



HAL
open science

Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins ? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen

Maximilien Guerry

► **To cite this version:**

Maximilien Guerry. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins ? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01421756

HAL Id: dumas-01421756

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421756v1>

Submitted on 22 Dec 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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n° 157

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

le 13 décembre 2016

Par **Maximilien GUERRY**

Né le 26 mai 1987 à Tarbes

Titre de la thèse

**POURQUOI LES PATIENTS VONT-ILS AUX URGENCES AU LIEU DE
SOLLICITER LA PERMANENCE DES SOINS?**

**Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence
du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Nicolas Brugère

Jury

Monsieur le Professeur Bernard Gay (Président du Jury)
Monsieur le Docteur Christophe Adam (Rapporteur)
Monsieur le Professeur François Sztark
Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire

REMERCIEMENTS

À nos juges,

À Monsieur le Professeur Bernard Gay

Médecin Généraliste

Professeur universitaire de médecine générale à l'Université de Bordeaux

Directeur du Département de médecine générale à l'Université de Bordeaux

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Nous vous en remercions. Soyez assuré de notre plus grand respect.

À Monsieur le Docteur Christophe Adam

Médecin Généraliste

Maître de conférences associé

Enseignant du Département de médecine générale à l'Université de Bordeaux

Vous avez accepté d'être le rapporteur de notre thèse. Soyez assuré de notre plus grande considération. Acceptez nos sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur François Sztark

Anesthésiste Réanimateur

Professeur universitaire d'anesthésie réanimation à l'Université de Bordeaux

Chef du Pôle Anesthésie Réanimation du CHU de Bordeaux

Vous avez accepté de siéger à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre gratitude et de notre plus grand respect.

À Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire

Médecin Urgentiste

Chef du service des urgences adultes (Site Pellegrin du CHU de Bordeaux)

Vous nous avez permis de réaliser une partie de notre enquête dans votre service. Vous avez accepté d'être membre du jury de notre thèse. Soyez assuré de nos plus sincères remerciements et de notre plus profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Nicolas Brugère

Médecin Généraliste

Vous avez accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez accompagné et conseillé durant toute la réalisation de ce travail. Merci pour vos conseils, votre rigueur et votre disponibilité. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance et de mon plus grand respect.

Remerciements particuliers,

Aux Docteurs François Claverie et Jérôme Macaigne

Merci de m'avoir enseigné la médecine générale sur le terrain et de m'avoir fait découvrir un métier passionnant. Soyez assurés de ma plus sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

Aux Docteurs Elodie Lacotte-Marly et Daouda Adiho Massadimi

Merci de m'avoir enseigné la rigueur de la pratique médicale et d'avoir été les premiers à m'encourager dans le passage du statut d'étudiant à celui du médecin qui prend les décisions. Merci pour votre confiance et vos enseignements. Soyez assurés de ma plus grande considération.

Au Docteur Christiane Hippolyte-Codognet

Merci de m'avoir fait connaître cette enquête qui allait avoir lieu. Merci de m'avoir fait rencontrer l'équipe de l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine et donc mon futur directeur de thèse. Sois assurée de mes plus sincères remerciements.

À mes relecteurs: Elisabeth Bourdieu, Charlotte Guerry, Michèle Labernède.

Merci pour le temps que vous avez consacré à la relecture de cette thèse et pour vos remarques avisées.

À Yannick Goulamhousen Charifou

Merci pour toutes ces années passées à travailler ensemble et à s'encourager mutuellement. Merci pour tous ces moments passés en famille durant ces longues années d'étude. Sois assuré de ma plus sincère amitié.

À Charlotte

Merci mon amour d'avoir supporté depuis le début de ces longues années d'étude mon manque de disponibilité et mon « bon caractère » à l'approche des différentes échéances.

Merci d'être toujours présente et prête à me soutenir.

Enfin merci pour Victor qui est le fruit de notre amour et de notre engagement mutuel.

À Victor

Merci tout simplement d'être là. Merci d'avoir supporté un papa parfois impatient et indisponible durant la rédaction de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION (p.7)

1. **DÉFINITIONS DES CONCEPTS UTILISÉS** (p.7)

- 1.1. Définition de l'urgence (p.7)
- 1.2. Définition de la médecine de soins primaires ou médecine de premier recours (p.7)
- 1.3. Définition de la permanence des soins (p.8)
- 1.4. Définition du cadre légal de la permanence des soins (p.8)

2. **JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE** (p.9)

- 2.1. Explosion du nombre de passages aux Urgences (p.9)
- 2.2. Question d'actualité (p.10)
- 2.3. Problème de santé publique (p.10)
- 2.4. Enquête proposée par l'URPS Médecins libéraux Aquitaine et soutenue par l'ARS Aquitaine (p.11)

3. **QUESTION DE RECHERCHE** (p.11)

4. **HYPOTHÈSES** (p.11)

5. **OBJECTIFS DE L'ÉTUDE** (p.11)

- 5.1. Objectif principal (p.11)
 - 5.2. Objectifs secondaires (p.11)
-

MÉTHODE (p.12)

RÉSULTATS (p.13)

1. **NOMBRE DE PATIENTS INCLUS DANS L'ÉTUDE** (p.13)

2. **DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PATIENTS** (p.14)

- 2.1. Statut vis-à-vis de l'assurance maladie (p.14)
- 2.2. Statut vis-à-vis de la Couverture Maladie Universelle (p.15)
- 2.3. Statut vis-à-vis de la complémentaire santé (p.16)
- 2.4. Statut vis-à-vis du médecin traitant (p.17)
- 2.5. Dernière consultation chez le médecin traitant (p.18)
- 2.6. Départements de résidence des patients (p.19)

3. **RAISONS ET MODES DE RECOURS AUX URGENCES** (p.20)

- 3.1. « Je suis venu(e) ici car » (p.20)
- 3.2. « Êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? » (p.22)
- 3.3. « Qui vous a indiqué de vous rendre aux Urgences? » (p.23)
- 3.4. « Après avoir joint le médecin traitant » (p.25)
- 3.5. « Après avoir joint le médecin de garde » (p.27)
- 3.6. « Je ne me suis pas adressé(e) au médecin traitant ou de garde car » (p.28)
- 3.7. « Moyens de venue aux Urgences » (p.32)

4. INTERROGATIONS DES PATIENTS SUR DES OPINIONS

PERSONNELLES (p.33)

- 4.1. « On ne peut pas déranger les médecins traitants en dehors des horaires d'ouverture de cabinet » (p.33)
- 4.2. « Le médecin généraliste s'occupe des maladies, pas des urgences » (p.34)
- 4.3. « En cas d'urgence on peut facilement savoir qui est le médecin de garde » (p.35)
- 4.4. « En cas d'urgence on est mieux soigné à l'hôpital » (p.36)
- 4.5. « À l'hôpital c'est gratuit » (p.37)
- 4.6. « On attend moins à l'hôpital » (p.38)
- 4.7. « L'hôpital c'est plus discret, plus anonyme » (p.39)
- 4.8. « À l'hôpital on peut tout faire au même endroit » (p.40)
- 4.9. « À l'hôpital il y a toujours quelqu'un » (p.41)

DISCUSSION (p.42)

1. COMMENTAIRES CONCERNANT LES RÉSULTATS (p.42)

- 1.1. Concernant les résultats vis-à-vis de la complémentaire santé (p.42)
- 1.2. Concernant les réponses à la question « Je suis venu(e) ici car » (p.42)
- 1.3. Concernant la question « êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? » (p.43)
- 1.4. Concernant la question « qui vous a indiqué de vous rendre aux Urgences? » (p.43)
- 1.5. Concernant l'item « après avoir joint le médecin traitant » (p.43)
- 1.6. Concernant l'item « en cas d'urgence on peut facilement savoir qui est le médecin de garde » (p.43)
- 1.7. Concernant l'item « à l'hôpital on peut tout faire au même endroit » (p.43)

2. À PROPOS DE L'ÉTUDE (p.44)

- 2.1. Difficulté d'accès à la CISP (p.44)
- 2.2. Problème avec le questionnaire (p.44)
- 2.3. Problème du nombre d'enquêteurs (p.44)
- 2.4. Problème des patients non inclus (p.45)
- 2.5. Problème de l'absence de standardisation dans la manière de poser les questions (p.45)
- 2.6. Problème du questionnaire posé aux patients par des « blouses blanches » (p.45)

3. À PROPOS DES RÉSULTATS (p.46)

- 3.1. Comparaison aux enquêtes de la DRESS publiées en 2003 et 2014 (p.46)
- 3.2. Comparaison aux autres travaux effectués en France (p.47)
 - 3.2.1. *Travaux prenant en compte tous les patients se présentant aux Urgences* (p.47)
 - 3.2.2. *Travaux ne prenant en compte que les patients auto-référés aux Urgences* (p.48)
- 3.3. Comparaison aux données internationales (p.51)
 - 3.3.1. *Belgique* (p.51)
 - 3.3.2. *Suisse* (p.52)
 - 3.3.3. *Espagne* (p.52)
 - 3.3.4. *Italie* (p.53)
 - 3.3.5. *Pays-Bas* (p.53)
 - 3.3.6. *Canada* (p.54)
 - 3.3.7. *Royaume-Uni* (p.54)

- 3.3.8. *États-Unis* (p.55)
 - 3.3.9. « *Walk-in Centres* »: *les patients y consultent pour des raisons semblables à leurs motivations pour venir aux Urgences en France* (p.56)
 - 3.4. Problème de l'absence de définition consensuelle sur l'urgence (p.57)
 - 3.5. Données concernant les bénéficiaires de la CMU (p.57)
-

ANALYSE (p.59)

1. **RÉPONSES AUX HYPOTHÈSES FORMULÉES INITIALEMENT** (p.59)
 - 1.1. Concernant la motivation financière pour venir aux Urgences (p.59)
 - 1.2. Concernant l'hypothèse du médecin traitant qui serait indisponible (p.59)
 - 1.3. Concernant l'hypothèse des patients qui auraient été mal conseillés (p.59)
 - 1.4. Concernant l'hypothèse de la facilité d'accès et l'ouverture des Urgences 24 heures sur 24 (p.60)
 2. **ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS DES USAGERS** (p.60)
 3. **UNE MÉDECINE LIBÉRALE EN DÉCALAGE AVEC LA DEMANDE DES PATIENTS** (p.560)
 4. **DEUX POINTS DE VUE QUI S'OPPOSENT** (p.61)
-

PROPOSITIONS (p.62)

1. **ÉDUCATION DES PATIENTS** (p.62)
 2. **USAGE DU CENTRE 15** (p.62)
 3. **LIMITER L'ACCÈS AUX URGENCES** (p.62)
 4. **RÉORIENTATION OBLIGATOIRE APRÈS UNE ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNELS DE SANTÉ** (p.63)
 5. **MODIFICATION DU MODE DE CALCUL DU FORFAIT ANNUEL D'ACTIVITÉ** (p.63)
 6. **CRÉATION DE « WALK-IN CENTRES »** (p.63)
-

CONCLUSION (p.64)

BIBLIOGRAPHIE (p.65)

ANNEXES (p.69)

- Annexe 1 - Questionnaire soumis aux patients durant l'enquête (p.69)
 - Annexe 2 - Campagne de communication de l'ARS Aquitaine (Avril 2015) (p.72)
 - Annexe 3 - Serment d'Hippocrate (p.73)
-

RÉSUMÉ (p.74)

I. INTRODUCTION

1. DÉFINITIONS DES CONCEPTS UTILISÉS

1.1. Définitions de l'urgence

L'urgence est définie par le Larousse en 2016 comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [1].

Une définition de l'urgence qui correspond à la pratique médicale est celle proposée par le Collège National des Généralistes Enseignants [2] issue d'un document de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine de 1997 [3]: l'urgence est une situation vécue par le patient ou son entourage comme nécessitant une intervention médicale immédiate. On peut en distinguer quatre catégories:

- l'urgence vitale: met en jeu le pronostic vital (ex: l'accident neurologique ou la détresse cardio-respiratoire).
- l'urgence vraie: nécessite des soins rapides mais ne met pas en jeu le pronostic vital (ex: la colique néphrétique, la fracture).
- l'urgence ressentie: le patient pense nécessiter des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave (ex: la fièvre isolée, la crise d'angoisse).
- l'urgence de confort: le patient majore ses symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence ne se justifie pas (ex: oubli de pilule, certificat médical, insomnie).

1.2. Définition de la médecine de soins primaires ou médecine de premier recours

Les soins primaires sont définis dans la revue Exercer [4] qui reprend en partie la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (déclaration d'Alma-Ata de 1978 [5]). « Les soins primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette [aux peuples du monde] de mener une vie socialement et économiquement productive ». Ils ont pour « caractéristiques d'être scientifiquement valables, socialement acceptables, et de coût supportable par la société. Ils doivent être accessibles universellement à tous les individus, être le premier niveau de contact avec le système national de santé et être présents au plus proche des lieux de vie et de travail ».

La WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) définit la médecine générale comme « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » et en donne les principales caractéristiques [6]:

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres

- professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
 - Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
 - Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
 - Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
 - Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
 - Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
 - Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
 - Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
 - Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

1.3. Définition de la permanence des soins

La permanence des soins (PDS) est définie, dans le Rapport d'information sur la permanence des soins de 2008 [7], comme « le dispositif sanitaire qui permet aux citoyens de recourir à un praticien lorsque le cabinet de leur médecin de famille a fermé ses portes ». Ce rapport rappelle que la PDS n'est pas une médecine d'urgence et n'est pas non plus un lieu de consultation programmée.

La PDS est donc différente de l'Aide Médicale Urgente, qui est définie par le Code de la Santé Publique [8] comme ayant « pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

1.4. Définition du cadre légal de la permanence des soins

Le Code de la Santé Publique [9] prévoit que la permanence des soins est assurée de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés. Celle-ci est assurée par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans des cabinets libéraux et des centres de santé, ou par des médecins appartenant à des associations de PDS.

Il est également prévu, qu'en fonction des besoins de la population et de l'offre médicale constatée, la PDS soit assurée:

- le samedi à partir de midi,
- le lundi s'il précède un jour férié,
- le vendredi et samedi s'ils suivent un jour férié.

Il est à noter que, concernant la PDS ambulatoire, pour la période comprise entre 20 heures et 8 heures, l'organisation peut être différente. En effet en fonction des besoins évalués au niveau départemental, la PDS concernant cette tranche horaire est organisée en lien avec les établissements de santé publics et privés. (Le département est donc divisé en secteurs fixés, par arrêté préfectoral, en fonction de données géographiques et démographiques et en fonction de l'offre de soins).

Le Code de la Santé publique [10] prévoit que l'accès au médecin qui assure la PDS se fait par le biais:

- d'une régulation préalable par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU-Centre 15),
- d'un centre d'appel d'association de PDS (si celui-ci est interconnecté avec le SAMU-Centre 15).

Enfin le Code de la Santé Publique [11] précise que les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas d'insuffisance de volontaires, le préfet peut procéder à des réquisitions.

Ce cadre légal définissant la PDS n'a pas été modifié par les dernières lois relatives à la santé.

Comme le signale M. Boënnec dans son rapport [7], à la suite des grèves des gardes des médecins de 2001 et 2002, la PDS est devenue une obligation collective fondée sur le volontariat individuel.

Ce système est totalement différent de beaucoup de pays européens, dans lesquels la PDS reste une obligation. Par exemple:

- en Allemagne et en Belgique, tous les médecins relevant de l'assurance sociale sont obligés de prendre des gardes,
- en Espagne, au Royaume Uni, et en Suède, tous les médecins en contrat avec le service public sont obligés de prendre des gardes,
- en Italie, il existe un corps médical dédié à la PDS.

2. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

2.1. Explosion du nombre de passages aux Urgences

La fréquentation des Urgences par la population est en hausse constante. Le nombre de passages aux Urgences a été multiplié par deux entre 1990 et 2001 (7 à 14 millions de passages) puis a été augmenté de 30% entre 2001 et 2012. Il y a eu 18,4 millions de passages aux Urgences en 2012 (10,6 millions de personnes sont venues dont le quart plus d'une fois) [12].

Il est à noter que cette augmentation importante du nombre de passages aux Urgences n'est pas corrélée à une augmentation de la gravité réelle des pathologies (urgence vraie ou vitale). Il est intéressant de constater dans un document de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes [13] que le taux d'hospitalisation après un passage aux Urgences est resté à 20% entre 2004 et 2012.

2.2. Question d'actualité

La Cour des Comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2014 [12], a fait un chapitre qui définit bien la problématique: « Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser ».

Celle-ci précise que l'augmentation de la fréquentation des Urgences ne peut pas être expliquée seulement par une augmentation de la population ou par le vieillissement de la population.

Elle indique « les raisons de cette dynamique n'ont été cependant que très peu étudiées ».

O. Boudard, dans la discussion de sa thèse [14], indique qu'« il aurait pu être intéressant d'interroger les patients sur leur connaissance ou non de l'existence de la permanence des soins dans le système libéral, ou de la possibilité d'avoir recours à un médecin de garde en soins ambulatoires ».

La question de la fréquentation des Urgences en terme de consommation de soins et la recherche des raisons de cette consommation a été peu étudiée.

2.3. Problème de santé publique

Le problème de la permanence des soins, de la possibilité de consulter un médecin en cas de nécessité quel que soit le jour et l'heure est un problème qui touche toute la population.

Mais l'augmentation croissante de la fréquentation des Urgences pose un problème de santé publique et un problème économique évident.

En effet la Cour des comptes pointe dans son rapport de 2014 [12] une « méconnaissance persistante des coûts » pour laquelle l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a été chargée d'une enquête sur le coût complet des services d'urgence. L'estimation actuelle (toujours d'après la Cour des Comptes) du coût moyen d'un passage aux Urgences d'un établissement public est de 161,50 euros. (Pour rappel le coût d'une consultation d'un médecin généraliste durant les horaires de permanence des soins varie de 49,50 à 65,50 euros selon la tranche horaire).

Cela pose donc le problème de l'efficacité des soins (c'est-à-dire que les patients se dirigent ou soient dirigés vers la structure de soins la plus adaptée à leur problème de santé au moment où celui-ci se déclare).

Par ailleurs l'augmentation du nombre de passages aux Urgences peut représenter un risque au niveau médical. En effet le risque pour un patient ayant un problème de santé grave ou urgent d'être « oublié » (au milieu du flux de patients venant pour des problèmes moins graves ou moins urgents) augmente avec le nombre de patients se présentant à l'accueil des Urgences.

2.4. Enquête proposée par l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine et soutenue par l'ARS Aquitaine

L'enquête sur laquelle s'appuie cette thèse a été proposée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux d'Aquitaine et soutenue par l'ARS Aquitaine.

Les résultats de cette enquête ont été présentés le 27 janvier 2016 à Monsieur Olivier Serre, directeur de la délégation territoriale de la Gironde de l'ARS Aquitaine.

3. QUESTION DE RECHERCHE

Pourquoi les patients consultent-ils les Urgences plutôt que le médecin généraliste ou le médecin de garde?

4. HYPOTHÈSES

Nous avons formulé quatre hypothèses en réponse à la question de recherche, avant de réaliser la thèse:

- Les patients viennent aux Urgences pour un motif financier (il n'y a pas de frais à avancer),
- Les patients viennent aux Urgences parce que leur médecin traitant est indisponible,
- Les patients viennent aux Urgences parce qu'ils ont été mal conseillés (ils ne se sont pas adressés à un professionnel de santé avant de se diriger vers les Urgences),
- Les patients viennent aux Urgences car c'est facile d'accès et ouvert 24h sur 24.

5. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

5.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de montrer quelles sont les raisons de recours aux Urgences plutôt qu'à la médecine de soins primaires.

5.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'étudier les moyens et modes de recours aux Urgences (transport, régulation préalable, prise de décision...).

II. MÉTHODE

L'étude s'est déroulée sur deux jours, le mardi 20 octobre et le dimanche 25 octobre 2015.

Le recueil de données a été fait simultanément aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux sur le site de Pellegrin et aux Urgences du Centre Hospitalier d'Agen de 8h00 à minuit les deux jours.

Les deux jours d'enquête ont été choisis par l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine [15]. Le dimanche a été choisi car il correspond à un jour entier de permanence des soins. Le mardi a été choisi par élimination: pour ne pas prendre un lundi (problème de consultation plus fréquente après le week-end), un mercredi (« jour des enfants »), un vendredi (beaucoup de cabinets ferment plus tôt ce jour), un samedi (trop grande hétérogénéité de travail des médecins généralistes), un jeudi (jour durant lequel les médecins programment fréquemment leur journée de formation).

