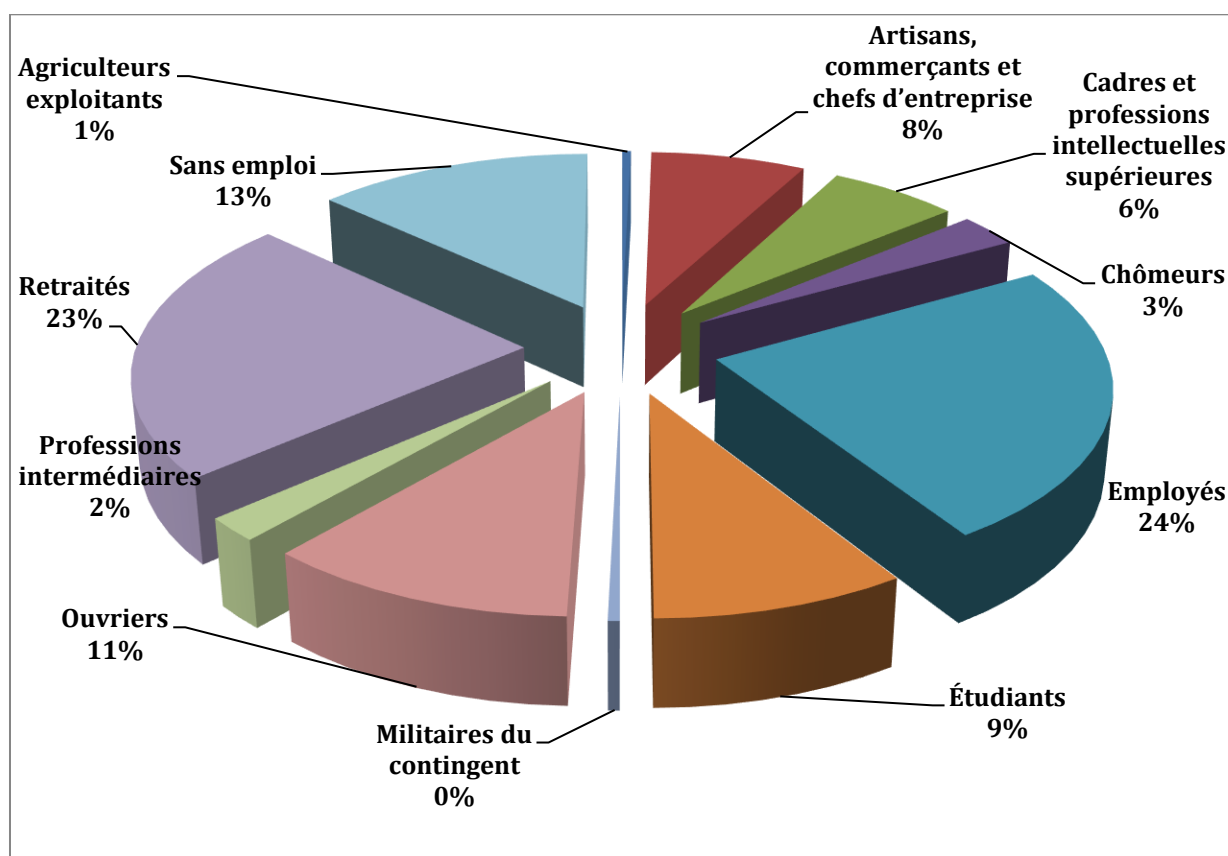


**Tableau 5: Admissions spontanées selon la catégorie socio-professionnelle**

Catégories socio-professionnelles	Pourcentage	Nombre
Agriculteurs exploitants	0%	1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	7%	18
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6%	15
Chômeurs	3%	7
Employés	24%	58
Étudiants	9%	22
Militaires du contingent	0%	1
Ouvriers	11%	27
Professions intermédiaires	2%	5
Retraités	23%	56
Sans emploi	13%	32
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>242</b>

Sur le plan socio-professionnel, la majorité des patients étaient des employés (24%) ou des retraités (23%).

**Figure 5: Catégories socio-professionnelles des admissions spontanées**



**Tableau 6: Nombre et taux de déclaration de médecin traitant des admissions spontanées**

<b>Déclaration médecin traitant</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	214	88%
Non	29	12%
<b>Total</b>	<b>243</b>	<b>100%</b>

88% des patients déclaraient avoir un médecin traitant.

**Tableau 7: Analyse de la déclaration du médecin traitant selon la catégorie socio-professionnelle**

<b>Catégories socio-professionnelles</b>	<b>Déclaration Médecin traitant</b>		<b>Total</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Agriculteurs exploitants	100%	0%	100%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	78%	22%	100%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	87%	13%	100%
Chômeurs	100%	0%	100%
Employés	89%	11%	100%
Étudiants	91%	9%	100%
Militaires du contingent	0%	100%	100%
Ouvriers	77%	23%	100%
Professions intermédiaires	100%	0%	100%
Retraités	98%	2%	100%
Sans emploi	81%	19%	100%
<b>Total général</b>	<b>88%</b>	<b>12%</b>	<b>100%</b>

Le croisement en fonction des catégories socio-professionnelles était relativement homogène. Cependant certains effectifs étaient trop petits pour être analysés.

**Tableau 8: Raisons de l'absence de déclaration d'un médecin traitant**

<b>Pourquoi n'avez-vous pas de médecin traitant ?</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Les médecins que vous avez contactés ne prennent pas de nouveaux patients	4	15%
Vous n'y avez pas pensé	6	22%
Par choix personnel	8	30%
Autre	9	33%
<b>Total général</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

L'absence de médecin traitant était un choix personnel pour un tiers d'entre eux, 15% n'ont pas réussi à en trouver un. Parmi les neuf « autres raisons », était évoqué : une recherche de médecin traitant en cours pour cinq d'entre eux (déménagement, changement de région), deux gens du voyage, un militaire et un patient étranger.

**Tableau 9: Nombre et taux de consultations aux urgences pour un même patient**

<b>Nombre de consultations aux urgences dans l'année</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
C'est la 1 <sup>ère</sup> fois	139	62%
Au moins une fois	53	23%
Plus de 2 fois	34	15%
<b>Total général</b>	<b>226</b>	<b>100%</b>

La majorité des patients déclarait consulter pour la première fois dans l'année aux urgences.

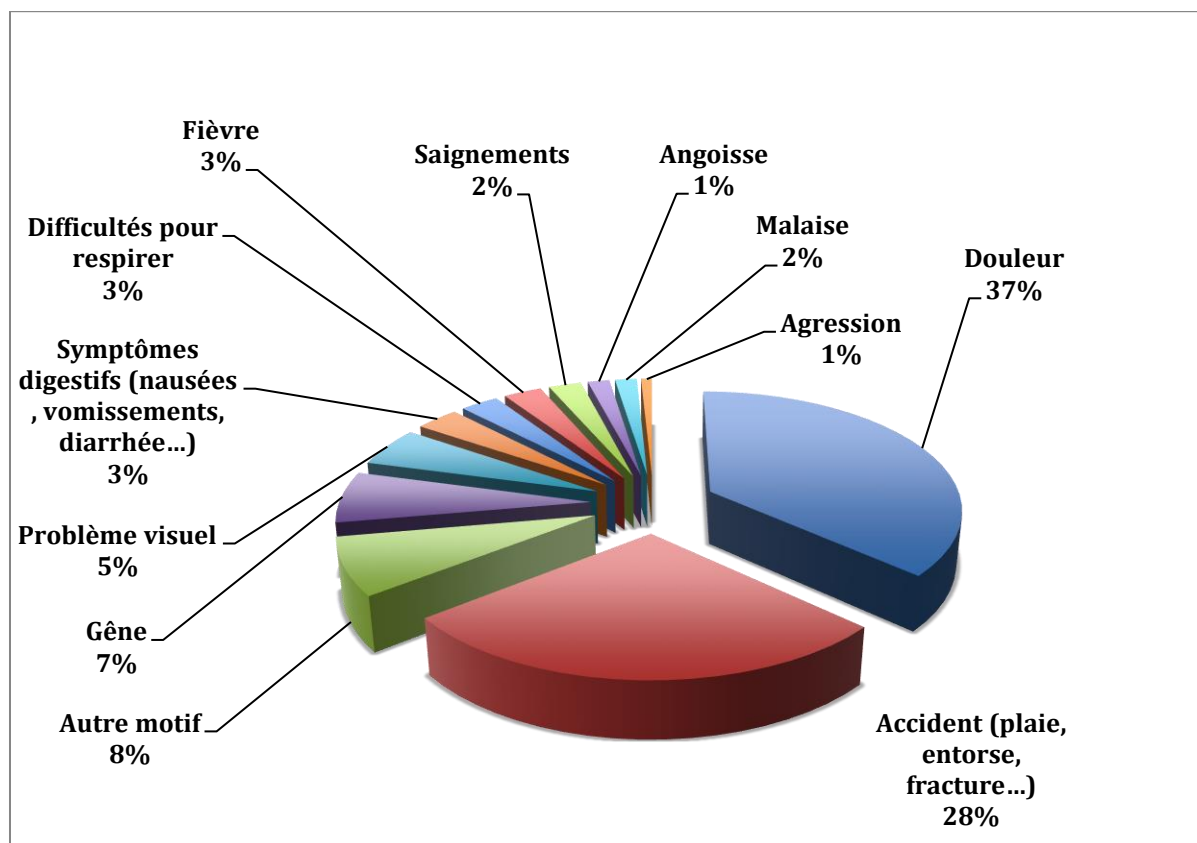
Il n'y a pas eu de différence significative entre le nombre de consultations aux urgences dans l'année et le fait ou non d'avoir un médecin traitant ( $p=0,947$ )

#### 4. Motifs du recours aux urgences

**Tableau 10: Motifs principaux de consultations des admissions spontanées**

Motif de consultation	Nombre	Pourcentage
Douleur	90	37%
Accident (plaie, entorse, fracture...)	68	28%
Autre motif	19	8%
Gêne	17	7%
Problème visuel	13	5%
Symptômes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée...)	8	3%
Difficultés pour respirer	7	3%
Fièvre	7	3%
Saignements	6	2%
Angoisse	4	2%
Malaise	4	2%
Agression	2	1%
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100%</b>

**Figure 6: Motifs principaux de consultations des admissions spontanées**



Le principal motif de consultation était la douleur, suivi par les accidents. Parmi les 17 patients venant pour un autre motif, on retrouvait : cinq éruptions cutanées, trois demandes de sevrage, deux accidents d'exposition au sang, deux troubles neurologiques, une chute, une réfection de plâtre, un burn out, un trouble urogénital et un patient se plaignant de palpitation.