La population cible de l'étude était la suivante: tous les patients admis aux Urgences entre 8h00 et minuit lors des jours ci-dessus cités.

Le recueil des données a été fait par quatre enquêteurs:

- à Agen il s'agissait de deux élèves infirmières (supervisées par un membre de la Commission Permanence des Soins de l'URPS Médecins libéraux Aquitaine),
- à Bordeaux il s'agissait d'un membre de la Commission Permanence des Soins de l'URPS Médecins libéraux Aquitaine le mardi et d'une docteur en psychiatrie le dimanche, ainsi que, les deux jours, de Maximilien GUERRY (médecin non thésé s'appuyant sur cette enquête pour la rédaction de sa thèse).

Le recueil des données a été fait sur tablettes numériques. À la fin de l'enquête les tablettes ont été transmises à une société informatique (choisie par l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine) afin d'en extraire les résultats.

Le recueil de donnée a été fait sur la base d'un questionnaire unique soumis au patient [cf Annexe 1]. Ce questionnaire a été réalisé en 2015, par l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine, en réactualisant un questionnaire utilisé en 1999 dans une enquête similaire à Agen.

Pour soumettre le questionnaire aux patients, les enquêteurs étaient positionnés avec l'infirmière d'accueil et d'orientation par laquelle passe tous les patients admis aux Urgences.

Pour la réalisation du questionnaire l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine avait initialement souhaité utiliser la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Ceci n'a pas été possible car celle-ci est propriété de la WONCA.

III. RÉSULTATS

1. NOMBRE DE PATIENTS INCLUS DANS L'ÉTUDE

333 patients ont été inclus dans l'étude (201 à Bordeaux et 132 à Agen). Le mardi, 156 patients ont été inclus (100 à Bordeaux, 56 à Agen). Le dimanche, 177 patients ont été inclus (101 à Bordeaux, 76 à Agen).

Concernant Agen, tous les patients ayant été admis aux Urgences entre 8h00 et minuit sur les deux jours ont été inclus dans l'étude.

Concernant Bordeaux, certains patients n'ont pu être inclus dans l'étude. Quelques patients présentant une pathologie très grave ou très urgente (accident vasculaire cérébral en attente de thrombolyse, traumatisé rachidien adressé au chirurgien...) étaient admis directement sans passer par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Par ailleurs, en cas d'afflux trop important, l'admission de certains patients était faite par d'autres infirmières que l'infirmière d'accueil et d'orientation; ces patients n'ont donc pas pu être interrogés. Ceux-ci représentent la plupart des patients n'ayant pu être inclus dans l'étude.

Au total, à Bordeaux, entre 8h00 et minuit, 127 patients ont été admis le mardi, et 155 le dimanche.

2. DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PATIENTS

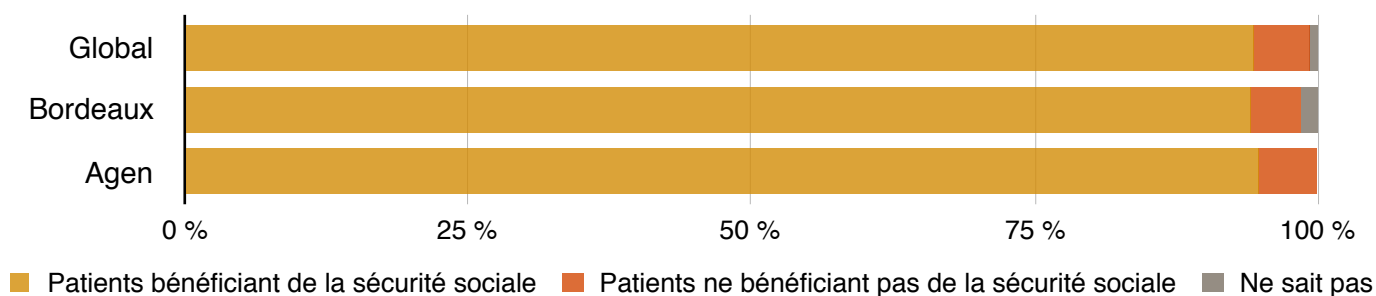
2.1. Statut vis-à-vis de l'assurance maladie

Les résultats concernant le statut des patients vis-à-vis de l'assurance maladie sont présentés dans la figure 1.

On constate que le motif de consultation aux Urgences n'est pas en lien avec le statut vis-à-vis de l'assurance maladie puisque la très grande majorité des patients en est bénéficiaire (94,3%).

Figure 1 - Statut vis-à-vis de la Sécurité Sociale

	Global	Bordeaux	Agen
Patients bénéficiant de la sécurité sociale	94,3 %	94,03 %	94,7 %
Patients ne bénéficiant pas de la sécurité sociale	4,8 %	4,48 %	5,3 %
Ne sait pas	0,9 %	1,49 %	0 %



2.2. Statut vis-à-vis de la Couverture Maladie Universelle

Les résultats concernant le statut des patients vis-à-vis de la Couverture Maladie Universelle (CMU) sont présentés dans la figure 2.

On note une différence entre Bordeaux et Agen, avec plus de bénéficiaires de la CMU à Agen.

À titre de comparaison au niveau national, on retrouve dans le rapport d'activité 2014 du Fonds de CMU 5 205 668 bénéficiaires de la CMU- Complémentaire au 31 décembre 2014 [16].

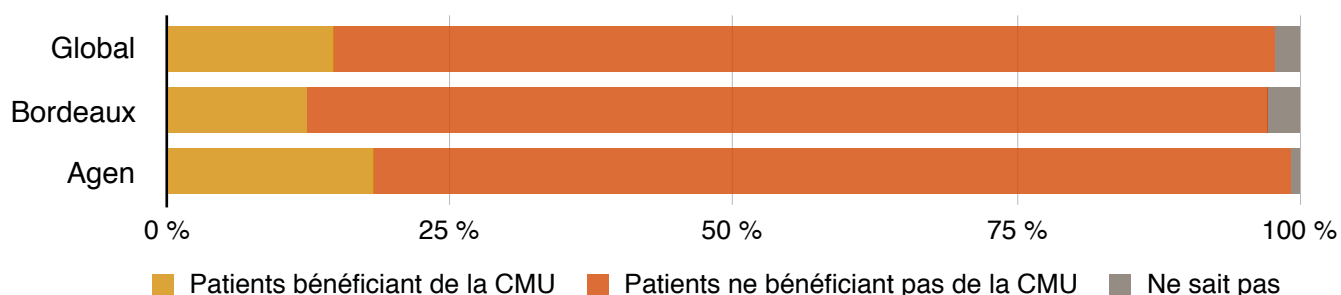
Au 1^{er} janvier 2015, la population française, d'après l'Insee [17], était de 66 317 994 habitants.

Ceci fait un taux de 7,85% de patients bénéficiant de la CMU au niveau national.

Il semble que la proportion de patients bénéficiaires de la CMU consultant aux Urgences soit supérieure à la proportion de patients bénéficiaires de la CMU dans la population générale, puisque 12,44% des patients étaient bénéficiaires de la CMU à Bordeaux et 18,18% à Agen.

Figure 2 - Statut vis-à-vis de la CMU

	Global	Bordeaux	Agen
Patients bénéficiant de la CMU	14,71 %	12,44 %	18,18 %
Patients ne bénéficiant pas de la CMU	83,18 %	84,58 %	81,06 %
Ne sait pas	2,1 %	2,99 %	0,76 %



2.3. Statut vis-à-vis de la complémentaire santé

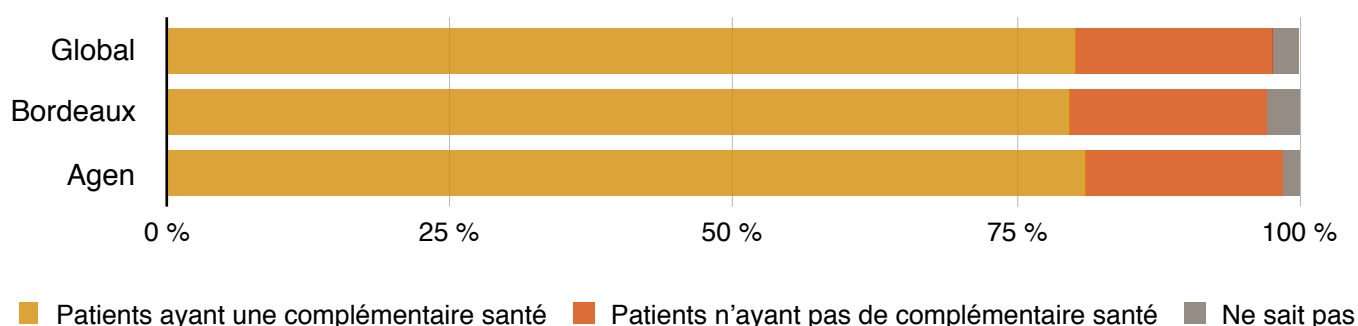
Les résultats concernant le statut des patients vis-à-vis de la complémentaire santé sont présentés dans la figure 3.

Nous pouvons constater que 17,42% des patients répondent ne pas avoir de complémentaire. Ce chiffre est identique à Bordeaux et Agen.

À titre de comparaison, on retrouve dans l'enquête sur la santé et la protection sociale publiée en 2014 par l'Institut sur la recherche et documentation en économie de la santé [18] 10,7% de personnes n'ayant pas de complémentaire santé. Par ailleurs cette même enquête rapporte 5% de personnes n'ayant ni complémentaire santé ni CMU.

Figure 3 - Statut vis-à-vis de la Complémentaire santé

	Global	Bordeaux	Agen
Patients ayant une complémentaire santé	80,18 %	79,6 %	81,06 %
Patients n'ayant pas de complémentaire santé	17,42 %	17,41 %	17,42 %
Ne sait pas	2,4 %	2,99 %	1,52 %



2.4. Statut vis-à-vis du médecin traitant

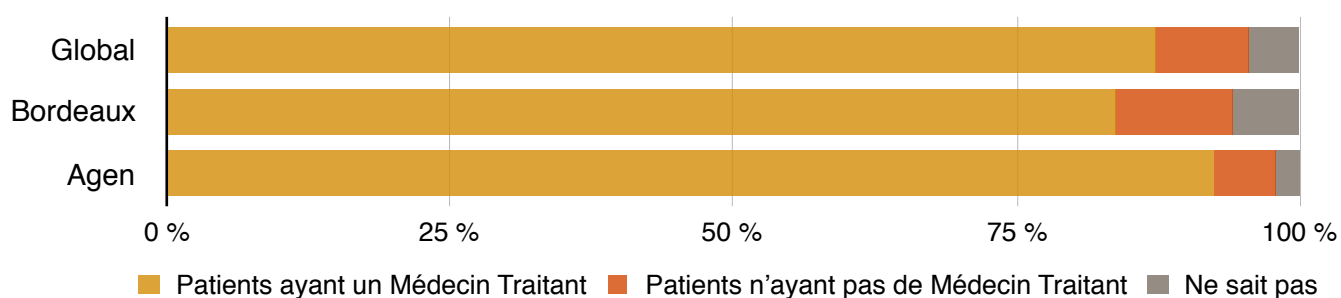
Les résultats concernant le statut vis-à-vis du médecin traitant sont présentés dans la figure 4.

La plupart des patients (87,09%) ont un médecin traitant. Ce n'est donc pas le fait d'avoir déclaré ou non un médecin traitant qui influence le recours aux Urgences.

À titre de comparaison, au niveau national, on retrouve dans le rapport annuel de la Cour des Comptes 2013 [19] 89,7% des personnes qui ont déclaré un médecin traitant à la date de décembre 2011.

Figure 4 - Statut vis-à-vis du Médecin Traitant

	Global	Bordeaux	Agen
Patients ayant un Médecin Traitant	87,09 %	83,58 %	92,42 %
Patients n'ayant pas de Médecin Traitant	8,41 %	10,45 %	5,3 %
Ne sait pas	4,5 %	5,97 %	2,27 %



2.5. Dernière consultation chez le médecin traitant

Les résultats concernant la dernière consultation chez le médecin traitant sont présentés dans les figures 5 et 6.

Durant la réalisation de l'enquête, les patients avaient des difficultés à répondre précisément à la question.

On constate, de manière assez logique, que la proportion de patients ayant consulté leur médecin traitant dans les dernières 24h est bien moins importante le dimanche, par rapport au mardi.

Figure 5 - Dernière consultation chez le Médecin Traitant

	Global	Bordeaux	Agen
Moins d'un jour	7,81 %	9,45 %	5,3 %
Moins d'une semaine	15,62 %	14,43 %	17,42 %
Moins d'un mois	26,43 %	21,39 %	34,09 %
Moins d'un an	25,23 %	24,88 %	25,76 %
Ne sait pas	24,91 %	29,85 %	17,43 %

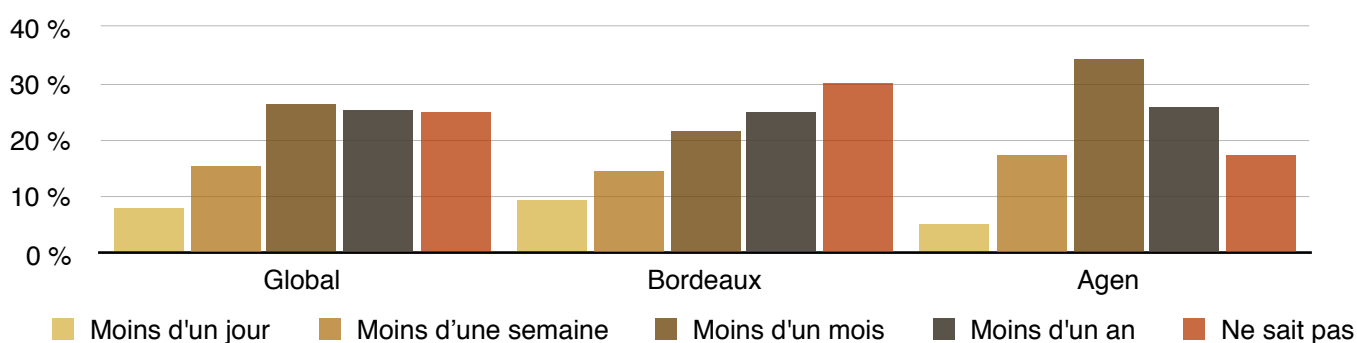


Figure 6 - Dernière consultation chez le Médecin Traitant (résultats par jour d'enquête)

	Global Mardi 20/10/2015	Global Dimanche 25/10/2015	Bordeaux Mardi 20/10/2015	Bordeaux Dimanche 25/10/2015	Agen Mardi 20/10/2015	Agen Dimanche 25/10/2015
Moins d'un jour	14,74 %	1,69 %	18 %	0,99 %	8,93 %	2,63 %
Moins d'une semaine	13,46 %	17,51 %	14 %	14,85 %	12,5 %	21,05 %
Moins d'un mois	22,44 %	29,94 %	20 %	22,77 %	26,79 %	39,47 %
Moins d'un an	23,08 %	27,12 %	20 %	29,7 %	28,57 %	23,68 %
Ne sait pas	26,28 %	23,74 %	28 %	31,69 %	23,21 %	13,17 %

2.6. Départements de résidence des patients

Les résultats concernant les départements de résidence des patients interrogés sont présentés pour Bordeaux dans les figures 7 et 7', et pour Agen dans les figures 8 et 8'

À Bordeaux, la très grande majorité des patients (93,53%) vient du département dans lequel se trouve l'hôpital.

À Agen, une proportion plus importante de patients vient de départements limitrophes (certaines villes de départements voisins étant très proches du CH d'Agen). On constate donc qu'à Agen de nombreux patients sont prêts à se déplacer relativement loin pour consulter aux Urgences.

Figure 7 - Départements de résidence des patients consultant à Bordeaux

33	93,53 %
93	0,5 %
41	0,5 %
64	1,49 %
17	0,5 %
91	0,5 %
92	0,5 %
32	0,5 %
40	0,5 %
Hors France	1,49 %

Figure 8 - Départements de résidence des patients consultants à Agen

47	78,79 %
33	1,52 %
82	7,58 %
35	0,76 %
32	2,27 %
83	0,76 %
77	0,76 %
28	1,52 %
Hors France	6,06 %

Figure 7' - Résidence des patients consultant à Bordeaux

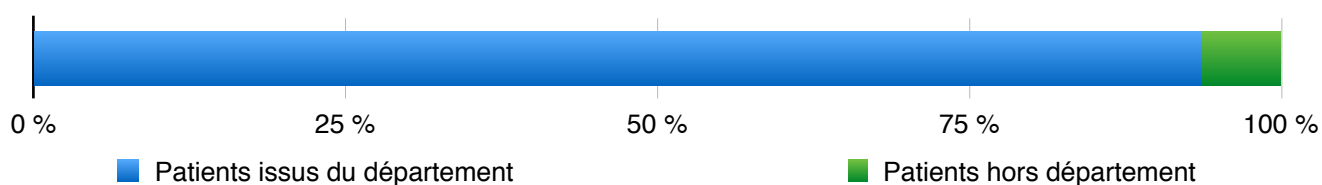
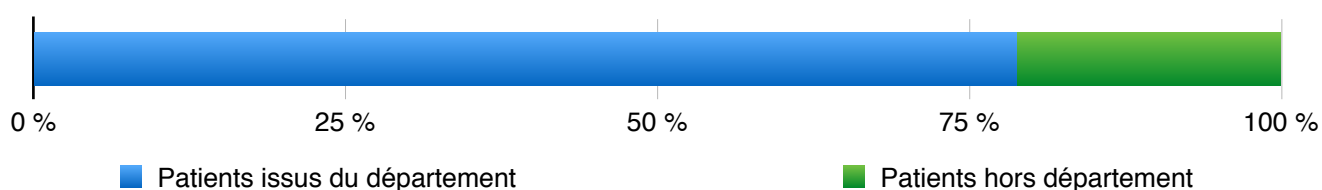


Figure 8' - Résidence des patients consultant à Agen



3. RAISONS ET MODES DE RECOURS AUX URGENCES

3.1. « Je suis venu(e) ici car »

Les résultats concernant les motivations ayant amené les patients à consulter aux Urgences sont présentés dans les figures 9 et 10.

On constate que 43,4% des patients sont venus car ils estimaient leurs symptômes graves ou urgents (urgence ressentie).

Une part quasiment équivalente des patients signale que l'ouverture permanente de l'hôpital a été une motivation. La proportion de patients signalant cet item est plus importante le dimanche que le mardi.

Pour ne pas s'être adressés à la médecine ambulatoire, les patients invoquent comme justification, dans plus de 25% des cas que leur médecin traitant était indisponible, et dans 16,67% des cas qu'ils ont l'habitude de venir à l'hôpital en cas de problème.

On peut voir une disparité dans les résultats. En effet la proportion de patients disant venir à l'hôpital en cas de problème, venir car l'hôpital est toujours ouvert, venir car le médecin traitant est indisponible, et venir car on peut tout faire à l'hôpital, est plus importante à Agen qu'à Bordeaux.