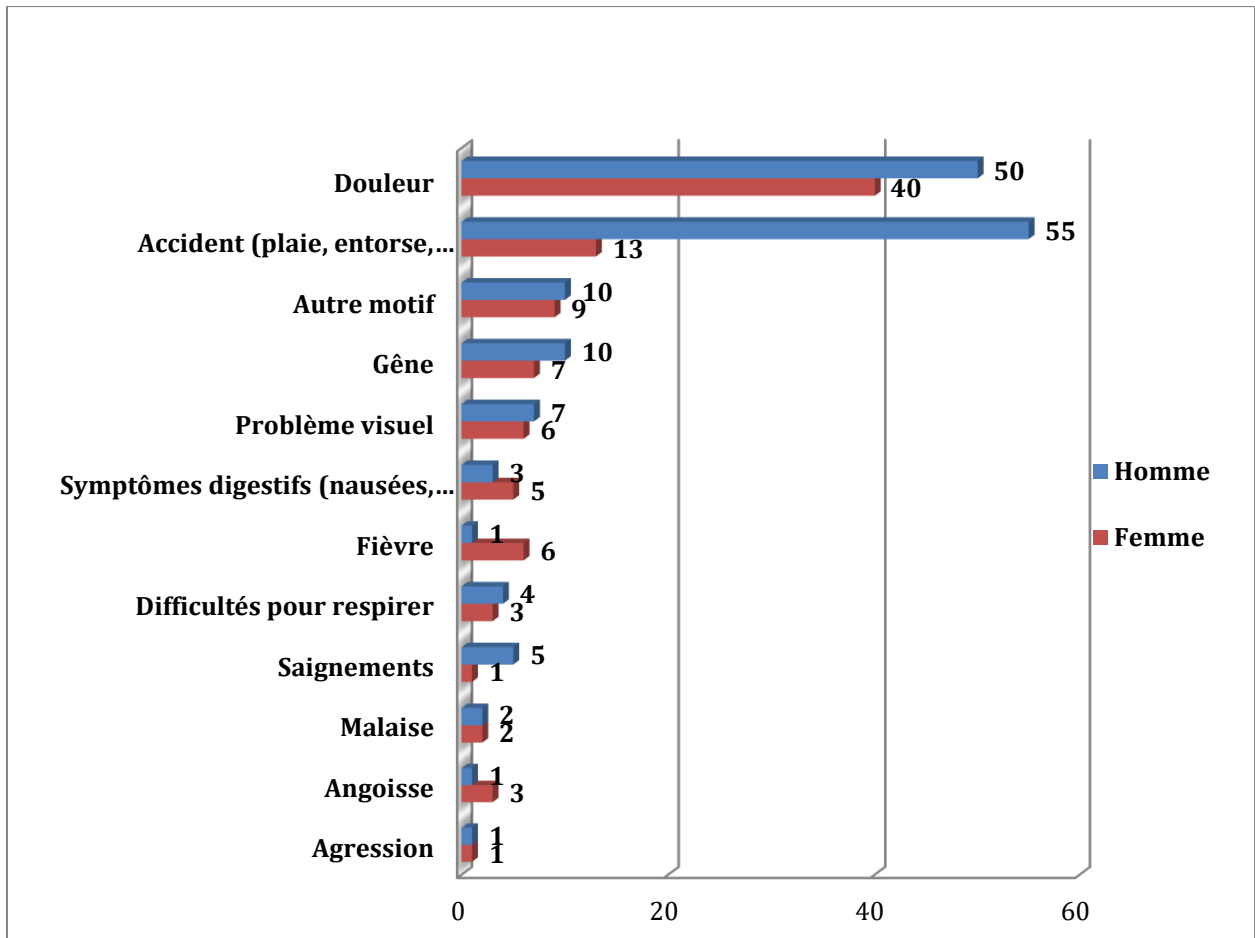
**Tableau 11: Motifs de consultations selon le sexe**

Motif de consultation	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Douleur	34%	42%	37%
Accident (plaie, entorse, fracture...)	37%	14%	28%
Autre motif	7%	9%	8%
Gêne	7%	7%	7%
Problème visuel	5%	6%	5%
Symptômes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée...)	2%	5%	3%
Difficultés pour respirer	3%	3%	3%
Fièvre	1%	6%	3%
Saignements	3%	1%	2%
Angoisse	1%	3%	2%
Malaise	1%	2%	2%
Agression	1%	1%	1%
<b>Total général</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

L'analyse selon le sexe a trouvé une majorité d'homme consultant dans le cadre d'accidents. Par ailleurs, 42% et 14% des femmes ont consulté respectivement pour une douleur et un accident contre 34% et 37% d'hommes. Les femmes ont donc consulté plus pour une douleur que les hommes.



Figure 7: Motifs principaux de consultations selon le sexe (chiffre brut)



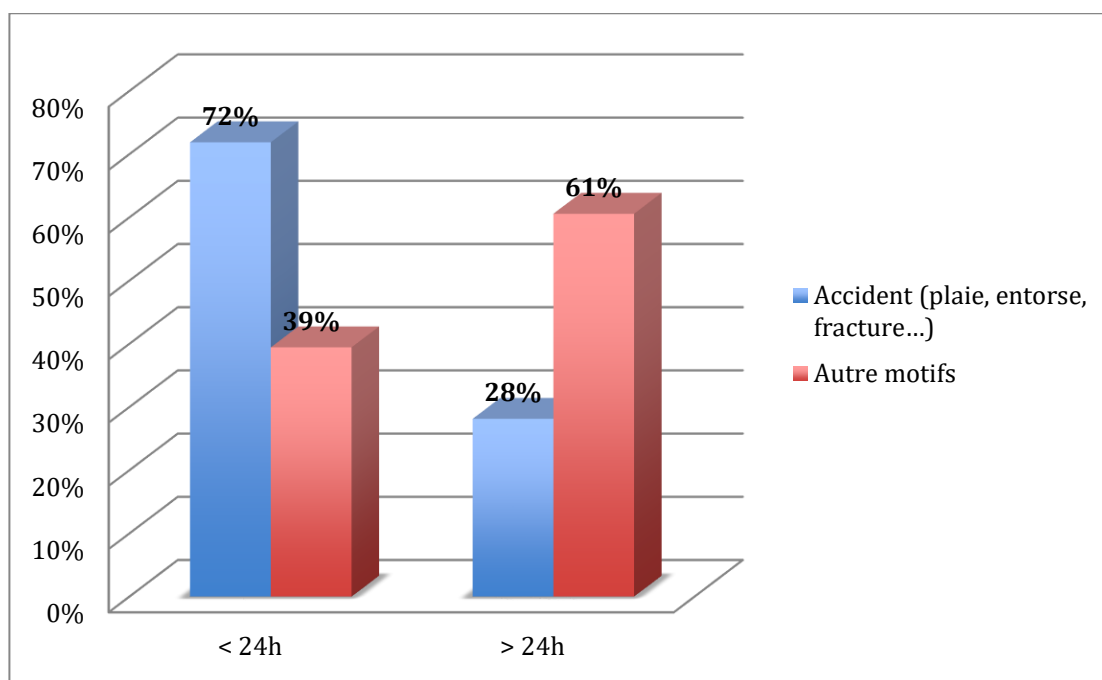
Malgré tout, notre population étant majoritairement masculine, il y a eu plus d'hommes consultant pour ces deux principaux motifs.

**Tableau 12: Délai d'apparition des symptômes**

Délai d'apparition des symptômes	Nombre	Pourcentage
< 1h	27	11%
1-3h	28	12%
3-12h	23	10%
12-24h	37	15%
24-48h	30	13%
48h-1 semaine	47	20%
> 1 semaine	47	20%
<b>Total général</b>	<b>239</b>	<b>100%</b>

On a constaté que pour 40% des patients, le début des symptômes ayant motivé un passage aux urgences remontait à plus de 48 heures et près de la moitié des patients ont consulté dans la journée.

**Figure 8: Comparaison du délai de consultation entre le motif "accident" et les autres motifs consultations**



L'analyse statistique montre que les patients consultant pour un accident se présentent aux urgences plus rapidement que pour l'ensemble des autres motifs de façon significative ( $p < 0,001$ )

## 5. Justification du recours aux urgences

### a. Les patients ayant consulté ou contacté un médecin

**Tableau 13: Nombre et taux de patients consultant spontanément ayant contacté ou consulté un médecin**

Appel ou consultation médicale préalable	Nombre	Pourcentage
Oui	73	30%
Non	168	70%
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>

30% ont déclaré avoir contacté ou consulté un médecin pour le motif de venue.

**Tableau 14: Type de médecin contacté**

Type de médecin contacté	Nombre	Pourcentage
Médecin traitant	52	76%
Un médecin généraliste (hors MT)	6	9%
Un médecin spécialiste (hors MT)	5	7%
Autre	3	4%
SOS médecin	2	3%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Il s'agissait principalement de leur médecin traitant (76%).

**Tableau 15: Délai de consultation des patients ayant consulté préalablement un médecin**

Délai de consultation	Nombre	Pourcentage
< 24h	6	14%
24 – 48h	6	14%
2 jours - 1 semaine	17	40%
> 1 semaine	14	33%
<b>Total général</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Pour les personnes ayant consulté au préalable pour le même motif, la consultation remontait à plus de 48 heures pour 73% d'entre elles.

**Tableau 16: Motivation de la venue aux urgences des patients ayant consulté un médecin préalable pour ce motif**

Motivation de venue aux urgences	Nombre	Pourcentage
Les délais de consultation vous semblent trop long	16	22%
Médecin traitant ne prend que sur rendez vous	8	11%
Conseil par téléphone de venir aux urgences	26	36%
Vous avez consulté mais n'êtes pas satisfait de la prise en charge	2	3%
Vous avez consulté mais les symptômes se sont aggravés	33	45%
Autres raisons	11	15%

Ce tableau indique le nombre de patients ayant répondu pour chaque item. Les 73 patients ayant contacté ou consulté un médecin avaient tous répondu à cette question sur les motifs les ayant motivé à venir. Il s'agissait d'une question à choix multiples : chaque item a donc été analysé séparément.

Près de la moitié de ces patients avait déjà consulté pour ce motif mais les symptômes s'étaient aggravés. Un tiers n'avait pas eu accès à une consultation rapide. Les principales autres raisons évoquées ont été un manque d'accès aux soins par indisponibilité du médecin traitant (4/11) et la nécessité d'examen complémentaire (3/11).

## b. Les patients n'ayant pas consulté ou contacté un médecin

**Tableau 17: Motivation de la venue aux urgences des patients n'ayant pas consulté de médecin préalablement**

<b>Motivation de la venue aux urgences</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Vous avez essayé de vous soigner seul sans résultat	25	16%
Vous n'y avez pas pensé	9	6%
Le médecin traitant ne gère pas ce problème	22	14%
La cabinet médical est fermé	18	11%
Nécessité d'examen complémentaire	40	25%
Besoin d'un avis spécialisé	31	19%
Hospitalisation nécessaire	6	4%
Pronostic vital engagé	3	2%
Pas d'avance d'argent	7	4%
Vous ne pouviez pas attendre	60	38%
Vacances dans la région	5	3%
Autre	31	19%

Ce tableau récapitule les réponses pour la question à choix multiples sur les motivations d'une consultation aux urgences plutôt qu'en ambulatoire. 94,6% des patients n'ayant pas consulté ou contacté un médecin ont répondu à cette question. Chaque item a également été analysé séparément.

44% ont souhaité bénéficier d'un plateau technique (examen complémentaire, accès à un spécialiste) et 38% ne pouvaient pas attendre. Parmi les autres raisons avancées, 22% ont concerné un défaut d'accès au soin (7/31), 19% la proximité avec l'hôpital (6/31), 16% le fait d'avoir été victime d'un accident du travail (5/31), 16% le fait d'être dans le département de façon ponctuelle (5/31)

28% des patients estimant avoir besoin d'un examen complémentaire ont été classés CCMU 1 et n'en ont donc pas bénéficié.

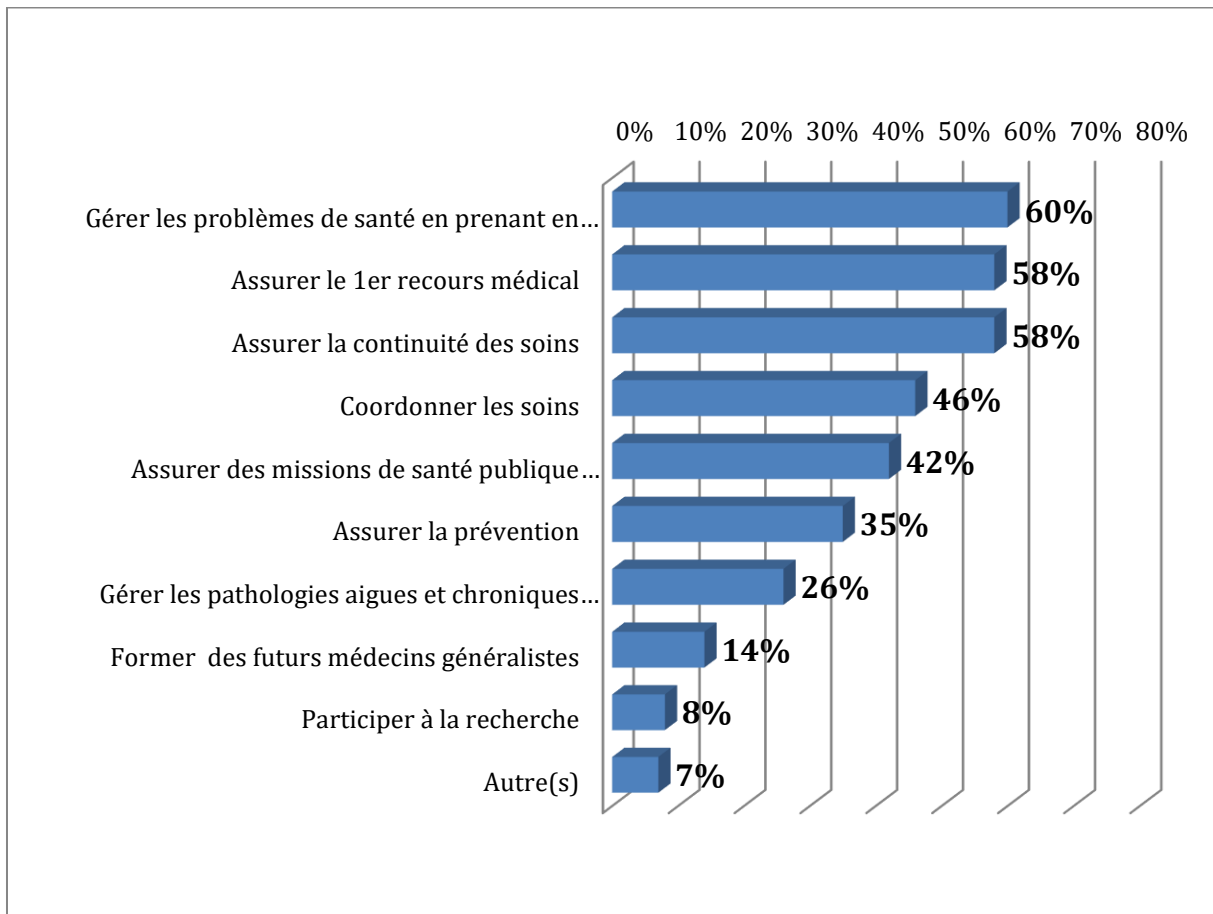
## 6. Rôles du médecin traitant

**Tableau 18: Rôles du médecin traitant selon la patientèle consultant spontanément aux urgences**

<b>Rôles du médecin traitant</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Gérer les problèmes de santé en prenant en compte le contexte du patient	132	60%
Assurer le 1 <sup>er</sup> recours médical	128	58%
Assurer la continuité des soins	127	58%
Coordonner les soins	100	46%
Assurer des missions de santé publique (vaccination, dépistage, suivi de nourrissons...)	91	42%
Assurer la prévention	77	35%
Gérer les pathologies aiguës et chroniques simultanément	57	26%
Former des futurs médecins généralistes	31	14%
Participer à la recherche	17	8%
Autre(s)	15	7%

219 patients ont répondu à cette question.

**Figure 9: Rôles du médecin traitant selon la patientèle consultant spontanément aux urgences**



Pour la majorité des patients, le médecin traitant assurait le premier recours médical, jouait un rôle dans la continuité des soins, et gérait leurs problèmes selon le contexte. A contrario son rôle dans la recherche et la formation était très peu connu.

**Tableau 19:Analyse du taux de consultation médicale préalable selon le fait de considérer le médecin traitant comme un 1er recours**

<b>1<sup>er</sup> recours</b>	<b>Consultation préalable</b>		<b>Total</b>
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Oui	36%	64%	100%
Non	25%	75%	100%
<b>Total</b>	<b>32%</b>	<b>68%</b>	<b>100%</b>

*p=0,094*

Cependant 64% des patients estimant qu'un des rôles du médecin traitant est d'assurer le 1<sup>er</sup> recours ne l'ont pas consulté au préalable.