Figure 9 - « Je suis venu(e) ici car » (résultats globaux)

	Global	Bordeaux	Agen
Je pensais que c'était Urgent ou Grave	43,4 %	38,95 %	50 %
J'ai l'habitude de venir à l'hôpital si problème	16,67 %	8,72 %	28,45 %
C'est ouvert 24/24h	41,67 %	25,58 %	65,52 %
Mon médecin traitant n'était pas disponible	27,78 %	13,37 %	49,14 %
Il n'y a pas d'attente ici	6,25 %	2,91 %	11,21 %
On peut tout faire ici	27,43 %	9,3 %	54,31 %

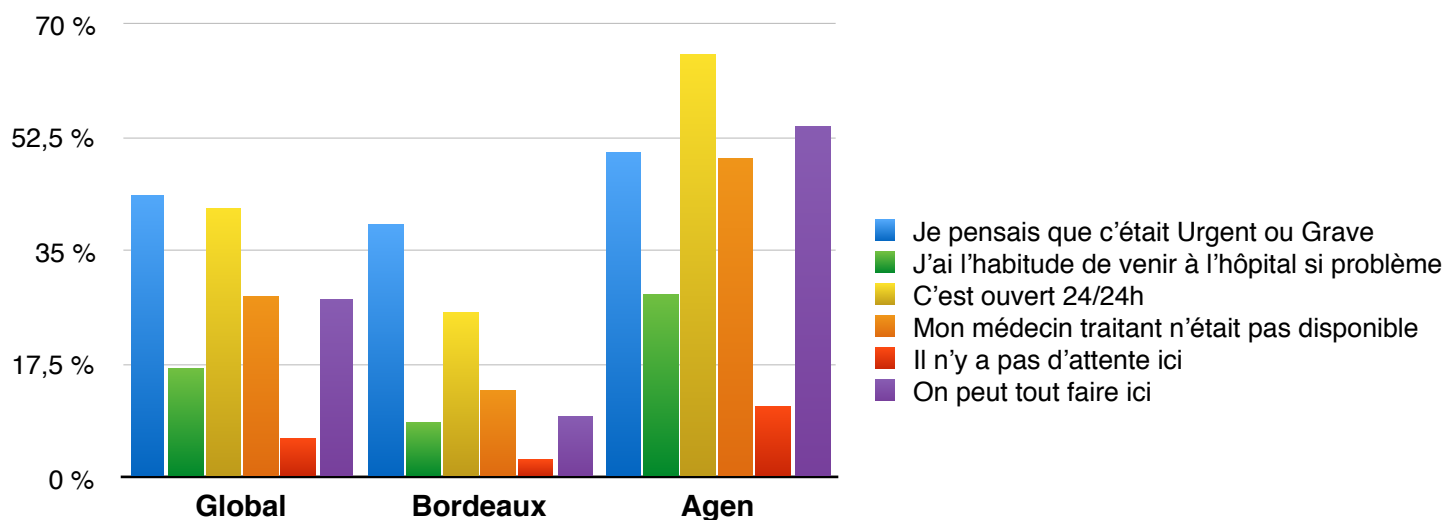
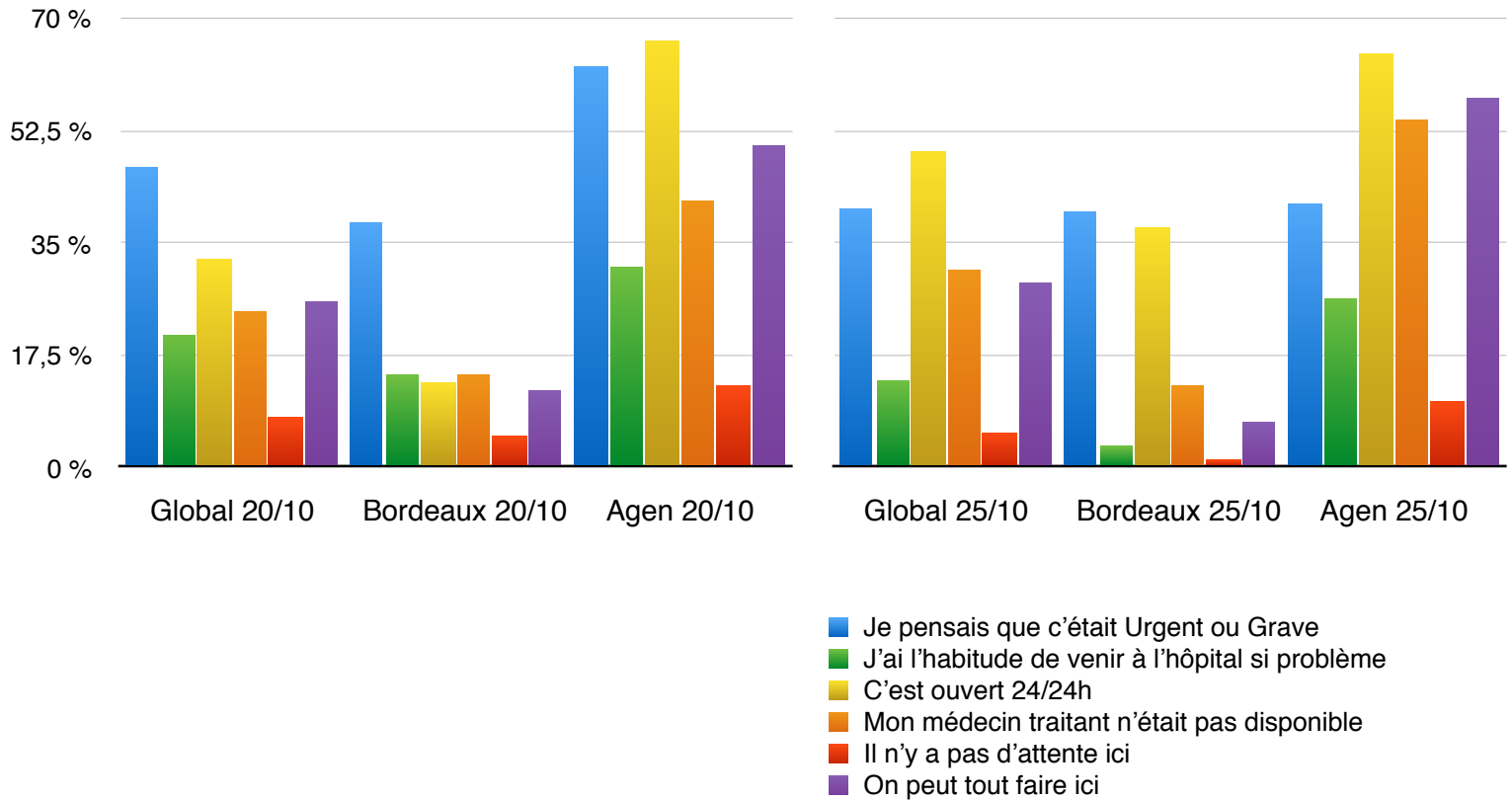


Figure 10 - « Je suis venu(e) ici car » (résultats selon le jour d'enquête)

	Global 20/10/2015	Global 25/10/2015	Bordeaux 20/10/2015	Bordeaux 25/10/2015	Agen 20/10/2015	Agen 25/10/2015
Je pensais que c'était Urgent ou Grave	46,97 %	40,38 %	38,1 %	39,77 %	62,5 %	41,18 %
J'ai l'habitude de venir à l'hôpital si problème	20,45 %	13,46 %	14,29 %	3,41 %	31,25 %	26,47 %
C'est ouvert 24/24h	32,58 %	49,36 %	13,1 %	37,5 %	66,67 %	64,71 %
Mon médecin traitant n'était pas disponible	24,24 %	30,77 %	14,29 %	12,5 %	41,67 %	54,41 %
Il n'y a pas d'attente ici	7,58 %	5,13 %	4,76 %	1,14 %	12,5 %	10,29 %
On peut tout faire ici	25,76 %	28,85 %	11,9 %	6,82 %	50 %	57,35 %



3.2. « Êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? »

Les résultats concernant cette question sont présentés dans les figures 11 et 12.

On constate que plus de la moitié des patients (56,6%) se rend aux Urgences de sa propre initiative.

Il y a plus de patients qui consultent spontanément aux Urgences le dimanche par rapport au mardi (67,95% contre 43,18%).

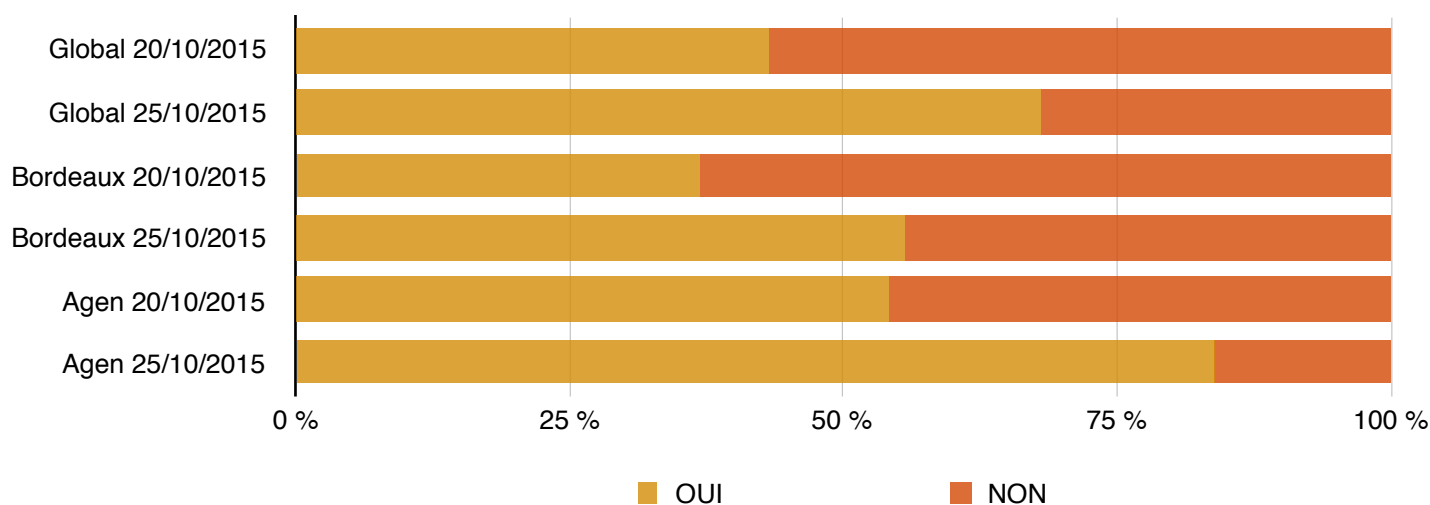
Il y a également plus de patients disant venir de leur propre initiative à Agen qu'à Bordeaux (71,55% contre 46,51%).

Figure 11 - Êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? (résultats globaux)

	Global	Bordeaux	Agen
OUI	56,6 %	46,51 %	71,55 %
NON	43,4 %	53,49 %	28,45 %

Figure 12 - Êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? (résultats par jour d'enquête)

	Global 20/10/2015	Global 25/10/2015	Bordeaux 20/10/2015	Bordeaux 25/10/2015	Agen 20/10/2015	Agen 25/10/2015
OUI	43,18 %	67,95 %	36,9 %	55,68 %	54,17 %	83,82 %
NON	56,82 %	32,05 %	63,1 %	44,32 %	45,83 %	16,18 %



3.3. « Qui vous a indiqué de vous rendre aux Urgences? »

Les résultats concernant cette question sont présentés dans les figures 13, 14 et 14'.

On peut voir que presque la moitié des patients (46,25%) n'a pas répondu à la question posée et ne s'est donc pas adressée à un professionnel de santé avant de venir aux Urgences.

On constate des différences entre le mardi et le dimanche: moins de patients sont adressés par le médecin traitant le dimanche (1,13% contre 19,23%); davantage sont adressés par le médecin de garde le dimanche (10,17% contre 1,28%); et davantage viennent sans avoir pris un conseil préalable le dimanche.

On constate une différence entre Bordeaux et Agen. En effet, à Agen les patients sont moins nombreux à s'être adressés au médecin traitant ou de garde, au centre 15 ou aux pompiers avant de venir aux Urgences.

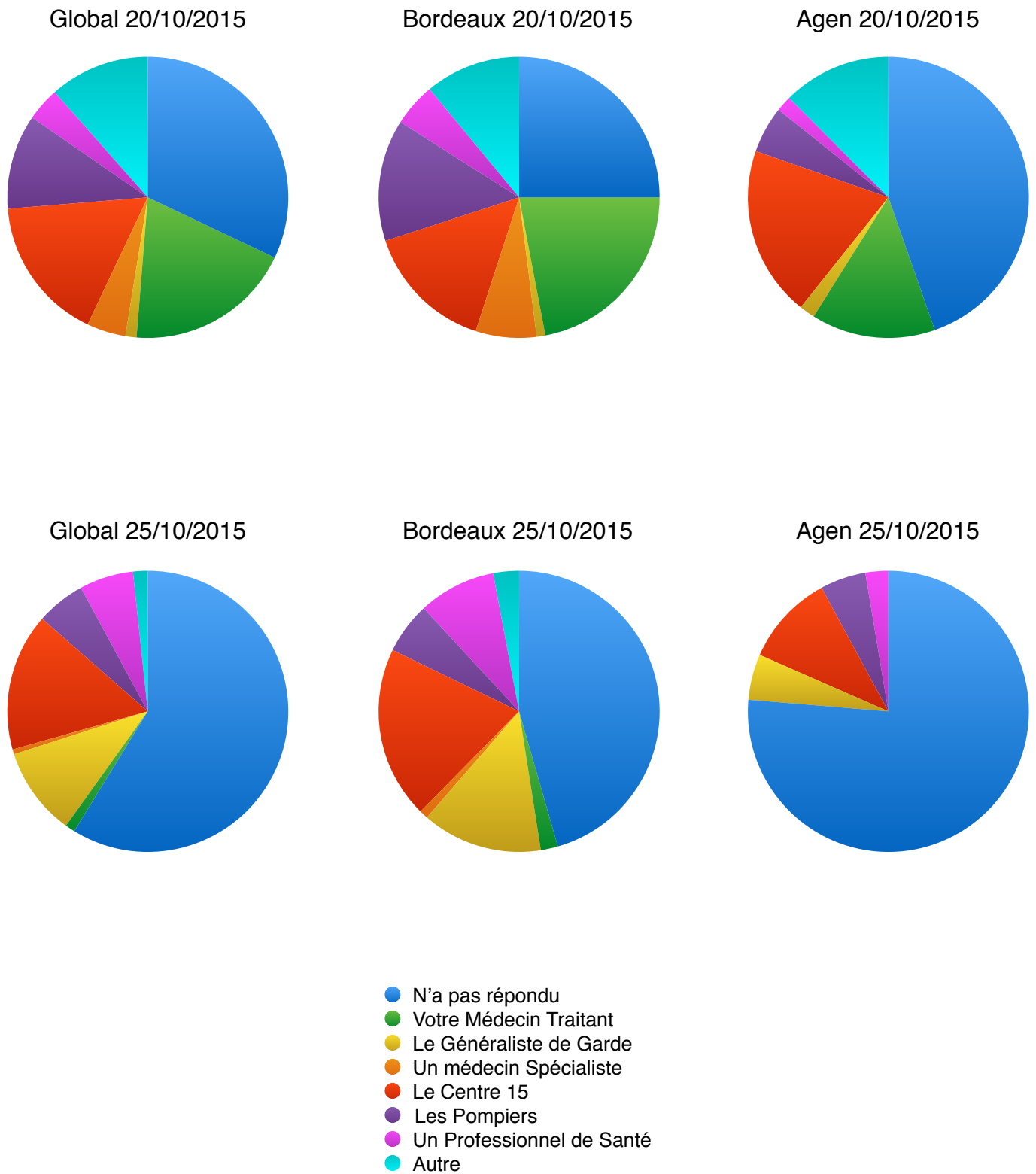
Figure 13 - Qui vous a indiqué de vous rendre aux urgences? (résultats globaux)

	Global	Bordeaux	Agen
N'a pas répondu	46,25 %	35,32 %	62,88 %
Votre Médecin Traitant	9,61 %	11,94 %	6,06 %
Le Généraliste de Garde	6,01 %	7,46 %	3,79 %
Un médecin Spécialiste	2,4 %	3,98 %	0 %
Le Centre 15	16,22 %	17,41 %	14,39 %
Les Pompiers	8,11 %	9,95 %	5,3 %
Un Professionnel de Santé	5,11 %	6,97 %	2,27 %
Autre	6,31 %	6,97 %	5,3 %

Figure 14 - Qui vous a indiqué de vous rendre aux urgences? (résultats par date d'enquête)

	Global 20/10/2015	Global 25/10/2015	Bordeaux 20/10/2015	Bordeaux 25/10/2015	Agen 20/10/2015	Agen 25/10/2015
N'a pas répondu	32,05 %	58,76 %	25 %	45,54 %	44,64 %	76,32 %
Votre Médecin Traitant	19,23 %	1,13 %	22 %	1,98 %	14,29 %	0 %
Le Généraliste de Garde	1,28 %	10,17 %	1 %	13,86 %	1,79 %	5,26 %
Un médecin Spécialiste	4,49 %	0,56 %	7 %	0,99 %	0 %	0 %
Le Centre 15	16,67 %	15,82 %	15 %	19,8 %	19,64 %	10,53 %
Les Pompiers	10,9 %	5,65 %	14 %	5,94 %	5,36 %	5,26 %
Un Professionnel de Santé	3,85 %	6,21 %	5 %	8,91 %	1,79 %	2,63 %
Autre	11,54 %	1,69 %	11 %	2,97 %	12,5 %	0 %

Figure 14' - Qui vous a indiqué de vous rendre aux urgences? (résultats par date d'enquête)



3.4. « Après avoir joint le médecin traitant »

Les résultats concernant cette question sont présentés dans les figures 15, 16 et 16'.

Aucun patient n'a répondu que le répondeur du médecin traitant indiquait d'appeler le médecin de garde.

On constate également que beaucoup de patients (63,46%) se présentent aux Urgences, en jour ouvrable, sans avoir essayé de joindre leur médecin traitant.

Figure 15 - Après avoir joint le Médecin Traitant (résultat globaux)

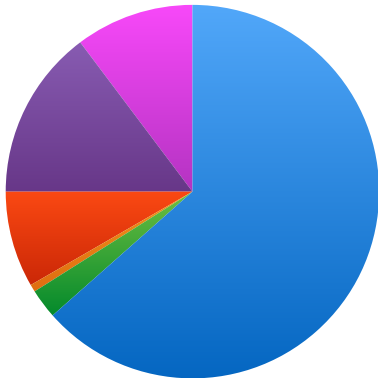
	Global	Bordeaux	Agen
Médecin Traitant non appelé	78,98 %	85,07 %	69,7 %
Il n'a pas répondu	1,5 %	0 %	3,79 %
Son répondeur indique d'appeler le Médecin de Garde	0 %	0 %	0 %
Il était absent, je n'ai pas voulu voir le remplaçant	0,3 %	0,5 %	0 %
Conseil par téléphone de me rendre aux Urgences	4,5 %	3,48 %	6,06 %
Après examen, il m'a adressé aux Urgences	7,51 %	9,95 %	3,79 %
Autre	7,21 %	1 %	16,67 %

Figure 16 - Après avoir joint le Médecin Traitant (résultats par jour d'enquête)

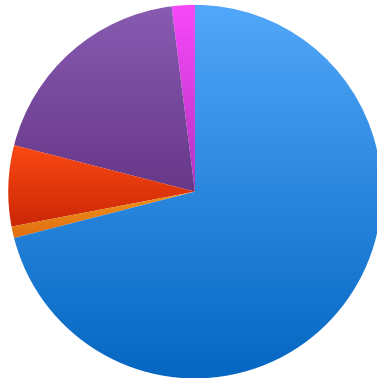
	Global 20/10/2015	Global 25/10/2015	Bordeaux 20/10/2015	Bordeaux 25/10/2015	Agen 20/10/2015	Agen 25/10/2015
Médecin Traitant non appelé	63,46 %	92,66 %	71 %	99,01 %	50 %	84,21 %
Il n'a pas répondu	2,56 %	0,56 %	0 %	0 %	7,14 %	1,32 %
Son répondeur indique d'appeler le Médecin de Garde	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Il était absent, je n'ai pas voulu voir le remplaçant	0,64 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
Conseil par téléphone de me rendre aux Urgences	8,33 %	1,13 %	7 %	0 %	10,71 %	2,63 %
Après examen, il m'a adressé aux Urgences	14,74 %	1,13 %	19 %	0,99 %	7,14 %	1,32 %
Autre	10,26 %	4,52 %	2 %	0 %	25 %	10,53 %

Figure 16' - Après avoir joint le Médecin Traitant (résultats par date d'enquête)