Il n'existait pas de différence significative ( $p=0,094$ ) entre la proportion de ceux qui ont consulté un médecin avant leur venue aux urgences parmi ceux qui pensaient qu'assurer le 1<sup>er</sup> recours médical faisait partie du rôle du médecin traitant, et la proportion de ceux qui ont consulté un médecin avant leur venue aux urgences parmi ceux qui pensait qu'assurer le 1<sup>er</sup> recours médical ne faisait pas partie du rôle du médecin traitant.

L'opinion qu'ils se faisaient du rôle de 1<sup>er</sup> recours n'impactait pas sur le fait de consulter ou non au préalable.



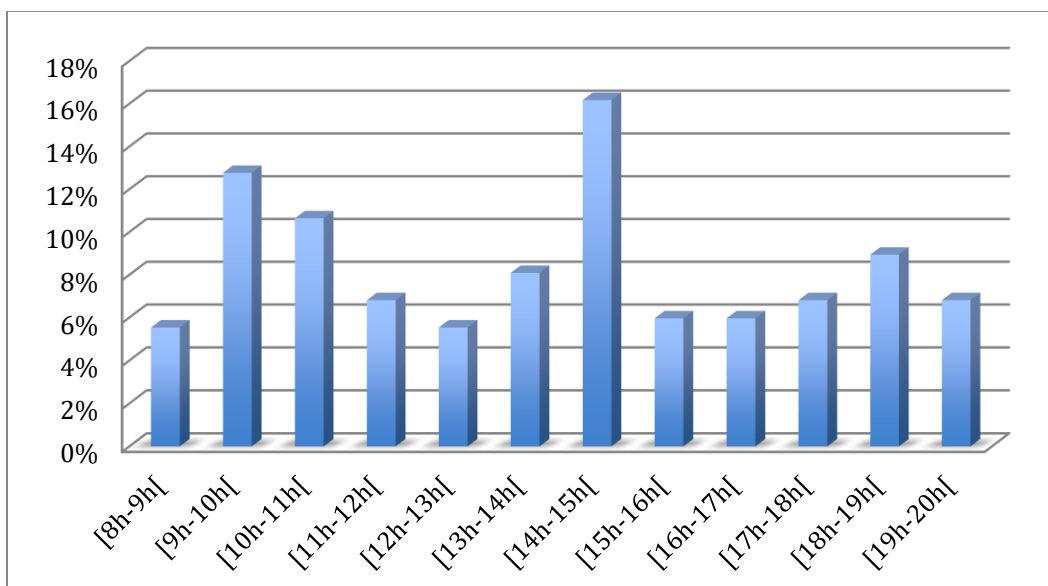
## 7. Horaire d'admission et temps passé aux urgences

**Tableau 20: Horaire d'arrivée des patients consultant spontanément**

Tranche horaire	Nombre d'admissions	Pourcentage
[8h-9h[	13	6%
[9h-10h[	30	13%
[10h-11h[	25	11%
[11h-12h[	16	7%
[12h-13h[	13	6%
[13h-14h[	19	8%
[14h-15h[	38	16%
[15h-16h[	14	6%
[16h-17h[	14	6%
[17h-18h[	16	7%
[18h-19h[	21	9%
[19h-20h[	16	7%
<b>Total général</b>	<b>235</b>	<b>100%</b>

L'analyse du nombre de passage horaire montrait des pics de fréquentation entre 9 heure et 11 heure et entre 14 et 15h.

**Figure 10: Heure d'admission aux urgences des consultations spontanées**



La durée moyenne de séjour était de 3h04 (15 minutes pour le plus court et 8h20 pour le plus long).

## 8. Analyse médicale

**Tableau 21: Classification CCMU des consultations spontanées**

<b>Classification CCMU</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
CCMU 1	101	42%
CCMU 2	124	51%
CCMU 3	12	5%
CCMU 4	1	0%
CCMU P	4	2%
<b>Total général</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

93% de notre population étudiée a été classée CCMU 1 et 2.

**Tableau 22: Nombre et taux de consultations spontanées gérables en ambulatoire selon l'urgentiste**

<b>Gestion ambulatoire possible</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	186	77%
Non	56	23%
<b>Total général</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

77% des patients de notre étude auraient pu être gérés en ambulatoire selon le médecin urgentiste ayant pris en charge le patient. Ainsi 94% des consultations CCMU 1 et 70% des consultations CCMU 2 auraient pu être réalisées par le médecin traitant.

L'analyse statistique a montré de façon significative ( $p < 0,001$ ) qu'une consultation CCMU 1 était plus facilement gérable en ambulatoire qu'une consultation CCMU 2.

**Tableau 23: Nombre et taux d'hospitalisations des patients ayant consulté spontanément**

<b>Hospitalisation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	23	10%
Non	219	90%
<b>Total général</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

10% ont été hospitalisés. Cinq des six patients pensant devoir être hospitalisés sont rentrés à domicile.

La proportion de patients qui sont hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences était significativement plus élevée chez les 65 ans et plus par rapport aux moins de 65 ans. ( $p < 0,001$ )

## IV. DISCUSSION

### 1. Résultats de l'étude

Cette étude est prospective et bénéficie donc d'une supériorité par rapport à une étude rétrospective. D'autre part, le biais de classement a été réduit de façon conséquente grâce à l'inclusion de façon prospective par nos propres moyens.

Le taux de questionnaires recueilli complets est de 74,8% et monte même jusqu'à 85% en comptant les questionnaires incomplets, nous permettant d'obtenir des résultats satisfaisants quant à la représentativité de notre population étudiée, avec un pourcentage se rapprochant de celui de la DRESS variant entre 85 et 100% pour la majorité des départements (8) et d'autres études. (9)

Dans notre étude, la population consultant de façon spontanée est majoritaire à 56%. Ce résultat est en accord avec les 62% de l'étude nationale de Juin 2013 de la DRESS. (2) D'autres études retrouvent quant à elles un taux supérieur dans d'autres départements. (10) (9)

Au niveau européen, le même constat est effectué : en Belgique elles sont estimées à 71%. (11) Dans plusieurs pays occidentaux, l'absence d'orientation aux urgences par un médecin est considérée comme une consultation inappropriée. (12)

A noter que le reste des résultats concernant le mode d'arrivée aux urgences est similaire à ceux retrouvés par l'étude de la DRESS en 2003. (13)

85% de notre population habite en Savoie. L'âge moyen est de 45,1 ans contre 38 ans sur le bassin chambérien cet écart s'expliquant par le fait que les mineurs étaient exclus de notre étude. La population est majoritairement masculine : le sex-ratio est de 1,57. Cette population est donc plus masculine que celle du bassin chambérien

composé à 48% d'hommes qui sont plus représentés dans les classes d'âge jusqu'à 45 ans. (14) Etant donné que 80% de notre population avait moins de 65 ans, cela peut expliquer cette différence. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de la DRESS qui retrouvait un sex ratio de 45% pour les femmes et de 55% pour les hommes. (8)

Sur le plan socio-professionnel, il y a légèrement plus d'employés (24 % contre 16%) que dans la population générale du bassin chambérien et moins de professions intermédiaires (2% contre 16%). (3) Il n'y a pas de catégorie socio-professionnelle qui ressort majoritairement, il paraît donc difficile de mettre en lien catégorie socio-professionnelle et venue aux urgences.

Les principaux motifs de consultation exprimés dans notre étude sont la douleur et les accidents formant 65% des admissions spontanées

- 37% consultent pour une douleur. Cette proportion est également retrouvée dans l'étude de la DREES en 2003 (42%). (13) Un travail réalisé à l'hôpital de Nanterre retrouvait une douleur dans 75% des cas mais les patients avaient la possibilité de choisir plusieurs motifs ce qui explique cette différence devant l'association fréquente de la douleur avec d'autres symptômes. (15)
- 28% consultent pour un accident. Ce chiffre est en accord avec les données nationales de la littérature où 30% consultaient pour ce motif. (2)

D'autres études locales retrouvent jusqu'à 59% (10) et 53,8%. (15) Une étude réalisée aux urgences de Chambéry en 2012 retrouvait un pourcentage de 40,1%. (16) Dans ses études, le motif douleur était un sous groupe du motif accident où plusieurs motifs étaient potentiellement choisis, ce qui explique la

sous estimation de nos résultats. A l'international, ces taux sont de 22,46% aux Etats Unis et de 18,3% au Canada (12)

71% des patients mettent moins de 20 minutes pour venir aux urgences. On retrouve une relation entre la proximité hôpital/domicile et la facilité d'accès aux services d'urgences. Cette relation est également soulevée dans les études nationales, où la proximité géographique était mentionnée pour 1 patient sur 5 (2) et locales.

48% des patients ont consulté le jour de l'apparition des symptômes et 40% plus de 48h après. En France, la situation ayant conduit aux urgences date du jour même pour 53% des patients, de la veille pour 15% et de plusieurs jours pour 29%. (17)

L'analyse statistique a montré que les patients arrivant pour accident consultent plus rapidement de façon significative que pour l'ensemble des autres motifs. Ce résultat semble cohérent et valide l'hypothèse.

Près de 9 patients sur 10 déclarent avoir un médecin traitant. Ce chiffre est similaire aux données de la littérature. (18) (15) (10) Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le fait d'avoir un médecin traitant et le nombre de consultations aux urgences dans l'année.

Seulement 30% déclarent avoir entrepris des démarches auprès d'un médecin avant leur venue, en France (2) comme dans notre étude. L'interlocuteur privilégié est le médecin traitant à 76%.

Cela pose la question de la réaffirmation du rôle du médecin traitant qui devrait pourtant diminuer la fréquentation spontanée aux urgences par son rôle de

coordonnateur des soins.

La loi du 13 Août 2004 de l'Assurance maladie a été mise en place dans cette perspective. Chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant (19). Cette déclaration impacte directement sur les remboursements des frais de santé en diminuant la part allouée à la sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins. Cependant les services d'urgences ne sont pas concernés par cette réforme dispensant de l'avance des frais et laissant toujours la liberté aux patients de consulter spontanément. Ce n'est pas le cas pour certains de nos voisins européens. La Belgique a mis en place depuis 2007 une majoration du ticket modérateur pour les patients se présentant aux urgences sans y avoir été référés. (11) L'Italie depuis 2011 a mis en place une majoration de 25€ pour les consultations inappropriées aux urgences. (12)

L'un des rôles prépondérants du médecin traitant défini par la WONCA consiste à assurer la continuité des soins. (7) 58% de notre population estime par ailleurs qu'il s'agit de l'un de ses rôles. Il paraîtrait donc logique que les patients ayant eu recours à leur médecin pour un problème de santé le consultent à nouveau en cas d'aggravation ou d'absence d'amélioration. Cela n'a pas été le cas dans notre étude pour près de la moitié d'entre eux. Ils n'ont cependant pas été insatisfaits par la prise en charge initiale.

Parmi les patients ayant consulté préalablement leur médecin traitant, cette consultation remontait à plus de 48h dans trois quarts des cas.

Un tiers déclare consulter aux urgences du fait d'un délai de consultation

ambulatoire trop important ou de l'absence de plage de consultation d'urgence en libéral. On peut y voir un défaut d'accessibilité au soin primaire.

Cela soulève le problème du vieillissement et de la féminisation du corps médical. Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. La différence entre les médecins sortants et entrants varie selon les régions entre 4 et 21%. En Rhône-Alpes, région attractive, cette différence est de 5%. L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans en 2016 et les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,3% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 16% des effectifs. (20)

Entre 1960 et 2000, le taux de féminisation des professions libérales a doublé, passant de 20% à presque 40%. (21) En 2007, 11% des médecins libéraux déclarent travailler à temps partiel et préférentiellement dans la population féminine. (22)(23) Le temps de travail hebdomadaire moyen est inférieur d'environ 10h à celui de ses confrères masculins. (23)

Dans notre étude, 36% des patients ayant effectué une démarche médicale préalable ont été adressés par téléphone par leur médecin traitant. Il se pose la question des raisons ayant motivé ce conseil : absence de plages de consultations d'urgence au quotidien, agenda surchargé avec délai de consultation très long, évaluation téléphonique de la gravité ne nécessitant pas un appel au centre 15, disparité des possibilités de réalisation d'actes techniques ( ECG, suture, plâtre ... ).

Ces données peuvent donc expliquer les difficultés présentes et futures rencontrées par les patients à obtenir un rendez vous dans des délais satisfaisants pour une urgence réelle ou ressentie mais également à trouver un médecin traitant



comme c'est le cas pour 15% des patients n'ayant pas de médecin traitant dans notre étude.

La motivation principale des patients recourant aux urgences sans avoir réalisé de démarches préalables est l'urgence ressentie (38% ne pouvaient pas attendre) suivie par la nécessité d'examen complémentaire à 25% ou d'un accès à un médecin spécialiste à 19%. Seulement 2% considéraient que leur pronostic vital était engagé et 4% pensaient avoir besoin d'une hospitalisation. En 2004, dans une étude analysant les attitudes en cas de demande de soins ressentis comme urgents, 70,5% ont eu recours aux urgences (SAU, centre 15, SAMU, pompiers) pour 73%, sans avoir vu de médecin au préalable et la majorité par leurs propres moyens (68,3%). L'accès à un plateau technique était l'élément déterminant dans leur choix de recourir aux urgences (45,3%) comme c'est le cas dans notre étude et celle de la DREES qui retrouvait 23% des patients en demande d'examens complémentaires et 12% d'un avis spécialisé (2) (24)

L'idée préconçue de la consultation aux urgences pour sa dispense d'avance de frais n'est pas retrouvée : seulement 4% dans notre population. Cela confirme les résultats de précédentes études. (25) Il en est de même en ce qui concerne le lien entre la couverture sociale et le recours spontané aux urgences avec des pourcentages similaires dans la population française et celle consultant aux urgences (8) Cela peut en partie s'expliquer par l'absence d'avance de frais en ambulatoire.

Seulement 9% sont arrivés par leurs propres moyens en étant adressés par leur médecin traitant ce qui contraste avec les 56% d'admissions spontanées. Une autre étude sur le CH de Givors retrouvait un taux de 5% (10)

De la même manière, 2% des venues par leurs propres moyens ont été régulées par le SAMU dont l'une des missions est notamment la régulation et l'orientation des soins primaires. Ce résultat est difficilement comparable aux autres études qui étudiaient en amont les régulations 15 dans leur globalité intégrant tout mode de transports confondus. Cette sous utilisation est également rapportée par d'autres études : en 2013, 10,5% de patients ayant fait des démarches ont appelé le SAMU dont 9,2% ont reçu le conseil de se rendre aux urgences. (2)

Les urgences hospitalières prennent une place prépondérante au sein de l'ensemble des dispositifs des recours aux urgences. En effet, en semaine on estime que 88% des recours en urgences se font auprès des urgences hospitalières contre 12% auprès des dispositifs d'urgence de ville. (8) 60% de l'activité des associations urgentistes de ville se fait la nuit ou le week-end. (26)

On peut remarquer que seulement 58% des patients considèrent le médecin traitant comme un premier recours médical. Nous avons pu démontrer que le fait de consulter ou non au préalable n'est pas influencé par le fait de penser que le médecin traitant est un 1<sup>er</sup> recours. En effet 64% de ces patients ne l'ont pas consulté dans notre étude. Par ailleurs les rôles de formation des futurs médecins généralistes et de recherches sont très peu connus puisque respectivement 14% et 8%.

Il semble donc indispensable de renforcer l'éducation et l'information des patients quant aux rôles du médecin traitant, aux possibilités de prises en charge en ville.

La durée moyenne de séjour dans notre étude était de 3h04 contre 2h25 tout âge et mode d'arrivée confondus d'après l'étude de l'ARS (27) . Ce résultat semble cohérent avec celui de la DREES qui a montré que 48% des patients restent moins de 2h et seulement 4% au delà de 8h. (2) Ceci peut expliquer devant la rapidité d'une prise en charge globale avec un accès complet au plateau technique de privilégier une consultation hospitalière à une consultation libérale. Pour pouvoir inverser ce phénomène, le médecin traitant devrait bénéficier d'un réseau suffisamment efficient pour pouvoir proposer à l'ensemble de ses patients un accès aux examens complémentaires ou aux spécialistes rapidement afin de répondre rapidement à la demande de prise en charge globale.

94% des consultations spontanées sont classées CCMU 1 et 2. Ce chiffre est supérieur aux données de la littérature (environ 86%) mais ces différentes études ne distinguaient pas le mode de venue (15) (27) Les catégories CCMU 1 et 2 constituent cependant la majeure partie des admissions en SAU.

77% des patients de notre étude auraient pu être gérés par le médecin traitant. Cependant cela restait à l'appréciation du médecin urgentiste et ce chiffre semble surestimé. Cela donne cependant une tendance sur la proportion de consultations inappropriées.

Cinq études internationales ont démontré une association entre un usage approprié des urgences et le fait d'être adressé par un professionnel de santé : les patients se présentant de façon spontanée utilisent entre 1,39 et 2,42 fois plus un service d'urgence de façon inappropriée que les patients adressés par un professionnel de santé. (28) La plupart des études internationales situent en 20 et 40%

la proportion de patients se présentant spontanément aux urgences qui pourrait être traitée par un médecin généraliste. (11)

Nous avons également pu démontrer de façon significative que les patients CCMU 1 sont plus facilement gérables en ambulatoire que les CCMU 2. Se pose donc la question de la place de ces consultations CCMU 1 dans un service d'urgences et de la réorientation vers la médecine de ville.

Un patient sur 5 est hospitalisé d'après la DREES 2014 (2) ainsi que d'après l'ARS Rhône-Alpes. (27) Dans notre étude, 10% des patients se présentant spontanément aux urgences ont finalement été hospitalisés, ceci était également retrouvé dans une étude du Centre hospitalier d'Angoulême. (29) Les personnes âgées ont plus facilement recours au transport sanitaire pouvant expliquer une part moins importante d'hospitalisation dans notre étude. De plus nous avons pu démontrer que les patients de plus de 65 ans sont significativement plus hospitalisés. Le taux d'hospitalisation est d'ailleurs trois fois plus élevé en Rhône-Alpes pour les plus de 75 ans que pour la population générale. (27)

## 2. Les limites de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique. Les résultats ne sont donc pas représentatifs des autres centres. Il aurait été intéressant de réaliser cette étude sur plusieurs hôpitaux du département ou de la région. Cependant, le CHMS résulte de l'association du CH de Chambéry et du CH d'Aix les Bains. L'étude s'est donc déroulée sur 2 sites distincts.