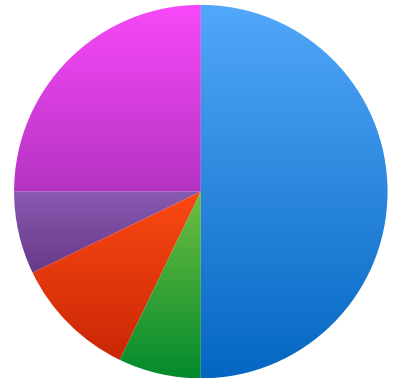
Global 20/10/2015



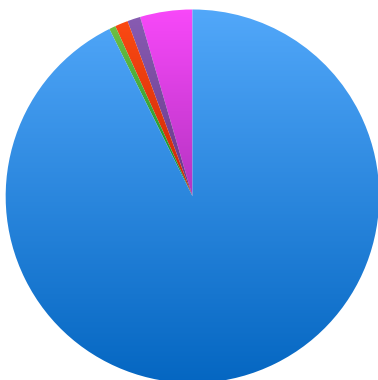
Bordeaux 20/10/15



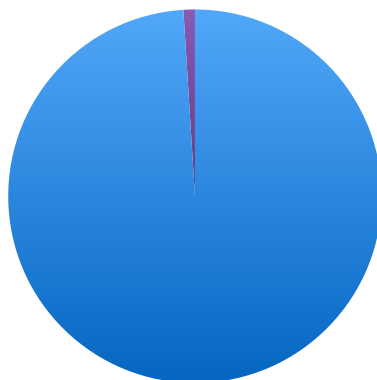
Agen 20/10/2015



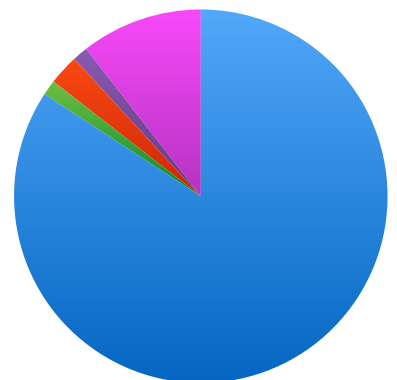
Global 25/10/2015



Bordeaux 25/10/15



Agen 25/10/2015



- Médecin Traitant non appelé
- Il n'a pas répondu
- Son répondeur indique d'appeler le Médecin de Garde
- Il était absent, je n'ai pas voulu voir le remplaçant
- Conseil par téléphone de me rendre aux Urgences
- Après examen, il m'a adressé aux Urgences
- Autre

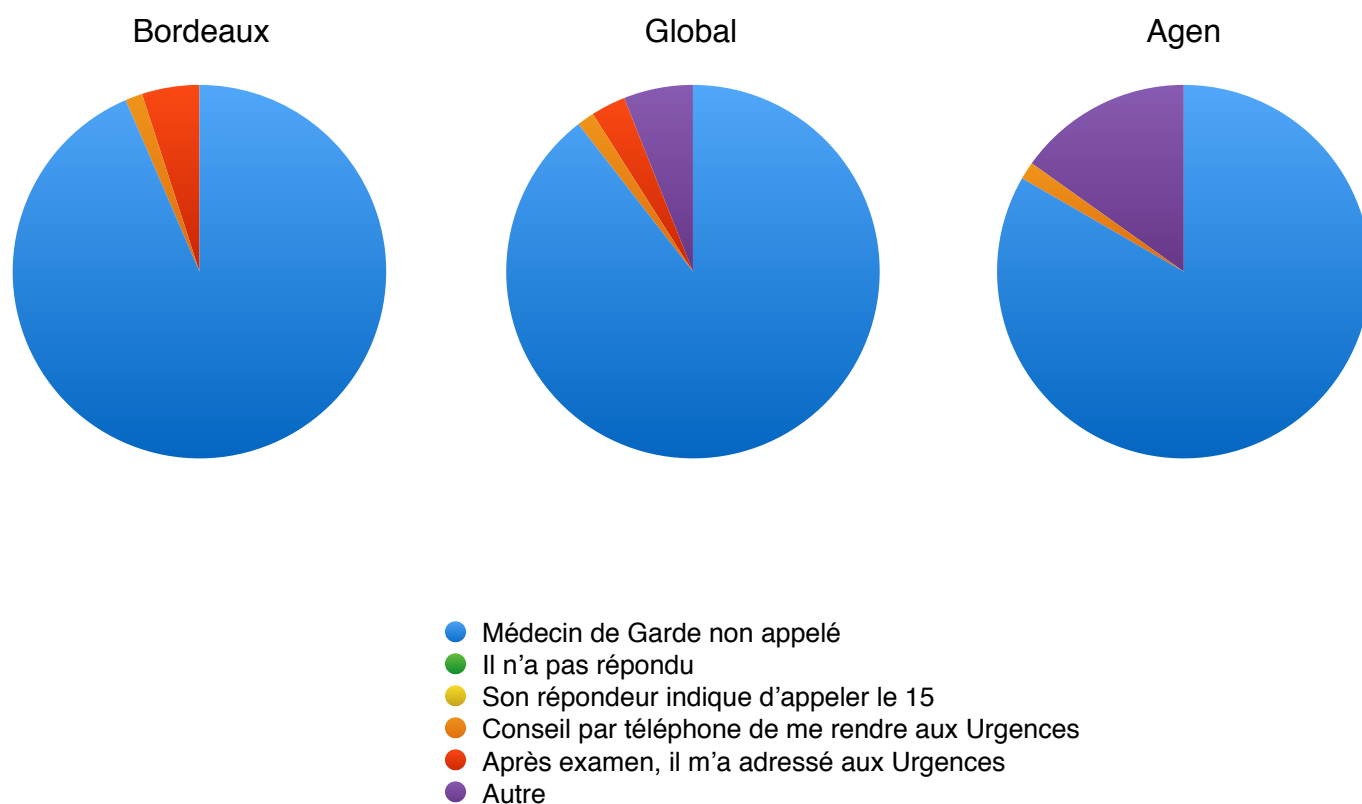
3.5. « Après avoir joint le médecin de garde »

On retrouve les résultats concernant cette question dans la figure 17.

Ce qui est frappant à la lecture de ces données, c'est que les patients dans leur écrasante majorité (89,49%) ne font pas appel au médecin de garde.

Figure 17 - Après avoir joint le Médecin de garde

	Global	Bordeaux	Agen
Médecin de Garde non appelé	89,49 %	93,53 %	83,33 %
Il n'a pas répondu	0 %	0 %	0 %
Son répondeur indique d'appeler le 15	0 %	0 %	0 %
Conseil par téléphone de me rendre aux Urgences	1,5 %	1,49 %	1,52 %
Après examen, il m'a adressé aux Urgences	3 %	4,98 %	0 %
Autre	6,01 %	0 %	15,15 %



3.6. « Je ne me suis pas adressé(e) au médecin traitant ou de garde car »

Les résultats concernant cette question sont présentés dans les figures 18, 19 et 19'.

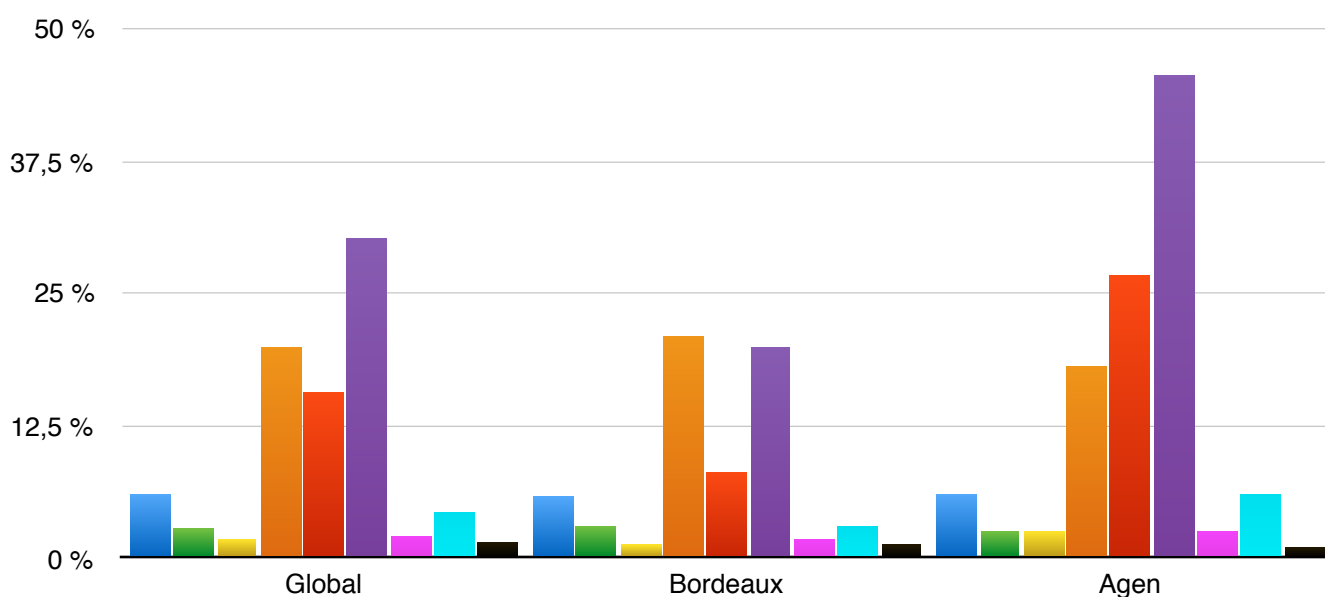
On peut voir que seul 2,08% des patients indiquent ne pas s'être adressé au médecin traitant par manque d'argent pour payer la consultation.

On peut également constater que près d'un patient sur cinq (19,79%) pensent que le médecin généraliste ne prend pas en charge le problème qui l'a amené aux Urgences.

Par ailleurs, un peu moins de la moitié des patients (15,63 + 30,21 = 45,84%) signale ne pas s'être adressé au médecin car ils pensaient que le médecin traitant était indisponible ou que c'était en dehors de ses horaires de consultation.

Figure 18 - Je n'ai pas joint mon Médecin Traitant ou le Médecin de Garde car (résultats globaux)

	Global	Bordeaux	Agen
Je n'habite pas la région	5,9 %	5,81 %	6,03 %
Je ne sais pas comment joindre mon médecin	2,78 %	2,91 %	2,59 %
J'habite la région mais je n'ai pas de médecin traitant	1,74 %	1,16 %	2,59 %
Les médecins généralistes ne prennent pas en charge ce type de problème	19,79 %	20,93 %	18,1 %
Je pense que mon médecin traitant n'était pas disponible	15,63 %	8,14 %	26,72 %
C'était en dehors des horaires de consultations de mon médecin traitant	30,21 %	19,77 %	45,69 %
Je n'ai pas d'argent pour payer le médecin	2,08 %	1,74 %	2,59 %
Le cabinet de mon médecin est éloigné	4,17 %	2,91 %	6,03 %
Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit au courant	1,39 %	1,16 %	1 %

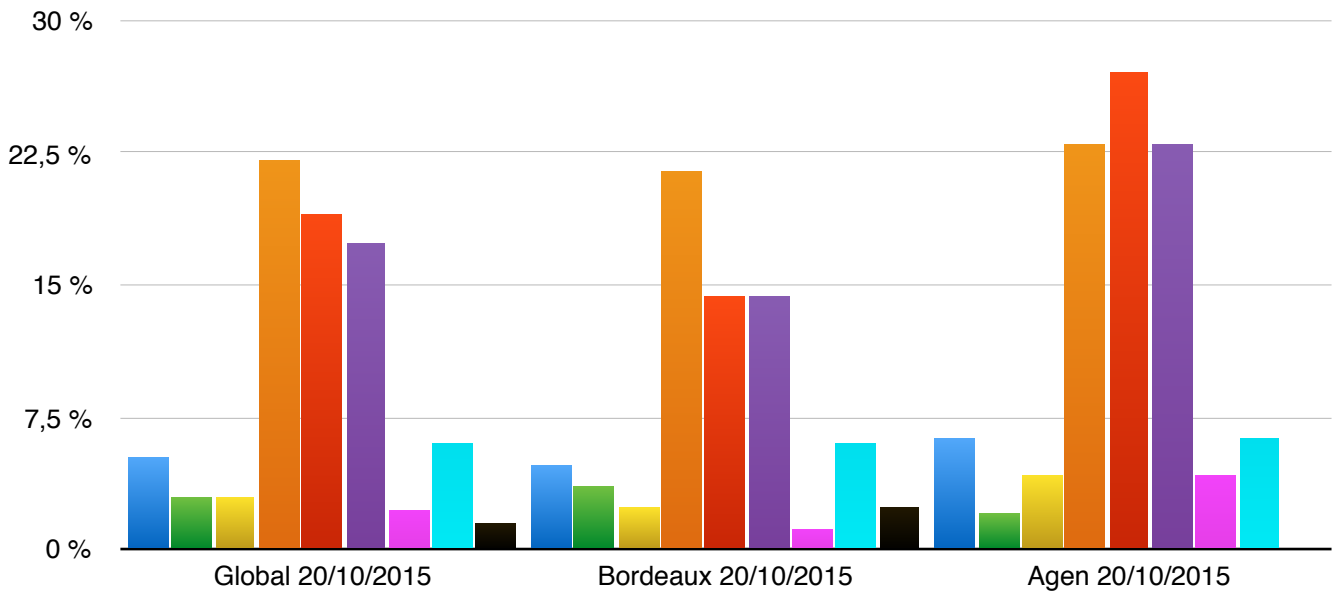


- Je n'habite pas la région
- Je ne sais pas comment joindre mon médecin
- J'habite la région mais je n'ai pas de médecin traitant
- Les médecins généralistes ne prennent pas en charge ce type de problème
- Je pense que mon médecin traitant n'était pas disponible
- C'était en dehors des horaires de consultations de mon médecin traitant
- Je n'ai pas d'argent pour payer le médecin
- Le cabinet de mon médecin est éloigné
- Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit au courant

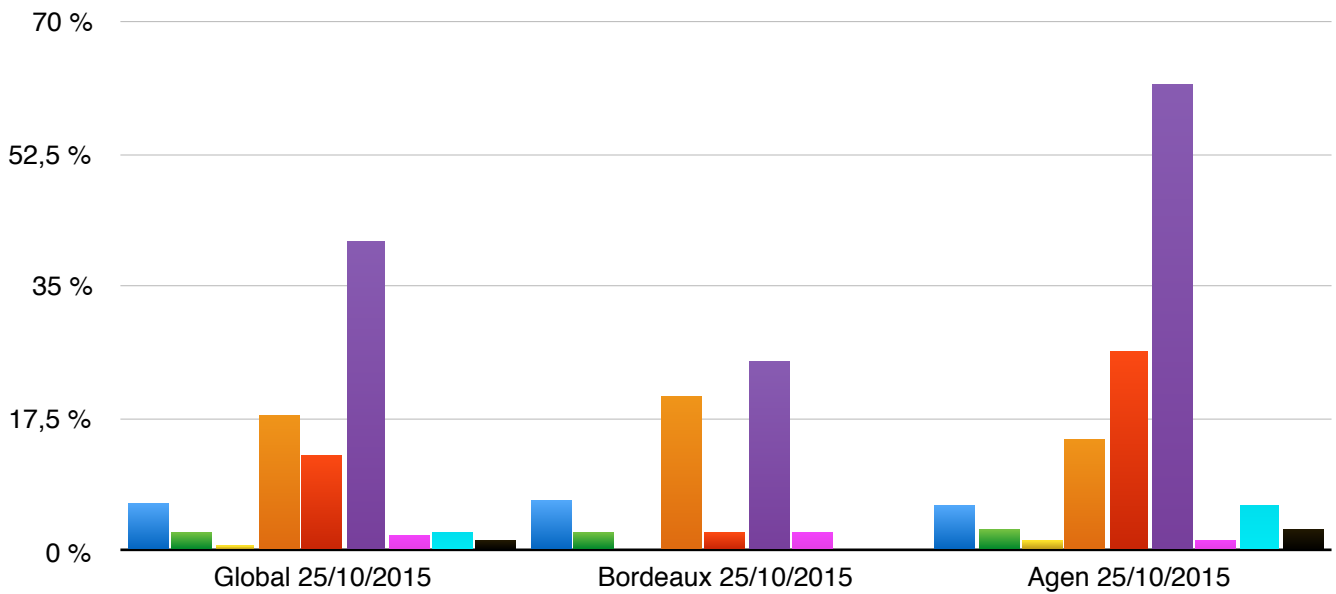
Figure 19 - Je n'ai pas joint mon Médecin Traitant ou le Médecin de Garde car (résultats par jour d'enquête)

	Global 20/10/15	Global 25/10/15	Bordeaux 20/10/15	Bordeaux 25/10/15	Agen 20/10/15	Agen 25/10/15
Je n'habite pas la région	5,3 %	6,41 %	4,76 %	6,82 %	6,25 %	5,88 %
Je ne sais pas comment joindre mon médecin	3,03 %	2,56 %	3,57 %	2,27 %	2,08 %	2,94 %
J'habite la région mais je n'ai pas de médecin traitant	3,03 %	0,64 %	2,38 %	0 %	4,17 %	1,47 %
Les médecins généralistes ne prennent pas en charge ce type de problème	21,97 %	17,95 %	21,43 %	20,45 %	22,92 %	14,71 %
Je pense que mon médecin traitant n'était pas disponible	18,94 %	12,82 %	14,29 %	2,27 %	27,08 %	26,47 %
C'était en dehors des horaires de consultations de mon médecin traitant	17,42 %	41,03 %	14,29 %	25 %	22,92 %	61,76 %
Je n'ai pas d'argent pour payer le médecin	2,27 %	1,92 %	1,19 %	2,27 %	4,17 %	1,47 %
Le cabinet de mon médecin est éloigné	6,06 %	2,56 %	5,95 %	0 %	6,25 %	5,88 %
Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit au courant	1,52 %	1,28 %	2,38 %	0 %	0 %	2,94 %

Figure 19' - Je n'ai pas joint mon Médecin Traitant ou le Médecin de Garde car (résultats par jour d'enquête)



- Je n'habite pas la région
- Je ne sais pas comment joindre mon médecin
- J'habite la région mais je n'ai pas de médecin traitant
- Les médecins généralistes ne prennent pas en charge ce type de problème
- Je pense que mon médecin traitant n'était pas disponible
- C'était en dehors des horaires de consultations de mon médecin traitant
- Je n'ai pas d'argent pour payer le médecin
- Le cabinet de mon médecin est éloigné
- Je ne souhaite pas que mon médecin traitant soit au courant



3.7. « Moyens de venue aux Urgences »

Les résultats concernant les moyens de venue aux Urgences sont présentés dans les figures 20 et 21.

Un tiers des patients (33,63%) est venu aux Urgences avec un moyen autre que leurs moyens personnels (Pompiers, SMUR, Ambulance privée).

Ce chiffre est plus important le mardi que le dimanche (41,03% contre 27,12%) car les patients venant de leur propre initiative sont plus nombreux le dimanche.

Figure 20 - Moyens de venue aux Urgences (résultats globaux)

	Global	Bordeaux	Agen
Moyens personnels	66,37 %	59,2 %	77,27 %
Pompiers, SMUR, Ambulance privée (donc après contact médical)	33,63 %	40,8 %	22,73 %

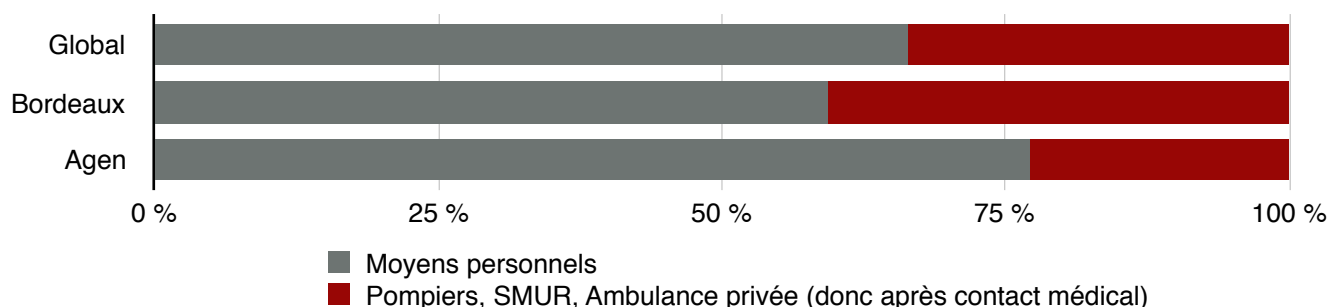
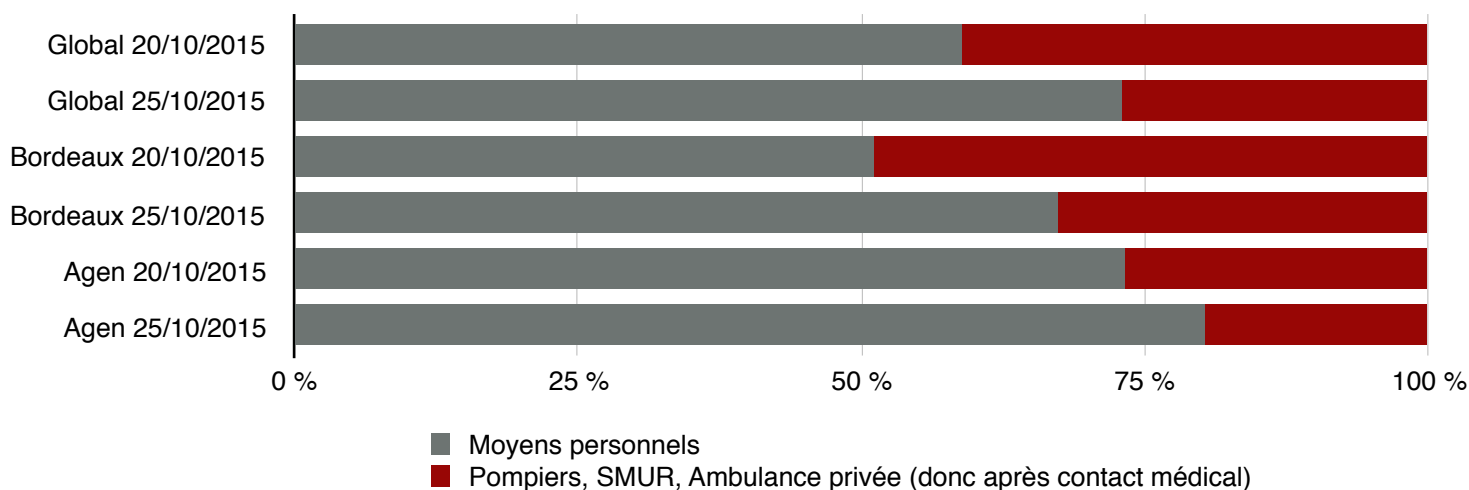


Figure 21 - Moyens de venue aux Urgences (résultats par jour d'enquête)

	Global 20/10/2015	Global 25/10/2015	Bordeaux 20/10/2015	Bordeaux 25/10/2015	Agen 20/10/2015	Agen 25/10/2015
Moyens personnels	58,97 %	72,88 %	51 %	67,33 %	73,21 %	80,26 %
Pompiers, SMUR, Ambulance privée (donc après contact médical)	41,03 %	27,12 %	49 %	32,67 %	26,79 %	19,74 %



4. INTERROGATIONS DES PATIENTS SUR DES OPINIONS PERSONNELLES

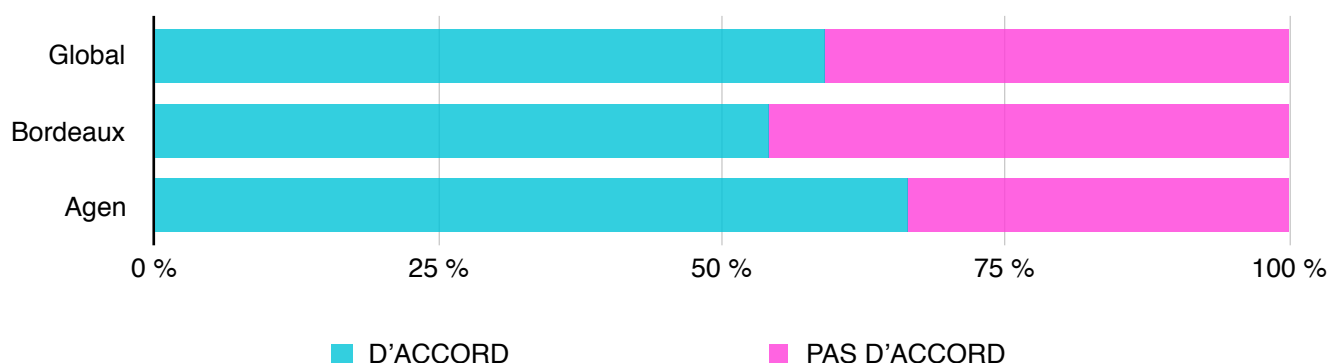
4.1. « On ne peut pas déranger les médecins traitants en dehors des horaires d'ouverture de cabinet »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 22.

59,03% des patients pensent ne pas pouvoir déranger leur médecin en dehors des horaires d'ouverture de leur cabinet. Ceux-ci sont plus nombreux à Agen qu'à Bordeaux (66,38% contre 54,07%).

Figure 22 - On ne peut pas déranger les médecins traitants en dehors des horaires d'ouverture du cabinet

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	59,03 %	54,07 %	66,38 %
PAS D'ACCORD	40,97 %	45,93 %	33,62 %



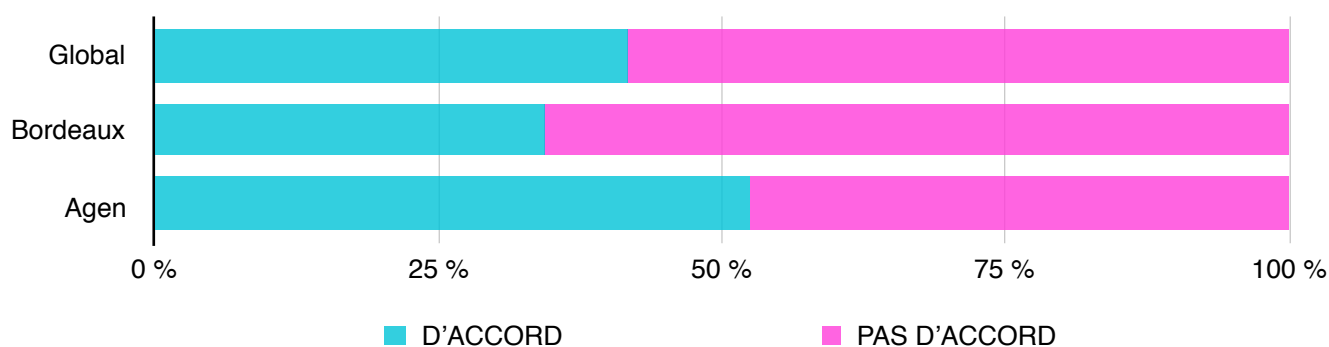
4.2. « Le médecin généraliste s'occupe des maladies, pas des urgences »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 23.

On peut voir que plus de 40% des patients pensent que le généraliste ne s'occupe pas des urgences mais uniquement du suivi des pathologies.

Figure 23 - Le médecin généraliste s'occupe des maladies, pas des urgences

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	41,67 %	34,3 %	52,59 %
PAS D'ACCORD	58,33 %	65,7 %	47,41 %



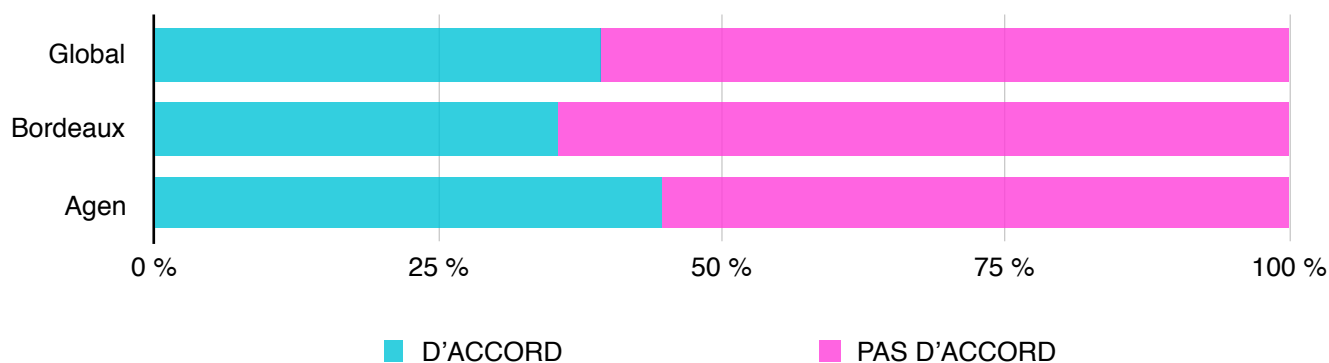
4.3. « En cas d'urgence on peut facilement savoir qui est le médecin de garde »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 24.

Ces résultats révèlent un manque d'information patient; près de deux tiers des patients (60,76%) ne savent pas comment joindre le médecin de garde. (Nous pouvons ajouter, même si cela ne paraît pas dans les résultats, que lors de la réalisation de l'enquête de nombreux patients avaient l'air de ne même pas savoir qu'il existait un médecin de garde.)

Figure 24 - En cas d'urgence, on peut facilement savoir qui est le médecin de garde

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	39,24 %	35,47 %	44,83 %
PAS D'ACCORD	60,76 %	64,53 %	55,17 %



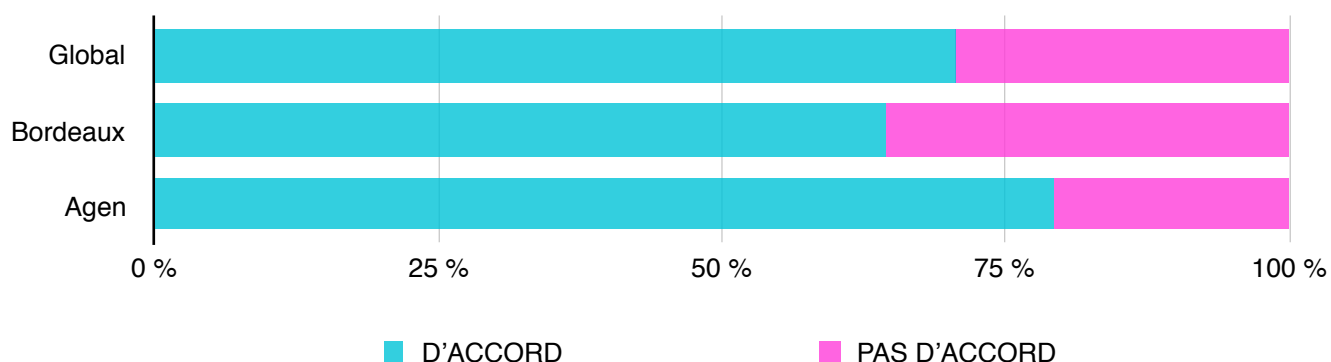
4.4. « En cas d'urgence on est mieux soigné à l'hôpital »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 25.

Plus de deux tiers des patients (70,49%) pensent être mieux soignés à l'hôpital en cas d'urgence. Ceci confirme les réponses obtenues à la question précédente « les médecins généralistes s'occupent des maladies, pas des urgences ».

Figure 25 - En cas d'urgence, on est mieux soigné à l'hôpital

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	70,49 %	64,53 %	79,31 %
PAS D'ACCORD	29,51 %	35,47 %	20,69 %



4.5. « À l'hôpital c'est gratuit »

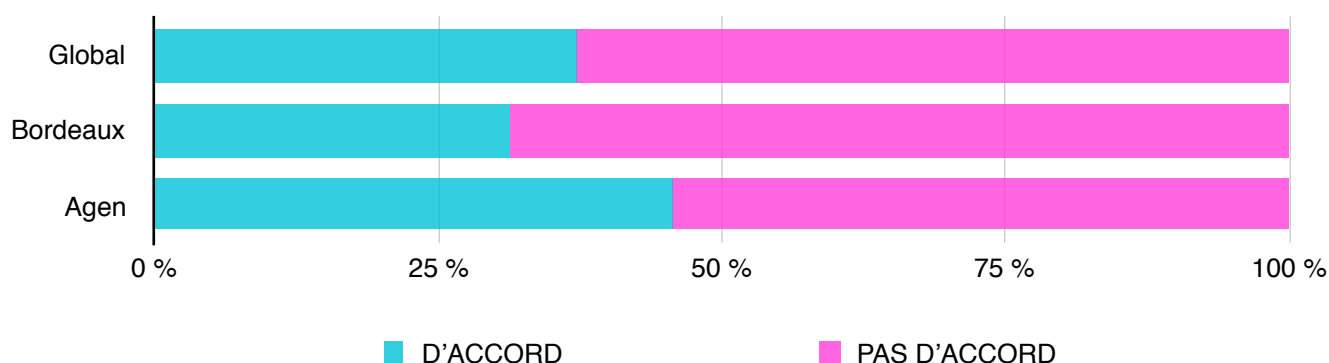
Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 26.

Près de deux tiers des patients (62,85%) pensent que l'hôpital n'est pas gratuit.

Il est nécessaire de modérer ces résultats. En effet la réponse à cette question n'a jamais été simple pour les patients. Les patients donnaient très souvent une double réponse (« oui c'est gratuit mais je paye indirectement » ou « non ce n'est pas gratuit même si je ne paye rien ce jour »). Lors de la réalisation de l'enquête, les enquêteurs ont eu l'impression que les patients avaient bien conscience que l'hôpital a un coût qui leur est facturé directement ou indirectement via leur cotisation à la sécurité sociale et aux organismes complémentaires.

Figure 26 - À l'hôpital c'est gratuit

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	37,15 %	31,4 %	45,69 %
PAS D'ACCORD	62,85 %	68,6 %	54,31 %



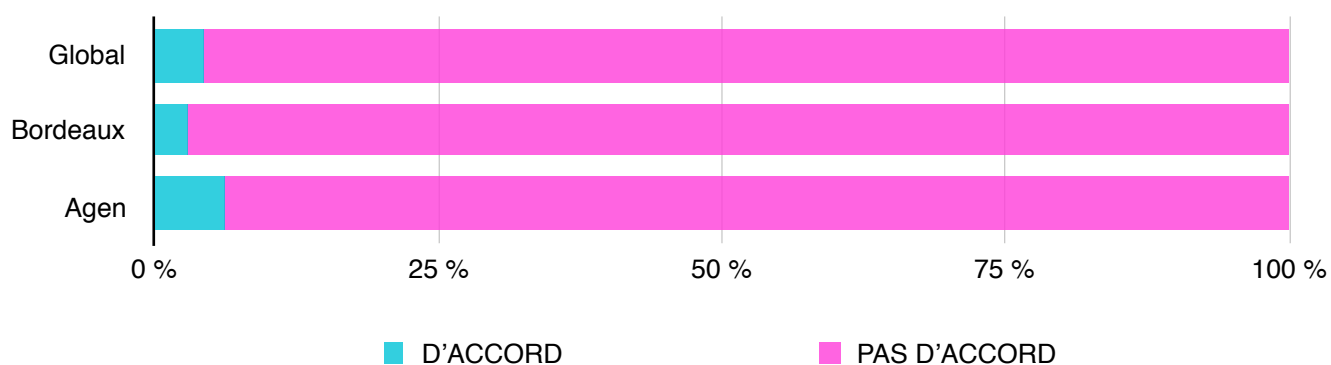
4.6. « On attend moins à l'hôpital »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 27.

Les patients, de manière très majoritaire (95,83%), savent qu'en venant à l'hôpital il devront attendre.

Figure 27 - On attend moins à l'hôpital

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	4,17 %	2,91 %	6,03 %
PAS D'ACCORD	95,83 %	97,09 %	93,97 %



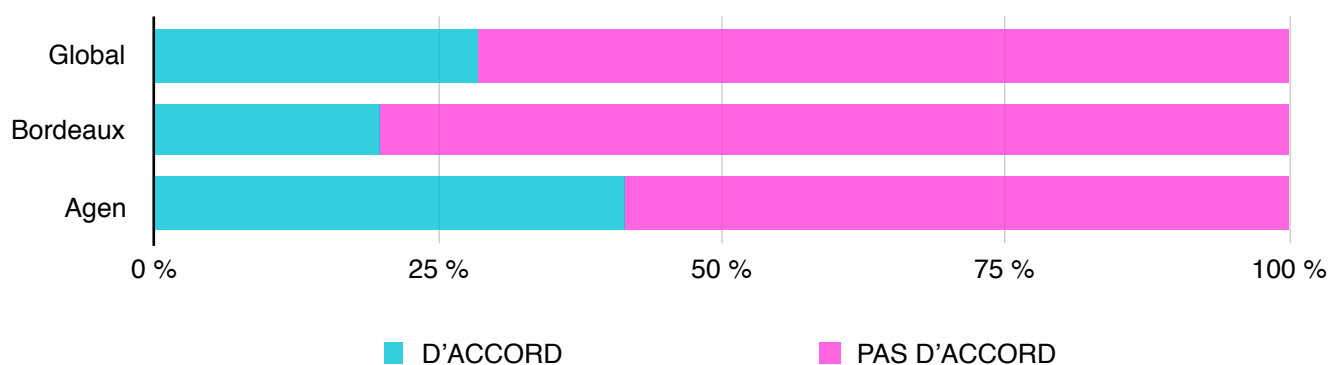
4.7. « L'hôpital c'est plus discret, plus anonyme »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 28.

Seuls 28,47% des patients pensent que l'hôpital est plus discret, plus anonyme que le cabinet du médecin de ville.

Figure 28 - L'hôpital c'est plus discret, plus anonyme

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	28,47 %	19,77 %	41,38 %
PAS D'ACCORD	71,53 %	80,23 %	58,62 %



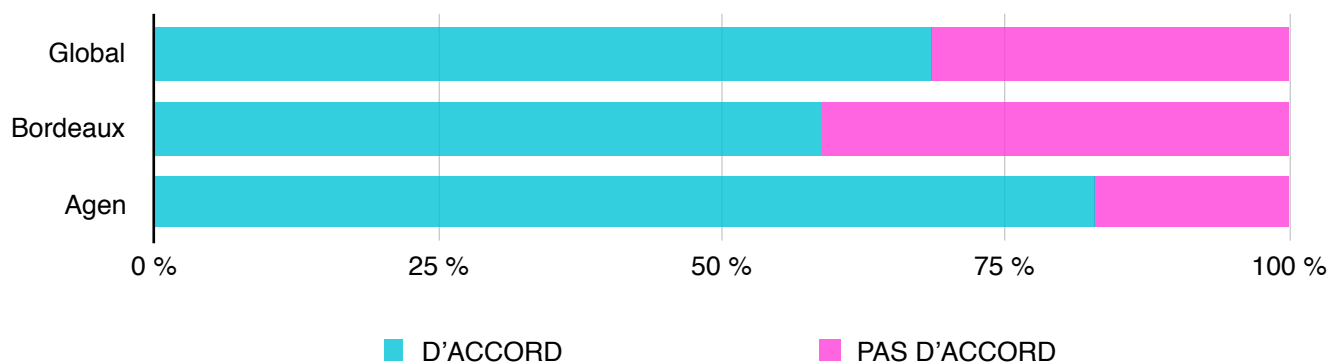
4.8. « À l'hôpital on peut tout faire au même endroit »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 29.

À Bordeaux, 58,72% des patients pensent pouvoir tout faire au même endroit en venant à l'hôpital. Ils sont 82,76% à penser cela à Agen.

Figure 29 - À l'hôpital on peut tout faire au même endroit

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	68,4 %	58,72 %	82,76 %
PAS D'ACCORD	31,6 %	41,28 %	17,24 %



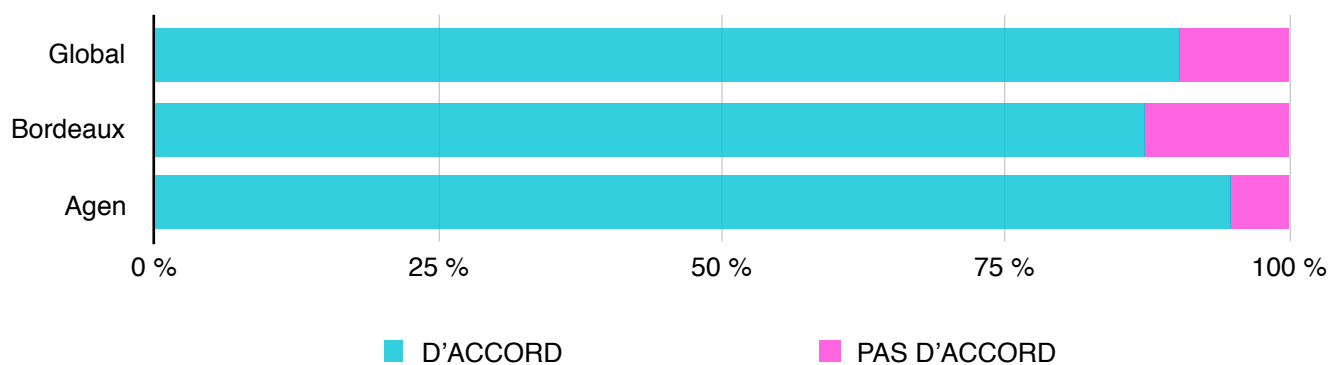
4.9. « À l'hôpital il y a toujours quelqu'un »

Les résultats concernant l'avis des patients vis-à-vis de cette affirmation sont présentés dans la figure 30.