Certains résultats sont à relativiser et ne sont pas interprétables en raison de l'effectif limité. De plus certains tests statistiques n'ont pas pu être réalisés par manque de données.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire afin d'obtenir une meilleure adhésion de la population dans le cadre de cette étude qualitative. Cet outil a pour principal inconvénient d'empêcher une exhaustivité des réponses même si nous avons essayé de la réduire au maximum en laissant des réponses libres. Les entretiens semblent difficilement réalisables : dans ce contexte d'urgence ressentie par le patient, le taux de refus aurait été beaucoup plus important. L'élaboration d'un questionnaire avec une méthode de type Delphi, méthode validée semble appropriée et aurait permis d'avoir un niveau de preuve supérieur. (30)

La partie médicale portait sur l'avis du médecin urgentiste et d'interne en médecine générale. Il peut donc y avoir eu un biais de jugement. En effet, en ne travaillant pas en libéral et pouvant méconnaître les réalités de la pratique de la médecine générale ambulatoire, leur vision a pu manquer d'objectivité. L'avis d'un comité d'expert incluant médecins urgentistes et généralistes aurait diminué ce biais. Cependant il paraît difficile de mobiliser un groupe d'expert sur plusieurs jours consécutifs avec des plages horaires de 12h consécutives. Le jugement rétrospectif sur dossier informatique reste également assez subjectif sur les possibilités de gestion ambulatoire ou non.

Il y a eu une perte de données entre les refus, les dossiers perdus ou incomplets pouvant induire un biais de sélection. Cependant le taux de participation est satisfaisant avec un grand nombre ayant répondu à chacune des questions et cela n'a pas joué dans l'analyse car toutes les questions ont pu être exploitées.

### 3. Perspective

Une étude nationale puis régionale s'intéressant aux recours non programmés en médecine générale révélait que ces consultations correspondaient à 11% de l'ensemble de l'activité du médecin généraliste et que les trois quarts étaient liés à un problème somatique non traumatique. Dans le cadre des urgences traumatiques, une immobilisation et un acte de petite chirurgie étaient prodigués dans 13,2 et 8,8% des cas. (31) (32) Il pourrait être intéressant d'étudier le fonctionnement des cabinets libéraux dans le bassin Chambérien tant sur l'organisation et la gestion des consultations d'urgences mais également des possibilités d'accès aux actes techniques réalisables en ambulatoire.

La nécessité d'un plateau technique est fréquemment avancée par les patients. Il est souvent difficile d'obtenir des délais rapides pour les examens complémentaires et les avis spécialisés en ambulatoire. Il paraît indispensable de renforcer le réseau de soins des médecins généralistes. On pourrait par exemple étudier la création de plages d'imageries et de consultations spécialisées dédiés à la médecine ambulatoire au sein des centres hospitaliers sans admission via les urgences.

Certains cabinets de médecine de montagne, de part leur éloignement géographique, disposent d'un plateau technique permettant de gérer en ambulatoire un nombre conséquent et varié d'urgence et notamment traumatologique. Il se pose la question de la création en zone urbaine de centre de santé fonctionnant sur un mode similaire.

Le rapport « Grall » de 2015 sur la territorialisation des urgences met l'accent sur la nécessité de reposer l'organisation de l'offre de soin non programmée. Il propose la création de centres de soins non programmés afin de répondre à cette demande croissante et également de transformer certains services d'urgences à faible

activité.(33) Il serait intéressant d'étudier si le site d'Aix les bains pourrait bénéficier de cette reconversion.

Depuis 2003, au sein du service des urgences de l'hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN, une consultation de médecine générale assurant la permanence des soins, effectuée par des médecins généralistes libéraux, a été implantée. Le principe de fonctionnement repose sur le fait que tout patient se présentant spontanément par ses propres moyens se rend à cette consultation soit en accès direct soit après passage aux urgences et reçoit également des patients régulés par le Centre 15. Ceci est cependant soumis à l'information préalable et au consentement du patient. Cette consultation de médecine générale a géré 50 % du flux des patients qui se sont présentés par leurs propres moyens en 2009. (34) Ce schéma d'organisation des urgences est une autre source de réflexion.

En Belgique, un rapport propose de diminuer le nombre de services d'urgences et de mettre une permanence de médecine générale ouverte 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Un triage devrait déterminer si le patient doit être orienté vers le service d'urgences ou la permanence des soins. (11)

La législation française prévoit l'obligation d'accueillir en permanence toute personne se présentant dans la structure d'urgences ou y étant adressée. Cependant l'établissement peut organiser l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins ou vers une structure sociale ou médico-sociale selon des protocoles préalablement définis. Cela sous entend la mise en place d'un personnel d'accueil suffisamment formé à l'orientation dans l'ensemble des structures d'urgences. (35)

THESE SOUTENUE PAR THIBAUT PARENT ET CLEMENT HOUZE

**TITRE : RECOURS SPONTANES AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER  
METROPOLE SAVOIE SANS CONSULTATION MEDICALE PREALABLE :  
ETUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION**

**CONCLUSION :**

Les urgences hospitalières, dont la fréquentation n'a cessé de croître ces dernières années, prennent une place prépondérante au sein de l'ensemble des dispositifs de recours d'urgences.

Cette étude confirme que la majorité des usagers des urgences consulte de façon spontanée et par leurs propres moyens. La population était plus masculine que la population générale, vivant à proximité d'une structure hospitalière. Plus de la moitié des patients consultent pour des symptômes ayant débuté depuis plus de 48h. Les principaux motifs de consultation rapportés étaient la douleur et les accidents.

Si la majorité des assurés en France a adhéré à la déclaration de médecin traitant, notre étude a montré qu'une forte proportion des patients consulte aux urgences sans avoir pris contact avec ce dernier. Pourtant, selon ces mêmes patients les principaux rôles du médecin traitant exprimés étaient la coordination et la continuité des soins, la gestion selon le contexte et le 1<sup>er</sup> recours médical.

La motivation principale des patients recourant aux urgences sans avoir réalisé de démarches préalable est l'urgence ressentie ainsi que la nécessité d'un accès rapide à un plateau technique. Pour les patients ayant contacté leur médecin, un tiers d'entre eux n'avait pas accès à une consultation ambulatoire rapidement, et un



autre tiers a été adressé directement par téléphone. Pour ceux ayant consulté préalablement, l'aggravation des symptômes a été l'élément déterminant pour le choix d'une prise en charge hospitalière. En effet, la démographie médicale actuelle ne permet pas toujours de répondre à la demande des patients

Une étude sur la gestion des urgences en médecine de ville dans le bassin chambérien serait intéressante afin d'obtenir une vue d'ensemble sur les perspectives d'améliorations futures.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le 01/09/16

LE DOYEN DE LA FACULTE

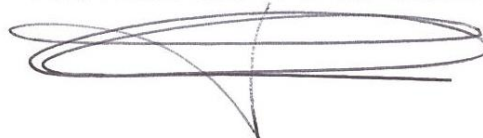
Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Prof. Paul ROMANET

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR F. CARPENTIER



## BIBLIOGRAPHIE :

1. Cour des comptes. Sécurité Sociale : Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014.
2. Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », Études et Résultats, n° 889, DREES, juillet.
3. Insee - Population - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2014 [Internet]. [cited 2016 Aug 4]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02135](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135)
4. Ordre National des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [en ligne] [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 25]. Available from: <http://demographie.medecin.fr/>
5. Mission Communication CHMS. Centre Hospitalier Métropole Savoie, 2015 en chiffre [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 8]. Available from: [http://www.ch-metropole-savoie.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/chiffres\\_cles\\_2015\\_web.pdf](http://www.ch-metropole-savoie.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/chiffres_cles_2015_web.pdf)
6. Ministère des affaires sociales et de la santé. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières - Questionnaire patient [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 4]. Available from: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire\\_patient.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire_patient.pdf)
7. WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA-EUROPE 2002.
8. DREES. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières Actes du colloque du 18 novembre 2014 [Internet]. 2015 Juin. Report No.: 63. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
9. GENTIL (S). Analyse des attitudes et comportement des consultants ayant recours aux services des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. [MARSEILLE]; 2004.
10. AISSAOUI LIAMINE. 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. [Lyon]: Lyon; 2014.
11. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Mispion S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation

actuelle et possibilités de réforme – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 263Bs. D/2016/10.273/22.

12. Caroline Berchet. EMERGENCY CARE SERVICES: TRENDS, DRIVERS AND INTERVENTIONS TO MANAGE THE DEMAND. OECD Work Pap [Internet]. 2015 Sep 1;(83). Available from: <http://www.oecd.org/health-systems/health-working-papers.htm>
13. Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. 2003 Jan;(212):8p.
14. INSEE. Population par sexe et âge regroupé- Arrondissement de Chambéry (732) [Internet]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=POP1A&millesime=2013&niveau=1&typgeo=ARR&codgeo=732](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2013&niveau=1&typgeo=ARR&codgeo=732)
15. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [Paris 7]; 2009.
16. Audrey Hurstel, Olivier Matarese, Rémi Paulaud-Bayard. Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-01092793>.
17. Boisguérin B., Brillhault G., Ricroch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2015, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la Drees », Dossier du panorama des établissements de santé, Drees, édition 2014.
18. Cour des Comptes. le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie. Paris; 2013 Février.
19. Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 [Internet]. Available from: <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>
20. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - SITUATION AU 1ER JANVIER 2016 [Internet]. 2016. Available from: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
21. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):59–81.
22. Philippe Le Fur Yann Bourgueil et Chantal Cases. Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles. 2009 Juillet;(144):8p.