La grande majorité des patients (90,28%) sait qu'à l'hôpital, il y a toujours quelqu'un pour prendre en charge leur problème.

Figure 30 - À l'hôpital il y a toujours quelqu'un

	Global	Bordeaux	Agen
D'ACCORD	90,28 %	87,21 %	94,83 %
PAS D'ACCORD	9,72 %	12,79 %	5,17 %



IV. DISCUSSION

Dans la discussion, nous allons traiter plusieurs points.

Tout d'abord nous allons aborder quelques commentaires ou remarques concernant les résultats obtenus dans notre enquête. En effet certains résultats nécessitent quelques compléments d'explications. Par ailleurs, nous avons émis des hypothèses pour justifier certains résultats.

Après cela, nous verrons les limites de cette étude ainsi que les problèmes rencontrés lors de la réalisation de celle-ci.

Ensuite, nous avons jugé utile de comparer les résultats de notre enquête avec les données françaises puis avec les données internationales.

Enfin, nous avons souhaité discuter d'une part du problème de la définition de l'urgence, et d'autre part des données concernant les bénéficiaires de la CMU.

1. **COMMENTAIRES CONCERNANT LES RÉSULTATS**

1.1. Concernant les résultats vis-à-vis de la complémentaire santé

La proportion importante de patients n'ayant pas de complémentaire nous a interrogé.

Nous émettons trois hypothèses:

- la question était mal formulée et nous aurions dû demander aux patients s'ils avaient une « mutuelle » plutôt qu'une « complémentaire santé »,
- le coût des complémentaires est élevé et par conséquent de nombreuses familles n'en prennent pas,
- des patients ont pu répondre qu'ils n'avaient pas de complémentaire santé alors qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU.

Nous nous sommes également demandés si les patients qui n'avaient pas de couverture complémentaire étaient conscients, lors de leur venue, qu'ils allaient recevoir, dans les jours suivant leur passage, la facture correspondant à cette part complémentaire.

1.2. Concernant les réponses à la question « Je suis venu ici car »

Nous avons vu dans les résultats une proportion de patients disant « venir à l'hôpital en cas de problème », « venir car c'est ouvert 24h sur 24 », « venir car le médecin traitant est indisponible », et « venir car on peut tout faire sur place » plus importante à Agen qu'à Bordeaux.

Pour expliquer cette différence, nous proposons les hypothèses suivantes:

- la densité de médecins généralistes moins importante dans le Lot-et-Garonne (92 pour 100000 habitants) qu'en Gironde (134,33 pour 100000 habitants) [20] explique peut-être cette différence.

- la présence de SOS Médecin en Gironde (contrairement au Lot-et-Garonne) est peut-être un recours pour des patients qui seraient allés aux Urgences.

1.3. Concernant la question « êtes-vous venu(e) de votre propre initiative? »

Les hypothèses pour expliquer la plus grande proportion de patients disant venir de leur propre initiative aux Urgences d'Agen par rapport à Bordeaux, sont les mêmes qu'au chapitre précédent.

Il est fort probable qu'en Gironde SOS Médecin constitue un filtre pour des patients qui se rendraient sinon aux Urgences.

1.4. Concernant la question « qui vous a indiqué de vous rendre aux Urgences? »

On constate dans la proportion de patients adressés par le centre 15, à Agen, une différence entre le mardi (19,64%) et le dimanche (10,53%).

Nous pensons que cela s'explique par le fait qu'il n'y ait pas, à Agen, de régulation libérale (donc pas de médecin généraliste qui régule) les jours ouvrables contrairement au dimanche. N'étant pas médecins généralistes, les médecins qui régulent les jours ouvrables ont peut-être moins de facilité pour apporter une solution aux patients sans les adresser aux Urgences (moins bonne connaissance de la médecine de ville, moins de contact en ville pour adresser un patient).

1.5. Concernant l'item « après avoir joint le médecin traitant »

Aucun patient n'a répondu que le répondeur du médecin traitant indiquait d'appeler le médecin de garde. Peut-être la question était-elle mal formulée? Nous aurions peut-être dû demander si le répondeur indiquait d'appeler le centre 15.

Par ailleurs, à Bordeaux on constate près de trois fois plus de patients adressés aux Urgences après examen (9,95%) qu'à Agen (3,79%). Ceci conforte ce que nous avons vu dans les items précédents: les patients ont plus tendance à venir spontanément aux Urgences à Agen qu'à Bordeaux.

1.6. Concernant l'item « en cas d'urgence on peut facilement savoir qui est le médecin de garde »

Une grande partie des patients ignorant comment joindre le médecin de garde, cela interroge sur le bon usage du centre 15 (qui permet d'être mis en relation avec celui-ci).

1.7. Concernant l'item « à l'hôpital on peut tout faire au même endroit »

On constate une différence dans les réponses entre Bordeaux et Agen.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'à Agen toutes les spécialités sont prises en charge en un même lieu. Ceci n'est pas le cas à Bordeaux; au CHU les différentes spécialités sont réparties sur plusieurs sites géographiques différents. Il est possible que les patients soient au courant de cette organisation.

2. À PROPOS DE L'ÉTUDE

2.1. Difficulté d'accès à la CISP

Comme cela a été expliqué dans le chapitre « méthode », pour la réalisation du questionnaire, l'URPS Médecins Libéraux Aquitaine souhaitait initialement utiliser la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Ceci n'a pas été possible car celle-ci est propriété de la WONCA.

Nous avons au départ perçu ceci comme un problème (standardisation dans la classification des symptômes impossible).

Il s'avère finalement que cela n'a pas eu d'incidence sur l'étude et c'est peut-être même mieux de ne pas avoir eu accès à cette CISP. En effet le recueil des symptômes ayant amené les patients aux Urgences ne faisait pas partie des objectifs de l'étude. Nous nous intéressions aux motivations pour venir aux Urgences.

Le fait de ne pas avoir eu accès à la CISP et donc de ne pas avoir pu classer les symptômes permet de ne pas brouiller ou parasiter les résultats apportés par l'étude.

2.2. Problème avec le questionnaire

Nous avons constaté lors de la réalisation de l'enquête que certains items du questionnaire étaient mal formulés et certains manquaient. Par exemple, l'item concernant le statut vis-à-vis de la CMU est imprécis (il aurait été nécessaire de différencier la CMU et la CMU complémentaire); celui concernant la complémentaire santé est sûrement mal formulé (il aurait probablement fallu utiliser le terme de « mutuelle » pour interroger les patients).

De plus, il aurait peut-être été pertinent, concernant les données socio-économiques, de faire un item pour l'Aide Médical d'État (AME).

Il aurait été plus simple pour l'analyse des résultats de prévoir un item « patient capable de répondre aux questions ou non ». En effet, le problème des patients ne pouvant répondre (confus, alcoolisés, comateux, non francophones...) n'avait pas été anticipé, et ceci a rendu le traitement des données recueillies plus difficile.

Pour la question « après avoir joint le médecin traitant », il aurait sans doute été plus pertinent de proposer comme réponse que le répondeur du médecin indiquait de joindre le centre 15 plutôt que le médecin de garde (la grande majorité des répondeurs de médecins généralistes indiquant d'appeler le 15 en cas d'urgence).

Enfin, pour l'item « on ne peut pas déranger les médecins traitants en dehors des horaires d'ouverture du cabinet » la question est mal formulée. En effet, on interroge le patient avec une question négative; ceci peut entraîner des réponses ambiguës.

2.3. Problème du nombre d'enquêteurs

Il est apparu comme évident lors de la réalisation de l'enquête que le nombre d'enquêteurs (deux par lieu d'enquête) était insuffisant, surtout à Bordeaux. Ceci peut avoir nui à la qualité du recueil des données et surtout cela participe au fait que certains patients, à Bordeaux, n'aient pas pu être inclus.

2.4. Problème des patients non inclus

Comme nous l'avons signifié dans la partie « résultats », des patients, sur le site de Bordeaux n'ont pas pu être inclus dans l'étude.

Il n'ont pas pu être inclus pour diverses raisons:

- Patients très graves ou très urgents qui entraient dans l'hôpital « rapidement » (vers la salle de « déchocage », vers l'unité neuro-vasculaire, vers le chirurgien pour traumatisme rachidien...) (ces derniers représentant un petit nombre de patients).
- Afflux trop nombreux de patients. Une infirmière du service se chargeait de faire les admissions en parallèle de l'infirmière d'accueil et d'orientation pour essayer d'accélérer la prise en charge et de réduire le temps d'attente pour les patients. (Ce motif est le principal responsable des patients non inclus).
- Nombre insuffisant d'enquêteurs. Certains patients n'ont pas pu être inclus dans l'étude car les deux enquêteurs étaient déjà occupés avec d'autres patients alors que ceux-ci étaient vus par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

2.5. Problème de l'absence de standardisation dans la manière de poser les questions

En effet, il est apparu lors de l'analyse des résultats que la manière de poser les questions pouvaient peut-être influencer les réponses.

Par exemple, pour la question « pourquoi êtes-vous venu(e) ici ? », selon la manière dont est posé la question et dont elle est expliquée, les patients pouvaient se sentir obligés de « justifier » leur venue.

Un autre exemple est la question « à l'hôpital c'est gratuit ». Les patients avaient tendance à demander des précisions, à ne pas donner une réponse tranchée. Selon les explications ou la réaction de l'enquêteur, on peut penser que cela a pu influencer certains patients dans leur réponse définitive.

Il paraît nécessaire, en cas de renouvellement d'une enquête similaire, de réunir tous les enquêteurs et de définir une manière standardisée d'interroger les patients.

2.6. Problème du questionnaire posé aux patients par des « blouses blanches »

Le fait que le questionnaire ait été posé par des enquêteurs médecin ou infirmière a pu être responsable chez les patients d'un sentiment de devoir se justifier. Il ont pu avoir l'impression qu'on parlait du principe qu'ils ne devaient pas être là et qu'on leur demandait de s'expliquer.

Par ailleurs, certains patients ont pu être gênés d'évoquer un éventuel problème financier comme motivation pour venir aux Urgences.

Il paraît malgré tout plus pertinent de faire poser ce type de questionnaire par des enquêteurs étant professionnels de santé.

3. À PROPOS DES RÉSULTATS

3.1. Comparaison aux enquêtes de la DRESS publiées en 2003 et 2014

Il paraît intéressant de commencer la comparaison de nos résultats avec les deux études de la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des Statistiques (DRESS) faites en 2003 et en 2014. Ceci permet en effet de confronter nos résultats à deux études « institutionnelles ».

En 2003, la DRESS, dans son enquête [21], retrouvait à peine plus d'un quart des patients qui avait essayé de joindre leur médecin traitant avant de se rendre aux Urgences. Dans 20% des cas, les patients ne l'avaient pas joint car c'était hors horaires de rendez-vous.

Cette enquête montrait que 62% des arrivants aux Urgences venaient de leur propre initiative.

Dans les motifs les plus fréquemment cités pour venir, l'enquête affichait:

- des motifs liés à la praticité: proximité de l'hôpital (47%), besoin de régler rapidement le problème (38%),
- l'urgence ressentie (les patients pensaient que c'était grave) (32%),
- La disponibilité de l'offre de soins: le patient pensait avoir des examens complémentaires à faire (44%) ou pensait avoir besoin d'un avis spécialisé (43%).

Pour expliquer ces chiffres, les auteurs de l'enquête énoncent que les patients ont une familiarité avec l'hôpital (près de trois quart des patients interrogés dans l'enquête étaient déjà venus pour eux ou leur famille) et qu'ils méconnaissent le système de soins en ville (20% ne savent pas qu'il existe un médecin de garde dans la commune de survenue de leur problème).

En 2014, la DRESS, dans une autre enquête [22], retrouve les motivations suivantes pour venir aux Urgences:

- praticité: besoin de régler rapidement un problème de santé (27%), proximité géographique (22%), prise en charge en dehors des horaires de travail (3%),
- urgence ressentie: gravité présumée par le patient (20%), angoisse du patient (10%),
- disponibilité de l'offre de soins: possibilité de réaliser des examens complémentaires (23%), de consulter un spécialiste (12%),
- difficulté pour se soigner en médecine de ville: absence du médecin traitant (6%), impossibilité de trouver un rendez-vous rapidement pour des examens complémentaires (5%),
- Gratuité (2%).

Dans cette enquête également, les auteurs retrouvent 62% des patients qui viennent aux Urgences de leur propre initiative, qu'ils aient pris conseil ou non auprès d'un professionnel de santé.

On retrouve donc dans ces deux enquêtes de la DRESS [21] [22], comme dans notre étude, une forte proportion de patients qui décident eux-mêmes de venir aux Urgences.

On constate également que l'urgence ressentie par le patient joue un rôle important dans sa venue aux Urgences.

Enfin, beaucoup de patients disent venir pour le côté « pratique » offert par les Urgences et la disponibilité des soins sur place. Ce sont en fait les « services »

offerts par les Urgences hospitalières qui motivent ces patients (rapidité, proximité, pas de rendez-vous, spécialistes et examens complémentaires faisables sur place...).

3.2. Comparaison aux autres travaux effectués en France

Nous avons souhaité par la suite apprécier nos résultats à la lumière des travaux déjà effectués en France sur le même sujet.

3.2.1. Travaux prenant en compte tous les patients se présentant aux Urgences

Dans une étude réalisée à Marseille en 2004 [23], les auteurs relèvent que 73% des patients viennent sans avoir vu de médecin au préalable.

Ils constatent que la décision de venir est prise très rapidement par le patient (dans 67,3 % dans l'heure qui suit l'apparition des symptômes).

45,3 % des patients déclarent que la présence du plateau technique aux Urgences a été déterminant dans leur choix de venir.

Concernant les motivations pour venir, plus d'un tiers (35,2%) vient par choix personnel (coté pratique, urgence ressentie).

Enfin, on retrouve dans cette étude une méconnaissance de la permanence des soins puisque plus de la moitié (57%) des patients disent ne pas savoir si leur médecin fait des gardes.

Dans une étude réalisée dans dix services d'urgence de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2012 [24], les auteurs retrouvent 79,3% de patients auto-référés contre 16,1% adressés par un médecin de premier recours et 4,6% venus pour raison médico-légale (police, employeur).

Dans cette étude, nous retrouvons comme motivations pour venir aux Urgences le niveau de douleur et d'inconfort cité dans 35,6% des cas, et l'anxiété générée par le problème de santé citée dans 29,9% des cas.

Dans une étude pour une thèse réalisée à Cambrai en 2015 [25], les patients ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas consulté leur médecin traitant. Les motifs les plus fréquemment énoncés sont:

- le patient n'a pas eu le choix (25,5%) (amené par les pompiers, le SAMU...),
- le problème leur paraissait trop grave pour être géré par le médecin généraliste (23,2%),
- le cabinet du médecin était fermé (17,2%); le médecin était absent (3,7%); le médecin ne consultait que sur rendez-vous (15%),
- l'habitude de venir aux Urgences (3%).

On retrouve également dans cette étude une méconnaissance de la permanence des soins. En effet, près de deux tiers (64,2%) des patients ne connaissent pas l'existence du médecin de garde; et 78,8% ne savent pas comment le joindre.

Dans cette étude, il a été demandé aux patients s'ils seraient prêt à se rendre chez le médecin de garde. Un peu moins de la moitié serait prêt à le faire. Parmi ceux qui ne seraient pas prêts à aller chez le médecin de garde, 55,5% disent qu'il est plus simple de venir aux Urgences.

Enfin, dans une étude ayant eu lieu également à Marseille en 2009 [26], les principaux motifs énoncés pour avoir eu recours aux Urgences sont le besoin d'une réponse rapide à un symptôme douloureux (65,8%), l'accès au plateau technique (37,6%), la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville (22,3%).

Il est à noter que plus de deux tiers disent qu'il accepteraient d'être ré-orientés vers une autre structure que les urgences après avoir été vus par l'infirmière d'accueil et d'orientation.

On constate également un profil de patients précaires. En effet, parmi les patients évalués comme relevant de la médecine de ville par l'infirmière d'accueil et d'orientation 23,5% sont bénéficiaires de la CMU.

Au final, on peut constater des résultats concordant avec notre étude. Effectivement, on retrouve une majorité de patients qui viennent de leur propre initiative. Beaucoup viennent aux Urgences pour le côté pratique et les « services offerts » (proximité, facilité d'accès, plateau technique, difficulté d'obtenir les soins en ville).

On retrouve dans l'étude [25] une proportion de patients comparable à notre étude qui pensent que leur problème ne pouvait être pris en charge par un médecin généraliste.

Enfin, on note, comme dans notre étude, une méconnaissance importante du système de permanence des soins ambulatoires.

3.2.2. Travaux ne prenant en compte que les patients auto-référés aux Urgences

Dans une étude pour une thèse [27] ayant eu lieu à Angers et Saumur en 2012 on retrouve 61% des patients qui jugeaient que leur problème de santé ne pouvait être pris en charge par le médecin généraliste.

Dans cette étude, 10,5% des patients ont essayé de joindre leur médecin traitant avant de venir; mais ils viennent quand même aux Urgences car leur médecin était indisponible (56,9%) ou car le délai proposé est jugé trop long (30,8%). Les patients n'ayant pas essayé de joindre leur médecin sont largement majoritaires (89,5%); ils indiquent les raisons suivantes:

- ils souhaitent une prise en charge immédiate pour être soulagé (57,3%),
- ils souhaitent bénéficier du plateau technique (31,3%),
- le problème est survenu hors horaire du cabinet de leur médecin (37,7%),
- ils jugent l'accès aux soins plus facile aux Urgences (20,5%).

Dans une étude réalisée en 2015 à Bordeaux pour une thèse [14], on retrouve une proportion comparable de patients jugeant que le médecin généraliste ne pouvait pas prendre en charge leur problème (66%).

Les motifs énoncés pour venir sont:

- urgence ressentie: peur de la gravité des symptômes (40%), pensait avoir besoin d'être hospitalisé (5%),
- praticité: facilité d'accès et rapidité (12,5%),

- disponibilité de l'offre de soins: pensait avoir besoin d'examens complémentaires (22,5%).

Une étude réalisée à Nanterre en 2009 [28] retrouve des motifs de recours semblables:

- praticité: besoin personnel que le problème soit réglé rapidement (87,3%), proximité (49,7%),
- offre de soins: accès au plateau technique (74%), nécessité d'un avis spécialisé (64,1%),
- urgence ressentie: sentiment de gravité (26,5%),
- difficulté pour être pris en charge en ville: non connaissance d'un médecin (9,4%), absence du médecin traitant (2,8%),
- gratuité des soins (9,9%).

Cette étude retrouve elle aussi une méconnaissance de la part des patients de la permanence des soins puisque plus de la moitié (57,1%) dit ignorer comment contacter le médecin de garde.

Dans une étude réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie en 2014 dans le cadre d'une thèse [29], les patients justifient le fait de ne pas avoir contacté leur médecin traitant par:

- offre de soins: nécessité supposée de bénéficier du plateau technique (36,9%), nécessité supposée de bénéficier d'un geste technique (28%), nécessité supposée d'avoir un avis spécialisé (12%),
- difficulté à être pris en charge en ville: horaires inappropriés (26,4%), week-end (27,2%), difficulté de prendre un rendez-vous avec le médecin traitant (16%),
- dispense d'avance des frais (0,8%).

Une autre étude réalisée à Nantes en 2013 pour une thèse [30] constate des résultats semblables concernant les raisons énoncées de recours aux Urgences en première intention:

- praticité: nécessité d'une prise en charge immédiate (65%), rapidité de prise en charge (43%),
- offre de soins: disponibilité des examens complémentaires (52%),
- difficulté à être pris en charge en ville: médecin libéral non disponible (32%), pas de place chez le médecin traitant (17%),
- Dispense d'avance des frais (4%).

Cette étude met elle aussi en avant une méconnaissance du système de permanence des soins ambulatoires. En effet, 90% des patients disent ne pas connaître les Maisons Médicales de Garde et 18% ne pas connaître SOS Médecin.

En revanche plus d'un tiers des patients sait qu'une consultation simple aux Urgences coûte plus cher que chez le médecin généraliste.

En Haute-Normandie en 2013, une étude [31] avec 58,5% de patients auto-référés dont neuf sur dix n'ont pas essayé de joindre leur médecin avant de venir, retrouve les motifs de recours principaux suivants:

- praticité: plus pratique et/ou plus rapide de venir à l'hôpital (29,3%),

- difficulté à être pris en charge en ville: hors horaires du cabinet du médecin (10,7%), médecin habituel absent (4,5%), délai de consultation avec le médecin jugé trop long (4,5%),
- offre de soins: délai plus court pour obtenir des radiographies (7,8%),
- médecin traitant jugé non compétent pour le problème présenté (10,2%),
- dispense d'avance des frais (0,6%).

Enfin, dans une étude menée à Lyon en 2001 [32], les patients ont été interrogés sur leur motivation pour avoir consulté aux Urgences et sur les raisons pour lesquelles ils ne sont pas allés voir le médecin de ville.

Les motivations principales pour venir aux Urgences sont:

- la proximité par rapport au domicile (48,9%),
- le fait que la structure soit adaptée selon les patients pour traiter rapidement un problème (70,2%),
- la non nécessité de rendez-vous (34%),
- le tiers payant (5,7%).

Les raisons évoquées par les patients pour ne pas être allés consulter le médecin de ville sont:

- n'a pas le matériel nécessaire (53,8%),
- n'est pas apte à traiter le problème (23,7%),
- ne reçoit pas assez vite (46,6%),
- n'assure pas les urgences (23,3%).

Au final, les résultats sus-cités sont concordants avec notre enquête.

Beaucoup de patients viennent aux urgences pour le côté pratique et l'offre de soins qui s'y trouve (c'est ouvert 24h sur 24, il ne faut pas de rendez-vous, c'est facile d'accès, on peut faire sur place tous les examens complémentaires et obtenir des avis spécialisés...).

De nombreux patients justifient leur venue par une difficulté à être pris en charge en ville (délai long, médecin indisponible, week-end...).

Comme dans notre étude le médecin généraliste est souvent perçu comme non compétent ou non équipé pour prendre en charge le problème présenté.

Le motif financier paraît un motif marginal de recours aux Urgences.

On constate, au travers de ces différentes études, qu'il y a un sentiment d'urgence qui est souvent ressenti par le patient, mais aussi et surtout une envie que la prise en charge soit rapide (« besoin de régler rapidement le problème », « le médecin ne reçoit pas assez vite », « délai plus court aux urgences pour obtenir une radiographie »).

Il est frappant, au travers des études citées dans ce chapitre « comparaison aux autres travaux effectués en France », de voir que les patients se font eux-mêmes leur avis sur les soins dont ils estiment avoir besoin (quel médecin, quels examens complémentaires, quel avis spécialisé, quel geste technique...) et viennent aux urgences pour les obtenir.

On a le sentiment, au travers de notre étude et des études sus-citées, que beaucoup de patients viennent soit parce qu'ils espèrent une solution rapide à un

problème de santé (qui, lui, n'est pas nécessairement urgent ou grave), soit parce qu'ils ont estimé avoir besoin d'une prise en charge qui pouvait se faire plus facilement aux urgences (« le médecin généraliste ne prend pas en charge ce problème », le délai pour obtenir tel ou tel examen est perçu comme plus rapide).

Il est étonnant que les patients ne se réfèrent pas plus à un professionnel de santé (centre 15) pour être guidés dans la prise en charge la plus adaptée médicalement à leur problème. En effet, c'est l'essence même du centre 15 de gérer rapidement les problèmes de santé de la population (c'est une solution qui est présente partout et tout le temps). Le centre 15 paraît être une structure adaptée mais méconnue par les patients.

3.3. Comparaison aux données internationales

Il nous est enfin apparu important de confronter nos résultats à ceux d'études internationales.

3.3.1. Belgique

Dans une étude de Benahmed et al on retrouve 63,6% de patients auto-référés dans des services d'urgence pédiatrique en 2012 [33].

Parmi les passages perçus par les parents eux-mêmes comme n'étant pas des urgences vitales:

- plus d'un tiers (37,3%) des parents a dit avoir le sentiment d'une urgence modérée qui aurait pu attendre le lendemain de voir le médecin,
- plus d'un tiers (36%) des parents pensait que les soins nécessaires n'étaient pas réalisables chez le médecin,
- 13,8% des parents ont dit qu'ils n'étaient pas en mesure de voir un médecin dans un délai raisonnable,
- 12,8% des parents ont dit utiliser les urgences en premier recours.

L'enquête de santé 2013 de l'institut scientifique de santé publique belge [34] rappelle qu'il est difficile d'enquêter sur ce sujet car il n'existe pas de définition précise de ce qu'est un « cas urgent » ou une « utilisation appropriée des services d'urgences ».

Parmi les personnes interrogées dans l'enquête, 76% se sont présentées aux Urgences sans avoir été adressées par un médecin.

Les patients ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils sont venus aux Urgences plutôt que d'aller chez le médecin de ville (résultats exprimés en pourcentage du nombre total de réponses; plusieurs réponses étaient possibles par patient):

- problème urgent ou grave (48,4%),
- hôpital ouvert 24h sur 24 (27,5%),
- tous les examens nécessaires sont réalisables au même moment (13,4%),
- proximité géographique (5,7%),
- pas de frais de consultation immédiats (3%),
- le traitement aux Urgences est le meilleur possible (1%),
- Autre (1%).

Dans un rapport étudiant l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours aux services d'urgences [35], le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé rappelle que le recours aux Urgences ne se fait pas uniquement pour un motif financier. Il indique comme déterminants pour se rendre aux Urgences les éléments suivants:

- type de plainte,
- accessibilité à tous les services,
- perception du délai d'attente,
- perception de gratuité des soins,
- confiance en les services d'urgence,
- méconnaissance des solutions alternatives.

Ce rapport précise en outre qu'un forfait financier est perçu par les patients comme limitant l'accès aux soins.

On constate donc que les motivations pour aller aux Urgences sont similaires en Belgique à celles retrouvées dans notre étude et dans les autres études françaises. L'urgence ressentie par le patient joue un rôle, mais celui prend également en compte des considérations non médicales (proximité, ouverture 24h sur 24, rapidité de résolution du problème de santé...).

3.3.2. Suisse

Dans un article de 2006 [36], les auteurs signalent que les données suisses concernant ce sujet sont rares mais ils citent une étude de Santos-Eggimann B. et Halton P. ayant eu lieu en 2000 au CHU Vaudois à Lausanne.

Dans cette étude, la majorité des patients consultait pour un problème survenu depuis moins de douze heures.

La moitié des patients s'était rendu aux Urgences sur conseil d'un médecin.

Un tiers des patients justifiait leur venue par la facilité d'accès et par l'excellence des soins à l'hôpital (ainsi que par le fait que tous les soins puissent être faits sur place).

Selon les auteurs, ces données confirment que les patients peuvent avoir tendance à voir les Urgences comme le supermarché de la santé.

Il est à noter qu'un tiers des patients signalait ne pas savoir où aller en cas de problème de santé urgent.

Les auteurs rappellent dans leur conclusion qu'il n'y a pas de définition consensuelle de ce qu'est une urgence, qu'il n'existe pas d'outils fiables pour la reconnaître et qu'il n'existe pas de consensus sur le rôle exact des urgences.

3.3.3. Espagne

Dans une étude faite dans la région de Valence en 2001 [37], on retrouve 79% de patients qui se présentent d'eux-mêmes aux Urgences.

Parmi ces patients:

- 51,1% disent avoir plus confiance en les Urgences qu'en la médecine de premier recours,

- 9,4% justifient leur venue par des délais plus rapides pour accéder aux soins (examens complémentaires, avis spécialisés...),
- 9,0% affirment manquer d'information sur les alternatives disponibles aux Urgences.

On retrouve donc dans les réponses données par les patients des items que nous avons pu constater dans notre étude et dans les autres études françaises.

Les auteurs de cette étude concluent qu'il y a beaucoup de passages inappropriés aux Urgences, car:

- les patients ont une meilleure confiance en les Urgences qu'en le médecin de premier recours,
- l'accès y est plus facile que pour le médecin de premier recours (convenance personnelle du patient).

3.3.4. Italie

Dans une étude italienne faite dans la province de Macerata en 2008 [38], ce qui ressort le plus comme motivation pour recourir aux Urgences est la possibilité de faire rapidement tous les examens complémentaires et les consultations spécialisées.

Les auteurs de l'étude précisent que ce qui pousse le patient à aller aux Urgences plutôt que chez le médecin généraliste est la perception du besoin urgent de soins médicaux et les conditions socio-démographiques.

Enfin, les auteurs indiquent dans l'analyse de leurs résultats qu'une part des patients pensent nécessiter des soins urgents et sont indifférents aux stratégies essayant de leur faire éviter de consulter aux Urgences.

3.3.5. Pays-Bas

Dans une étude de 1999 réalisée dans deux services d'urgence d'Amsterdam [39], les auteurs indiquent que les patients viennent aux Urgences pour convenance personnelle (ouvert 24h sur 24, pas de rendez-vous à prendre, soins faits sur place immédiatement) et parce qu'ils ont confiance dans les soins prodigués aux Urgences.

Une autre raison évoquée par les auteurs pour venir aux Urgences est le motif financier (aux Pays-bas toutes les assurances ne remboursent pas les soins chez le médecin généraliste alors que toutes remboursent les passages aux Urgences). Cette hypothèse est proposée par les auteurs même si elle ne se retrouve pas dans les résultats car selon eux, il peut être difficile pour un patient d'admettre qu'il vient car c'est moins cher que d'aller chez le médecin généraliste.

Dans une autre étude de 2008 [40] réalisée à IJmuiden au cours de laquelle ont été interrogés les patients auto-référés aux Urgences, on retrouve des réponses similaires concernant les motivations pour venir aux Urgences:

- 18% répondent qu'il est plus facile de venir aux Urgences que dans un centre de médecine générale,
- 36% répondent venir pour la facilité d'accès aux examens complémentaires et avis spécialisés,

- 66% répondent que le médecin généraliste n'aurait pas pu résoudre leur problème,
- 30% pensent que le médecin des Urgences est le plus qualifié pour leur problème.

3.3.6. Canada

Dans une étude, réalisée dans cinq services d'urgence de différentes régions du Québec pendant sept mois entre 1999 et 2000 [41], on retrouve les principales motivations suivantes pour venir aux Urgences pour un problème de santé non-urgent:

- 32,1% des patients sont venus pour la facilité d'accès,
- 11,1% sont venus car ils sont familiers avec l'hôpital et les Urgences,
- 7,4% sont venus car ils ont confiance en les Urgences de l'hôpital.

Dans une enquête réalisée en 2010 et 2011 par l'Institut de la statistique du Québec [42], on retrouve plus d'un tiers (36%) de la population qui a consulté aux Urgences pour un problème non-urgent (jugé non-urgent par le patient lui-même). Parmi ces 36%, voici leurs motivations principales:

- 74% ont répondu que la clinique sans rendez-vous dans laquelle ils allaient habituellement était fermée ou ne prenait plus de patient,
- 74% ont répondu qu'ils ne pouvaient pas obtenir les services de leur médecin habituel,
- 26% ont répondu toujours utiliser le service d'urgence.

Il est intéressant de noter, que déjà en 1996, l'auteur Borkenhagen R.H. disait [43] que la demande des gens avait changé. Il constatait une modification du mode de vie (manque de temps, souhait de flexibilité, plus d'exigence) et écrivait que dans ce contexte, le fait de devoir prendre un rendez-vous chez le médecin et attendre, puis venir en semaine et patienter dans la salle d'attente ne convenait plus à beaucoup de gens. Il notait aussi que de leur côté, les praticiens ne souhaitaient plus faire des journées de travail avec des amplitudes horaires très importantes.

3.3.7. Royaume-Uni

Dans un article ancien de Singh S. [44] datant de 1988, concernant une enquête réalisée à Londres durant laquelle 217 patients auto-référés aux Urgences ont été interrogés, on retrouve déjà des motivations similaires à celles énoncées dans notre étude et dans les études citées précédemment. En effet, quand on leur demandait de justifier leur venue:

- 41,7% déclaraient que l'urgence ressentie les avait motivés pour venir directement aux Urgences plutôt que chez le médecin généraliste,
- 24,4% pensaient avoir besoin d'examen complémentaires,
- 18% pensaient que leur médecin n'était pas disponible,
- 7,4% pensaient que cela serait plus rapide.

L'auteur indique dans sa conclusion que l'ouverture des Urgences 24h sur 24 et la croyance de l'indisponibilité de leur médecin constituent les principales raisons pour venir aux Urgences.

Dans une étude réalisée à Birmingham en 2000 [45], voici les raisons évoquées pour venir aux Urgences avec un problème de santé primaire:

- 50% déclarent que le cabinet du médecin généraliste était fermé (3,7% après avoir essayé de le joindre, 46,3% sans avoir essayé),
- 22,2% déclarent que c'est la perception d'un problème grave qui les a motivé (urgence ressentie),
- 11,1% n'ont pas voulu déranger leur médecin généraliste,
- 7,4% souhaitaient une deuxième opinion,
- 5,6% pensaient qu'ainsi ils attendraient moins,
- 3,7% pensaient qu'aux Urgences il serait plus simple d'avoir des investigations complémentaires et que celles-ci seraient de meilleure qualité.

Selon les auteurs, cette étude démontre un manque de connaissance et de compréhension sur le rôle des médecins généralistes.

3.3.8. États-Unis

Dans une étude réalisée dans le Massachusetts en 2009 [46], 1062 patients ont été interrogés sur leurs raisons pour venir aux Urgences. Voici leurs réponses:

- 61% pensaient leur problème sérieux (urgence ressentie),
- 35% venaient sur conseil de leur médecin,
- 13% venaient sur conseil d'un ami ou de la famille,
- 8% disaient venir car ils n'avaient pas de médecin,
- 8% disaient venir car c'est pratique de venir aux Urgences,
- 6% disaient ne pas avoir pu obtenir de rendez-vous avec un médecin,
- 3% ne savaient pas où aller,
- 1% disait ne pas avoir d'assurance.

Par ailleurs, dans cette même étude, les auteurs ont demandé à 598 patients pour quelles raisons ils n'avaient pas contacté leur médecin habituel:

- 26% pensaient que leur problème était urgent (urgence ressentie),
- 21% ont répondu que c'était hors horaires,
- 8% pensaient que ce n'était pas la peine de l'appeler pour ce problème,
- 7% ont répondu que leur médecin n'était pas dans la ville de survenue de leur problème.

Nous pouvons noter, et les auteurs le relèvent dans leur discussion, que près de deux tiers des patients justifient leur venue par l'urgence ressentie.

Dans une autre étude réalisée en 1999 en Caroline du Nord [47], les auteurs ont demandé aux patients pourquoi ils avaient choisi les Urgences. Ceux-ci ont répondu:

- dans 76,1% des cas qu'ils pensaient recevoir des meilleurs soins aux Urgences,

- dans 73,6% des cas qu'ils pensaient avoir un problème urgent (urgence ressentie),
- dans 68,6% des cas que l'immédiateté de la réponse aux Urgences les a motivés,
- dans 41,9% des cas que la flexibilité dans le paiement des soins les a motivés.

Notons que 65,6% des patients interrogés ne connaissaient pas d'autres lieux pour prendre en charge leur problème le jour de la survenue de celui-ci.

Les auteurs indiquent, dans leur discussion, que c'est durant les horaires habituels d'ouverture des cabinets des médecins généralistes que la fréquentation des urgences par les patients non-urgents est la plus importante.

Il est intéressant de reprendre leur réflexion; ceux-ci écrivent qu'il est possible que les patients sous-estiment les capacités et le niveau de soins du médecin généraliste ou alors qu'ils surestiment la sévérité de leur problème.

3.3.9. « Walk-in Centres »: les patients y consultent pour des raisons semblables à leurs motivations pour venir aux Urgences en France.

Dans un article de 2002 qui est une revue de la littérature concernant les Walk-in centres [48], nous apprenons que ces derniers existent au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Afrique du Sud.

Les Walk-in centres ont pour caractéristiques:

- une amplitude horaire d'ouverture importante,
- une localisation géographique les rendant facile d'accès,
- la possibilité de consulter un professionnel de santé sans prendre de rendez-vous.

Les auteurs indiquent dans leur article que plusieurs études ont été faites concernant les raisons pour lesquelles les patients consultent dans les Walk-in centres. Les principales raisons énoncées sont:

- la proximité géographique,
- l'importante amplitude des horaires d'ouverture,
- la non-nécessité de prendre rendez-vous,
- le caractère peu grave du problème de santé présenté.

Nous pouvons donc constater que les raisons énoncées pour consulter dans un Walk-in centre sont pour certaines semblables aux raisons évoquées par les patients pour venir aux Urgences en France.

Finalement, au travers de ces différentes études internationales, nous constatons que les motivations pour consulter aux Urgences sont souvent similaires à celles relatées par les travaux publiés en France.

En effet, les motivations souvent énoncées sont, comme dans notre étude et dans les autres études françaises: le côté pratique (ouvert 24h sur 24, proximité géographique, pas de rendez-vous nécessaire...), la confiance en les Urgences (et le fait que le médecin généraliste ne saurait pas prendre en charge le problème), la disponibilité des examens complémentaires et avis spécialisés, le manque d'information sur les alternatives disponibles.

Comme dans les études françaises et comme dans notre étude, le motif financier ne paraît pas au premier plan (sauf dans le cas des États-Unis [47], mais le système de prise en charge des soins est peu comparable au nôtre).

Enfin, on constate également dans les études internationales [34] [44] [45] [46] [47] que le choix de venir aux Urgences est souvent motivé par l'urgence ressentie. Mais là encore le patient prend la décision de venir aux Urgences très souvent sans se faire conseiller par un professionnel de santé.

3.4. Problème de l'absence de définition consensuelle sur l'urgence

Au cours de la rédaction de cette thèse et donc de la lecture des différents documents auxquels elle fait référence, il est apparu comme important le problème de la définition de l'urgence. Plus exactement, il est apparu comme très difficile de définir avec précision ce qui constitue une urgence ou non.

Ceci apparaît très bien dans deux documents.

Dans le premier [49], le Dr Marc Giroud (ancien président de l'association Samu-Urgences de France) énonce qu'« une des difficultés de la médecine d'urgence est son introuvable définition ». Il considère qu'il s'agit d'un « recours par défaut, lié à la problématique des permanences dans les autres spécialités et à la territorialisation de l'offre de nuit ». Pour lui « l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence ».

On peut en effet considérer que le patient, n'ayant pas le sentiment qu'il existe une alternative adaptée à son problème, décide de venir aux Urgences.

Par ailleurs, toujours dans le document [49], le Dr Marc Giroud précise, et cela paraît être en effet une difficulté fondamentale, qu'« une autre difficulté de la définition du périmètre de l'urgence est que la description de la gravité ne peut finalement se faire qu'a posteriori ». Il indique d'ailleurs que les codifications pour les services d'urgence sont des codifications a posteriori.

Dans le deuxième document [50], les auteurs énoncent que « l'absence d'une définition consensuelle de ce qui constitue une urgence, d'outils de triages fiables pour la reconnaître, et d'un consensus sur le rôle exact des urgences expliquent l'impossibilité à identifier le patient « non-urgent » et donc à légitimer le refus de soins en urgence ».

3.5. Données concernant les bénéficiaires de la CMU

Tout d'abord, il est à noter que nous utilisons le terme de CMU car lors de l'enquête en 2015 celui-ci était encore valide. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la CMU a été remplacée par la Protection Universelle Maladie.

Il nous a semblé intéressant de consacrer un chapitre aux bénéficiaires de la CMU car dans les hypothèses que nous avons formulées au départ, il y avait le motif financier comme recours aux Urgences plutôt qu'au médecin de ville. De plus, nous avons plus de patients bénéficiaires de la CMU dans notre étude que dans la population générale.

Ceci interroge donc sur la manière dont les patients bénéficiaires de la CMU utilisent le système de soins.

En effet à la lumière de notre étude dans laquelle nous retrouvons près de deux fois plus de bénéficiaires de la CMU que dans la population générale, et au vu de l'étude réalisée à Marseille [26] dans laquelle on retrouve trois fois plus de bénéficiaires de la CMU parmi les patients évalués comme relevant de la médecine de ville, on peut légitimement se demander si les patients en situation de précarité ne méconnaissent pas plus que les autres le système de soins. On peut aussi s'interroger sur leur recours à la médecine de ville: ont-ils plus de difficulté que les autres patients à être pris en charge en ville?

L'étude de B. Boisguérin publiée en 2009 [51] rappelle que l'état de santé des patients bénéficiaires de la CMU est moins bon que celui de la population générale.