23. Julie MICHEAU, Eric MOLIÈRE, Plein SENS. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. 2010;(15):15.
24. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63.
25. Fanny Morcant. Etat des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01283954>.
26. Marie Gouyon. Les recours aux médecins urgentistes de ville. 2006 Avril;(480):8p.
27. ARS Rhone-Alpes. Urgences hospitalières en Rhone-Alpes: évolution des activités de 2002 à 2012. 2014.
28. Carret, Maria Laura Vidal, Ana Claudia Gastal Fassa, and Marlos Rodrigues Domingues. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7–28.
29. Lisa BOUNIORT. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. Poitiers; 2012.
30. Laurent Letrilliant, Marc Vanmeerbeek. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011;22(99):170–7.
31. Marie Gouyon. Les urgences en médecine générale [Internet]. DREES; 2006. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
32. ORS Bretagne. Les urgences en médecine générale : résultats régionaux de l'enquête nationale [Internet]. ORS Bretagne. 2007 [cited 2016 Aug 4]. Available from: [http://orsbretagne.typepad.fr/ors\\_bretagne/2007/03/les-urgences-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-r%C3%A9sultats-r%C3%A9gionaux-de-lenqu%C3%AAte-nationale-mars-2007.html](http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2007/03/les-urgences-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-r%C3%A9sultats-r%C3%A9gionaux-de-lenqu%C3%AAte-nationale-mars-2007.html)
33. Docteur Jean-Yves GRALL. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCES. 2015 Juillet p. 30.
34. Sébastien SARRAT. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours. [Marseille]; 2010.
35. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

# ANNEXES :

## Annexe 1 : Questionnaire

### **Evaluation du mode de recours aux urgences adultes du Centre Hospitalier Métropole Savoie**

Ce questionnaire anonyme, réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale, a pour but d'évaluer le mode de recours aux urgences avec pour objectif d'améliorer la prise en charge par le médecin traitant en renforçant son rôle de coordonnateur de soins.

Ce questionnaire est facultatif et n'impactera bien évidemment en rien sur votre prise en charge.

Vous aurez à répondre à quelques questions à choix multiples qui ne vous prendront que quelques minutes, et nous vous remercions par avance de l'attention que vous y porterez.

#### **1) Par quel moyen êtes-vous venu aux urgences :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moyens personnels         | <input type="checkbox"/> SAMU          |
| <input type="checkbox"/> Pompiers                  | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| <input type="checkbox"/> Ambulance/Taxi médicalisé |  |

#### **2) Avez-vous appelé le centre 15 :**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

#### **3) Avez-vous été adressé par un médecin avec un courrier ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

#### **4) Quel est votre âge ? .....**

#### **5) Quel est votre sexe ?**

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Femme |
|--------------------------------|--------------------------------|

#### **6) Quel est votre numéro de département d'habitation ?**

.....

#### **7) Combien de temps vous faut-il pour vous rendre aux urgences de votre domicile?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 10 minutes    | <input type="checkbox"/> Entre 40 minutes et 1 heure |
| <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 minutes | <input type="checkbox"/> Plus d'une heure            |
| <input type="checkbox"/> Entre 20 et 40 minutes |  |

**8) Quelle est votre catégorie socio professionnelle ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants                          | <input type="checkbox"/> Ouvriers                 |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise       | <input type="checkbox"/> Retraités                |
| <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> Étudiants                |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires                        | <input type="checkbox"/> Chômeurs                 |
| <input type="checkbox"/> Employés  | <input type="checkbox"/> Militaires du contingent |
|  | <input type="checkbox"/> Sans emploi              |

**9) Date et heure d'arrivée aux urgences :**

.....

**10) Quel est votre motif principal de consultation aux urgences ? (1 réponse et précisez)**

- Vous avez subi un accident ? (Plaie, entorse, fracture...)
- Vous avez subi une agression ?
- Vous avez mal ?
- Vous présentez un problème visuel ?
- Vous avez eu un malaise ?
- Vous ressentez une gêne ?
- Vous ressentez des difficultés pour respirer ?
- Vous avez de la fièvre ?
- Vous vous sentez angoissé ?
- Vous avez des symptômes digestifs ? (Nausées, vomissements, diarrhées...)
- Vous avez des saignements ?
- Autre: .....

Description

succincte : .....

.....

.....

.....

**11) Depuis quand ressentez-vous les symptômes ayant motivé votre venue ?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins d'une heure | <input type="checkbox"/> Entre 12 et 24h | <input type="checkbox"/> Entre 48h et 1 semaine |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3h     | <input type="checkbox"/> Entre 24 et 48h | <input type="checkbox"/> Plus d'une semaine     |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 et 12h    |  |   |

**12) Avez-vous un médecin traitant ?**

- Oui  Non

**13) Si oui, Nom et lieu d'exercice de votre médecin traitant**

.....

.....

**14) Si non, pourquoi ?**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Par choix personnel   | <input type="checkbox"/> Autre(s), |
| <input type="checkbox"/> Vous n'y avez pas pensé   | précisez .....                     |
| <input type="checkbox"/> Les médecins que vous avez contactés ne prennent pas de nouveaux patients | ....                               |

**15) Avez-vous contacté/consulté un médecin pour le motif de votre venue ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

**16) Si oui, il s'agissait de :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre médecin traitant (MT)      | <input type="checkbox"/> SOS médecin          |
| <input type="checkbox"/> Un médecin généraliste (hors MT) | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : |
| <input type="checkbox"/> Un médecin spécialiste (hors MT) | .....   |

**17) Si oui, qu'est-ce qui a motivé votre venue aux urgences ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- Les délais de consultations vous semblent trop longs
- Votre médecin ne prend que sur rendez vous
- Votre médecin vous a conseillé par téléphone de venir aux urgences
- Vous avez consulté votre médecin mais vous n'êtes pas satisfait de la prise en charge
- Vous avez consulté votre médecin mais les symptômes semblent s'être aggravés depuis
- Autre(s), précisez :  
.....  
.....

**18) Si non, pourquoi ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- Vous n'y avez pas pensé
- Il vous semble que votre médecin traitant ne s'occupe pas de ce genre de problème
- Vous avez essayé de vous soigner seul, sans résultat
- Le cabinet de votre médecin est fermé pour congés et/ou hors horaires d'ouverture
- Il vous semble avoir besoin d'examen complémentaires (radiographie, prise de sang, scanner...)
- Il vous semble avoir besoin de l'avis d'un spécialiste
- Il vous semble nécessaire d'être hospitalisé
- Vous pensez avoir besoin d'une prise en charge en urgence car il vous semble que votre pronostic vital est engagé
- Vous n'avez pas besoin d'avancer d'argent en consultant aux urgences
- Vous ne pouviez pas attendre
- Vous êtes en vacances dans la région
- Autre(s), précisez :  
.....  
.....

**19) Si vous avez consulté, pour ce motif, à quand remonte cette consultation ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 24 heures    | <input type="checkbox"/> Entre 2 jours et 1 semaine |
| <input type="checkbox"/> Entre 24 et 48 heures | <input type="checkbox"/> Plus d'une semaine         |

**20) Combien de fois avez-vous consulté aux urgences durant les 12 derniers mois ?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> C'est la 1 <sup>ère</sup> fois | <input type="checkbox"/> Au moins une fois | <input type="checkbox"/> Plus de 2 fois |
|---|--|---|

**21) Pour vous quels sont les rôles du médecin traitant ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assurer le 1 <sup>er</sup> recours médical   | <input type="checkbox"/> Former des futurs médecins généralistes                                  |
| <input type="checkbox"/> Coordonner les soins   | <input type="checkbox"/> Assurer la prévention  |
| <input type="checkbox"/> Assurer la continuité des soins  | <input type="checkbox"/> Gérer les pathologies aiguës et chroniques simultanément                 |
| <input type="checkbox"/> Assurer des missions de santé publique (vaccination, dépistage, suivi de nourrissons...) | <input type="checkbox"/> Gérer les problèmes de santé en prenant en compte le contexte du patient |
| <input type="checkbox"/> Participer à la recherche  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre(s),  |   |

précisez :.....

Nous vous remercions pour votre participation, et vous invitons à remettre ce questionnaire au médecin qui vous prendra en charge.



Partie Médecin :

**22)Date et heure de départ des urgences :**

**23)Diagnostic final :**

**24)Hospitalisation :**

Oui

Non

**25)Classification CCMU :**

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.

**26)Pensez-vous que ce problème aurait pu être géré en ambulatoire par le médecin traitant ?**

Oui

Non

## Annexe 2 : Classification CCMU

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.

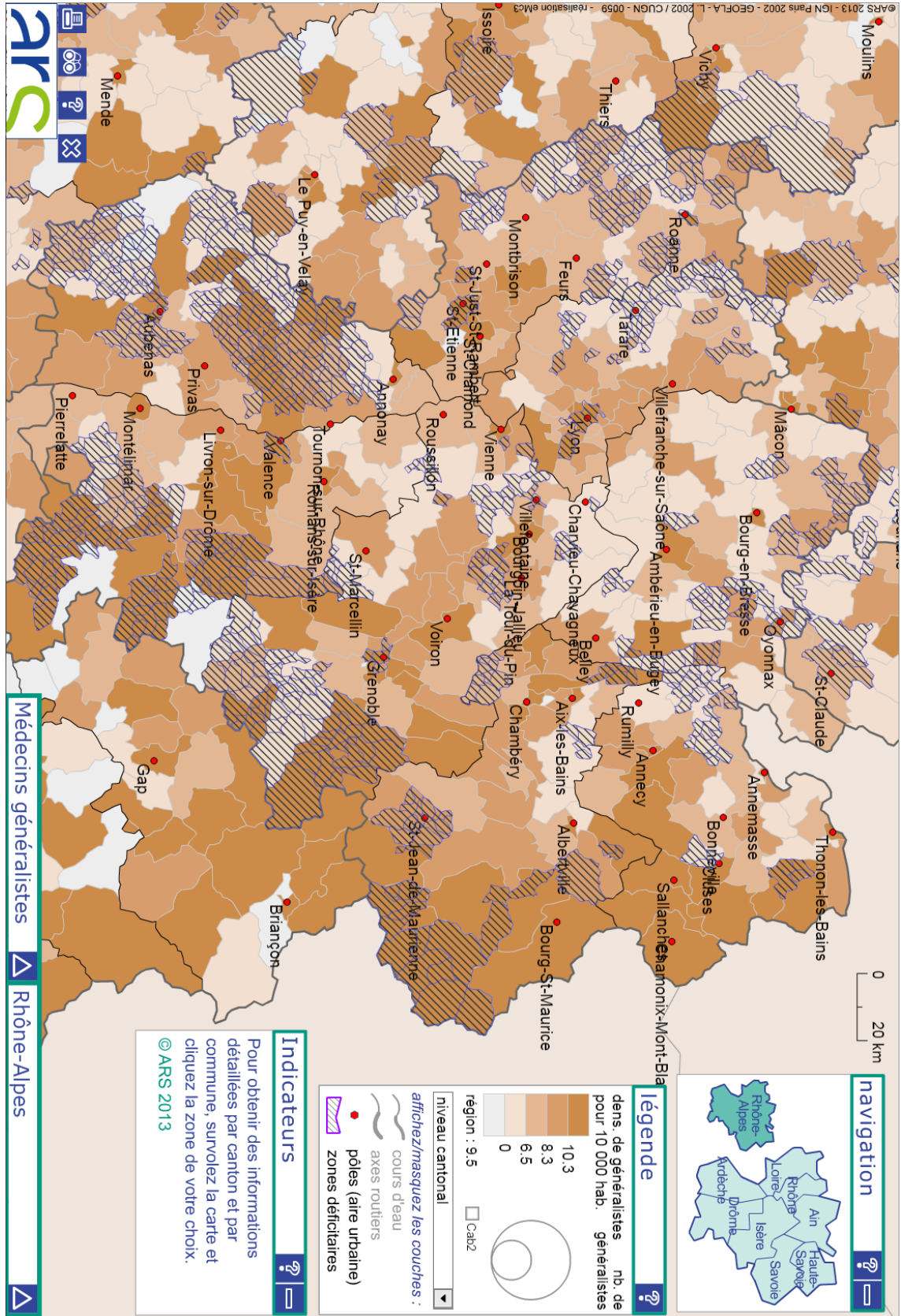
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.

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

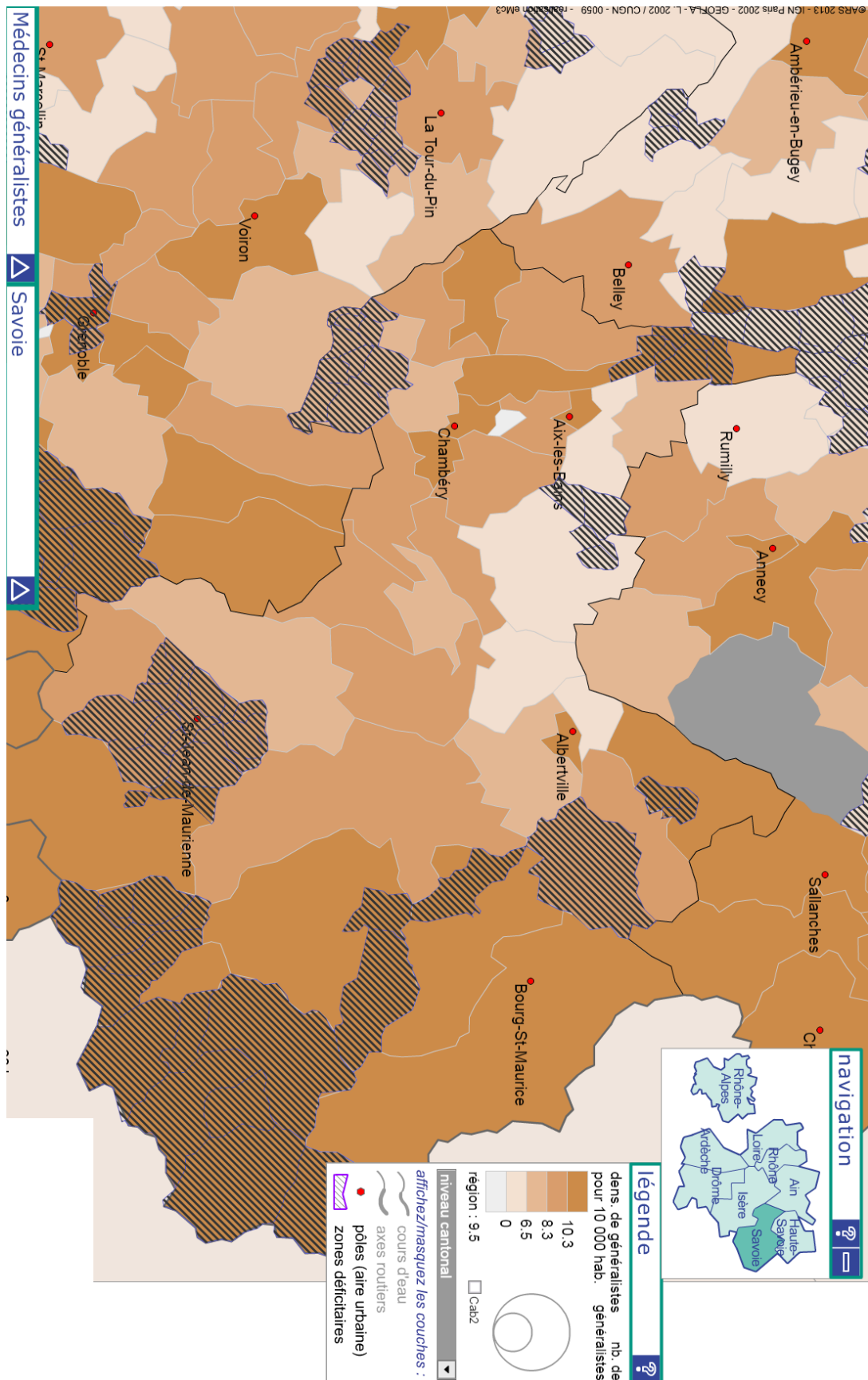
CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du SMUR ou le service des urgences.

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

# Annexe 3 : Cartographie de la démographie médicale en Rhône-Alpes



## Annexe 4 : Cartographie de la démographie médicale en Savoie



# SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**Titre :**

Recours spontanés aux Urgences du Centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS) sans consultation médicale au préalable: étude descriptive de la population.

**RESUME :****Introduction :**

Le nombre de consultations aux urgences est en augmentation constante. Cette étude visait à caractériser les patients de plus de 18 ans consultant spontanément aux urgences durant les heures ouvrables de cabinet libéral par leurs propres moyens sans consultation médicale préalable, et d'en établir les raisons principales.

**Méthode :**

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, prospective, monocentrique dans le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie réalisée au printemps 2016 en journée au moyen d'un questionnaire.

**Résultats :**

249 questionnaires ont été analysés. La population consultant de façon spontanée était majoritaire à 56%. L'âge moyen était de 45 ans avec un *sex-ratio* de 1,57. 71% vivent à moins de 20 minutes de l'hôpital. 62% consultaient pour la 1<sup>ère</sup> fois. Les deux motifs principaux étaient la douleur (37%) et les accidents (28%). Les patients consultant pour un accident arrivent aux urgences plus rapidement que pour l'ensemble des autres motifs ( $p < 0,001$ ). 88% avaient un médecin traitant (MT). 30% avaient contacté ou consulté préalablement un médecin, leur MT dans 76% des cas. 45% des patients ayant contacté un médecin ont consulté pour une aggravation des symptômes. 38% des patients n'ayant pas consulté de médecin ne pouvaient pas attendre, 25% souhaitaient un examen complémentaire et 19% l'avis d'un spécialiste. Les principaux rôles du MT étaient : le 1<sup>er</sup> recours médical (58%), la continuité des soins (58%), la gestion des problèmes selon le contexte (60%). Selon l'urgentiste, 77% auraient pu être gérés en ambulatoire.

**Conclusion :**

La population était comparable à celle de l'étude nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2013. La majorité des consultations spontanées survient sans contact avec la médecine ambulatoire malgré une adhérence à la déclaration d'un MT et des rôles bien définis mais peu connus par la population.

**Mots Clés :** Urgence ; consultations spontanées ; propres moyens ; Chambéry ;