L'auteur indique que les patients ayant la CMU ont un recours au médecin généraliste comparable à ceux ayant une complémentaire santé privée.

N. Jess, dans son étude publiée en 2015 [52], n'est pas tout à fait d'accord avec B. Boisguérin. Elle indique que les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU sont très supérieures aux personnes n'ayant pas de complémentaire ou ayant une complémentaire autre que la CMU. Mais elle indique, pour modérer cette constatation, que l'état de santé des bénéficiaires de la CMU est plus mauvais que le reste de la population (quatre fois plus se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé; 14% sont en Affection Longue Durée contre 9% dans la population générale; plus de dépression, diabète, hypertension artérielle, asthme, obésité).

Au final, l'état de santé des patients ayant la CMU est moins bon que celui du reste de la population. Ceci est très probablement une explication pour la « surconsommation » de soins retrouvée dans le document [52], et cela peut être une explication pour la sur-représentation des bénéficiaires de la CMU dans notre étude.

Enfin persiste l'interrogation concernant la méconnaissance du système de soins chez les patients en situation de précarité. Ont-ils un recours plus fréquent aux Urgences car ils connaissent moins bien que les autres les alternatives, ou ont-ils plus de difficulté à avoir accès à ces offres alternatives?

V. ANALYSE

1. RÉPONSES AUX HYPOTHÈSES FORMULÉES INITIALEMENT

1.1. Concernant la motivation financière pour venir aux Urgences

Il s'agit en effet d'une hypothèse qui est souvent émise par les professionnels de santé pour expliquer l'engorgement des Urgences. Il est courant d'entendre dire que si les patients devaient s'acquitter d'une contribution financière lors de leur passage aux Urgences, ils seraient moins nombreux à venir consulter.

Nous pouvons conclure avec notre enquête et au travers des comparaisons faites avec d'autres études [22] [29] [30] [31] [32] [34] que la motivation financière pour se rendre aux Urgences n'est pas au premier plan.

Il paraît donc peu pertinent de demander une contribution financière lors du passage aux Urgences car l'absence de frais n'est pas la motivation principale. Par ailleurs cela pose le problème de l'équité face aux soins, et cela peut être perçu comme limitant l'accès aux soins [35].

Il s'agit à notre avis d'un enseignement important de cette étude, puisqu'il met à mal un lieu commun très répandu dans le milieu médical.

1.2. Concernant l'hypothèse du médecin traitant qui serait indisponible

Nous avons initialement émis l'hypothèse que le fait que le médecin traitant soit indisponible puisse être responsable de nombreux passages aux Urgences.

Nous pouvons conclure avec notre étude que l'indisponibilité du médecin traitant n'est pas une motivation essentielle des patients pour se rendre aux Urgences.

Même si nous constatons dans notre étude et dans les études [25][28] [30] [31] qu'entre 17% et 27,78% (dans notre étude) des patients répondent que le fait que leur médecin soit indisponible a été une raison pour venir aux Urgences, il faut modérer ces chiffres. En effet, la très grande majorité des patients n'a pas essayé de joindre le médecin traitant ou le médecin de garde avant de venir [27] [45]. Les patients ne se soucient donc pas de la disponibilité d'un médecin ambulatoire pour décider de venir ou non aux Urgences.

1.3. Concernant l'hypothèse des patients qui auraient été mal conseillés

L'hypothèse selon laquelle les patients se rendraient aux Urgences car ils auraient été mal conseillés s'avère vraie.

En effet, les patients sont mal conseillés pour la simple raison qu'ils décident seuls, dans une très forte proportion, de venir aux Urgences [21] [22] [23] [24] [31] [33] [37]. Ils ne prennent, dans la majorité des cas, pas avis auprès d'un professionnel de santé (leur médecin traitant ou le centre 15). Ils viennent donc aux Urgences alors qu'ils auraient pu bénéficier d'un conseil qui aurait permis une prise en charge adaptée sans nécessairement s'y rendre.

1.4. Concernant l'hypothèse de la facilité d'accès et l'ouverture des Urgences 24 heures sur 24

Cette hypothèse s'avère également vraie.

Effectivement, nous retrouvons dans notre enquête ainsi que dans une très grande partie des autres études que nous citons [14] [21] [22] [28] [31] [32] [34] [36] [41] [44], une forte proportion de patients répondant que les facilités d'accès ou la proximité géographique ou l'ouverture 24 heures sur 24 a été une des raisons de leur venue aux Urgences.

2. ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS DES USAGERS

Au travers de notre étude et des documents étudiés, nous constatons une évolution du comportement des patients. En effet, les patients répondent souvent qu'ils avaient besoin que leur problème soit réglé rapidement, qu'ils ne voulaient pas attendre ou qu'ils sont venus car ils pensaient avoir accès plus rapidement à des examens complémentaires [21] [22] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [38] [40] [44] [47].

Nous vivons dans une société de l'immédiateté (tout, tout de suite, à proximité, sans contrainte) et ceci se répercute bien sûr sur le rapport des patients aux soins médicaux. La société actuelle peut être stressante et génératrice d'une anxiété qui se répercute sur la capacité des gens à faire face à un problème de santé et à l'angoisse générée par celui-ci.

Nous constatons que les Urgences sont en quelque sorte perçues par beaucoup comme un supermarché ou un self-service de la médecine [36].

Certains auteurs [53] se sont même interrogés sur la pertinence de vouloir à tout prix raccourcir le temps de passage aux Urgences. Certains pensent [53], peut être à raison, que si le temps de passage pour des motifs non urgents s'allonge les patients seront plus enclin à se rendre chez leur médecin en ville.

3. UNE MÉDECINE LIBÉRALE EN DÉCALAGE AVEC LA DEMANDE DES PATIENTS

Il nous semble que la médecine libérale et l'offre qu'elle propose paraît en décalage avec ce qu'attendent les patients.

En effet, il apparaît dans notre étude comme dans d'autres, qu'une proportion importante de patients pense que le médecin généraliste n'est pas capable de gérer leur problème (ou que les urgences sont le lieu le plus adapté à leur problème)[14] [25] [27] [31] [32] [33] [37] [40]. Cela interroge sur la place du médecin généraliste dans la gestion des soins non programmés.

On constate également une méconnaissance très importante du système de médecin de garde, de permanence des soins, de régulation par le centre 15. Les patients ignorent très souvent les alternatives existantes à leur venue aux Urgences [21] [23] [25] [28] [30] [36] [37]. Comme le dit le rapport Boënnec [7], il existe un « manque de visibilité du médecin de premier recours aux yeux d'une population qui a conservé des réflexes du système antérieur ».

Enfin, il y a un désengagement des médecins de la permanence des soins [7] [53] depuis que celle-ci est devenue non obligatoire et il manque donc, dans certaines régions des effecteurs pour faire les gardes [54]. On peut donc se demander si la diminution d' « offre » de soins n'entraîne pas une diminution de la « demande » des patients qui se dirigent alors vers les Urgences.

4. DEUX POINTS DE VUE QUI S'OPPOSENT

Effectivement, nous constatons deux points de vue qui s'opposent, ce que constate également les auteurs A-C. Durand et ses collaborateurs dans l'article « Nonurgent patients in emergency departments: rational ou irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients » [24]. D'une part, les professionnels de santé qui ne réfléchissent et ne jugent qu'en terme de degré d'urgence ou de gravité du patient; d'autre part, les patients qui eux prennent plusieurs éléments en considération (leurs symptômes, leur anxiété, leur convenance personnelle, les services offerts par l'hôpital). Les praticiens ne réfléchissent qu'à l'efficacité des soins alors que les patients réfléchissent à ce qu'ils imaginent être le plus pratique pour eux.

Nous pouvons nous demander, à la lecture des résultats et des différents documents cités en référence, si les patients ne sont pas restés sur l'idée que l'hôpital était un lieu totalement ouvert. On pourrait tout y faire sans restriction. Les patients y viennent sans se poser la question d'un autre lieu de soins plus adapté pour eux. Ce qui plaide également pour cette hypothèse, c'est une forte proportion de patients précaires (bénéficiaires de la CMU ou sans complémentaire santé) constatée dans notre enquête comme dans l'étude [26].

VI. PROPOSITIONS

Après la réalisation de cette étude et après l'avoir comparée avec les études françaises et internationales nous pouvons faire plusieurs propositions.

1. ÉDUCATION DES PATIENTS

Il paraît en effet nécessaire d'informer et d'éduquer les patients sur le surcoût que représente un passage aux Urgences; sur l'existence de la permanence des soins et donc de solutions en médecine de ville (via le médecin de garde); sur les compétences et les capacités de prise en charge d'un médecin généraliste.

Il est effectivement possible de changer les mentalités et les habitudes des patients (ceci a été fait par le passé avec la visite à domicile des médecins généralistes qui était très importante et qui est devenue beaucoup moins fréquente).

2. USAGE DU CENTRE 15

Il apparaît nécessaire d'expliquer à la population l'utilité et les compétences du Centre 15. Il semble indispensable d'expliquer à tous que l'appel au Centre 15 doit être l'attitude à adopter en cas de problème de santé afin d'obtenir une réponse adaptée (conseil médical, renvoi vers le médecin traitant ou le médecin de garde, envoi du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, transfert vers l'hôpital).

Pour renforcer la régulation médicale par le Centre 15, il serait sans doute intéressant de faire une campagne d'information auprès de la population plus marquante que celle déjà réalisée (cf Annexe 2) (comme cela a été fait avec les antibiotiques).

3. LIMITER L'ACCÈS AUX URGENCES

Nous pouvons nous demander si en plus de l'éducation des patients et de leur information sur l'usage du Centre 15, il ne serait pas nécessaire de mettre en place des limites à l'accès aux Urgences.

Il paraît par exemple possible d'envisager qu'un contact médical préalable soit nécessaire pour accéder aux Urgences. Ne pourraient être admis que les patients munis d'un courrier de leur médecin de ville ou ceux qui auraient contacté le Centre 15 (qui leur aurait dit de venir en ayant prévenu le service d'urgence).

Cela positionnerait le service d'urgence au niveau des autres services hospitaliers dans lesquels on ne peut pas être admis directement de sa propre initiative (le patient qui présente une douleur abdominale ne peut pas décider de venir dans un service de gastro-entérologie, celui ayant une dyspnée ne peut pas venir de son propre chef dans un service de pneumologie. Il devrait pouvoir en être de même pour le service d'urgence.)

4. RÉORIENTATION OBLIGATOIRE APRÈS UNE ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Il est également possible d'imaginer un système dans lequel le patient serait enregistré puis évalué par une infirmière d'accueil et d'orientation et/ou par un médecin d'accueil et d'orientation, puis serait réorienté vers la structure de soins la plus adaptée.

Cela existe déjà dans certains services d'urgence dans lesquels on incite les patients à se rediriger vers la Maison Médicale de Garde accolée à l'hôpital mais ce système n'est actuellement pas contraignant, le patient pouvant refuser et décider de rester aux Urgences.

5. MODIFICATION DU MODE DE CALCUL DU FORFAIT ANNUEL D'ACTIVITÉ

Comme le dit la Cour des Comptes [55], la modulation du forfait annuel pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences à partir du nombre de passages décomptés par les services d'urgence ne peut qu'inciter ces derniers à développer leur activité plutôt qu'à promouvoir la recherche de solutions visant à diminuer leur flux. La Cour des Comptes rajoute que cela paraît « contradictoire avec l'objectif de développement de la permanence des soins et de désengorgement des services d'urgence. »

Il paraît donc utile de se poser la question de modifier ce mode de calcul du forfait annuel pour les services d'urgences.

6. CRÉATION DE « WALK-IN CENTRES »

Il pourrait être intéressant d'envisager une expérience de walk-in centre comme cela existe dans certains pays car, comme nous l'avons vu, ceux-ci semblent répondre aux attentes des patients (consultations sans rendez-vous, large amplitude horaire, proximité géographique). Les Walk-in centres viendraient en quelque sorte « s'intercaler » entre les services d'urgence et le système de permanence des soins.

Cela permettrait aux patients d'avoir un lieu de soins non programmés (durant une large plage horaire et à proximité de chez eux ou de leur travail).

En effet, actuellement, les deux seuls lieux pour bénéficier de soins non programmés sont les quelques cabinets médicaux des médecins effectuant encore des « consultations libres » et les services d'urgence.

Il semble donc pertinent d'envisager l'équivalent français de ces Walk-in centres. Ces derniers pourraient s'appeler « Centres de consultations non programmées ».

VII. CONCLUSION

Dans cette enquête, nous avons souhaité étudier les raisons pour lesquelles les patients consultent aux Urgences plutôt que le médecin de soins primaires.

Cette problématique nous a semblé importante au vu de l'augmentation croissante de la fréquentation des services d'urgence.

Nous avons montré que les patients ne consultent pas aux Urgences pour un motif financier contrairement à une idée répandue dans le milieu médical.

Nous avons également mis en avant le fait qu'un grand nombre de patients consultent pour une urgence ressentie.

Il est par ailleurs frappant de constater qu'une grande partie des patients décide de leur propre initiative de se rendre aux Urgences (la majeure partie n'essaie pas de joindre le médecin traitant au préalable). Ceci va de pair avec une méconnaissance évidente de la part des patients du système de permanence des soins ambulatoires.

Il est important de noter que la demande des patients a changé et ce depuis de nombreuses années. Beaucoup viennent aux Urgences pour les services offerts (proximité, ouverture 24h sur 24, pas de rendez-vous nécessaire, explorations complémentaires faisables sur place) et semblent indifférents aux stratégies essayant de leur faire éviter les Urgences.

Les Urgences semblent perçues par beaucoup comme le « supermarché » de la médecine.

La fréquentation des Urgences par les patients avec une pathologie non urgente est importante, y compris pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Cela interroge sur l'image que le patient a des capacités de soins du médecin généraliste et sur une éventuelle surestimation par le patient de la sévérité de son problème.

Il paraît urgent d'éduquer les patients (coût des urgences, capacité de soins du médecin généraliste, permanence de soins ambulatoires) et de communiquer très largement sur la régulation médicale par le centre 15.

En effet, le centre 15 semble une structure adaptée (réponse rapide et adaptée à un problème de santé: conseil médical, renvoi vers le médecin traitant, renvoi vers le médecin de garde, envoi du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, transfert vers l'hôpital) mais son utilisation est largement méconnue du grand public.

Il serait intéressant de réfléchir à une réorientation adaptée, après évaluation, des patients ne relevant pas du service d'urgence.

L'expérience des Walk-in centres (existant dans certains pays notamment anglo-saxons) pourrait être tentée en France.

Il serait nécessaire de s'interroger sur les modalités actuelles d'accès aux Urgences. Doit-il être aussi libre qu'il l'est aujourd'hui? Peut-on l'encadrer? Peut-on le limiter (courrier d'un médecin de ville ou régulation par le 15 obligatoire)?

VIII.BIBLIOGRAPHIE

[1] Larousse. Urgence définition. www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704, consulté le 24 mai 2016

[2] Druais P.-L., Gay B., Le Goaziou M.-F., Bukowski M., Gilberg S. Médecine Générale. 2^e édition. Éditions Masson; 2009. p.61-2

[3] Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine. La prise en charge des urgences par les médecins généralistes libéraux aquitains. URMLA Commission Urgences; 1997

[4] Cartier T., Mercier A., De Pourville N., Huas C., Ruelle Y., Zerbib Y., et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012; 23 (101): 65-71

[5] Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 27 mai 2016

[6] Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_French_version.pdf, consulté le 27 mai 2016

[7] Boënnec P. Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire. Rapport d'information sur la permanence des soins. 2008

[8] Article L6311-1 du Code de la Santé Publique

[9] Article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique

[10] Article R. 6315-3 du Code de la Santé Publique

[11] Article R. 6315-4 du Code de la Santé Publique

[12] Cour des Comptes. La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Septembre 2014. <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>, consulté le 1 juin 2016

[13] Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Urgences hospitalières en Rhône-Alpes: évolution des activités de 2002 à 2012. Indicateurs. Avril 2014; 6. <http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/Les-collections-de-l-ARS.183440.0.html>, consulté le 31 juillet 2016

[14] Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'Hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. Th D Méd, Bordeaux; 2015

[15] Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Aquitaine. Un regard sur le recours aux Urgences. URPS Médecins Libéraux Aquitaine Commission Permanence des Soins; 2016

[16] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2014. http://www.cmu.fr/rapports_activite.php, consulté le 2 juin 2016

[17] Insee. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm, consulté le 11 décembre 2015

[18] Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'IRDES. 2014; 556: 105

[19] Cour des Comptes. Rapport public annuel 2013. Le médecin traitant et le parcours de soins: une réforme inaboutie. Février 2013. <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2013>, consulté le 30 juillet 2016

[20] Observatoires Régionaux de Santé Aquitaine/Limousin/Poitou-Charentes. La santé et ses déterminants - aperçus en quelques indicateurs. <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/2>, consulté le 22 juin 2016

[21] Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DRESS, Études et Résultats. Janvier 2003; 215: 7-8

[22] Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS, Études et Résultats. Juillet 2014; 889:3-4

[23] Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand A.-C, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004; 16(1): 63-74

[24] Durand A.-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational ou irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Research Notes. 2012; 5: 525

[25] Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux Urgences du centre hospitalier de Cambrai. Th D Méd, Lille; 2015

[26] Gentile S, Durand A.-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative? Rev Epidemiol Santé Publique. 2009; 57: 3-9

[27] De Mas Latrue T, Gaisne-Joly M, Rouzier S, Vardon D. Recours spontané aux Urgences. Th D Méd, Angers; 2012

[28] Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Th D Méd, Paris 7; 2009

- [29] Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgence, enquête auprès de patients d'une maison de santé. Th D Méd, Lille 2; 2014
- [30] Kasproski A. déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. Th D Méd, Nantes; 2013
- [31] Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie: quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins? Th D Méd, Rouen; 2013
- [32] Le Goaziou M.-F. Qui consulte aux Urgences? Rev Prat Med Gen. 2001; 15: 469-73
- [33] Benahmed N, Laokri S, Zhang W.H, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, et al. Determinants of non urgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. Eur J Pediatr. 2012; 171: 1829-37
- [34] Charafeddine R. Contacts avec le service des Urgences. Dans: Drieskens S, Gisle L (éd.). Enquête de Santé 2013. rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. WIV-ISP, Bruxelles, 2015. https://his.wiv-isp.be/fr/sitepages/rapports_complets_2013.aspx, consulté le 29 juin 2016
- [35] Gourbin C, Du Boulay D, Philips H, Remmen R, Buylaert W, De Paepe P, et al. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours aux services d'urgences. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE). Juillet 2005. KCE reports. 2005; 19B
- [36] Hugli O.W, Potin M, Schreyer N, Yersin B. Engorgement des centres d'urgences: une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents? Rev med Suisse. 2006; 75. <http://www.revmed.ch/rms/2006/RMS-75/31553>, consulté le 29 juin 2016
- [37] Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and Reasons - An approach with explicit criteria. Annals of Emergency Medicine. 2001; 37(6): 568-79
- [38] Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy. 2008; 88: 326-38
- [39] Rieffe C, Oosterveld P, Wijkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. Accident and Emergency Nursing. 1999; 7: 215-225
- [40] Moll van Charante E.P, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics. Patient Education and Counseling. 2008; 70: 256-65

- [41] Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent Emergency Department Patient. Characteristics and Barriers to Primary Care. *Acad Emerg Med*. 2004; 11 (12): 1302-10
- [42] Institut de la statistique de Québec. Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Volume 4: L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital: regard sur l'expérience vécue par les Québécois. 2013. www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante, consulté le 31 juillet 2016
- [43] Borkenhagen R.H. walk-in clinics. Medical heresy or pragmatic reality? *Can Fam Physician*. 1996; 42: 1879-93
- [44] Singh S. Self refera to accident and emergency department: patients' perceptions. *BMJ*. 1988; 297: 1179-80
- [45] Rajpar S.F, Smith M.A, Cooke M.W. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*. 2000; 17: 18-21
- [46] Lobachova L, Brown D.F.M, Sinclair J, Chang Y, Zink Thielker K, Nagurney J.T. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *The Journal of Emergency Medicine*. 2014; 46 (1): 104-12
- [47] Northington W.E, Brice J.H, Zou B. Use of an emergency department by non urgent patients. *American Journal of Emergency Medicine*. 2003; 23: 131-7
- [48] Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2002; 53: 53-9
- [49] Wargon M, Hellmann R. Chair Santé Sciences Po. Les urgences: un symptôme des changements de la société? Acte du Séminaire. 2014
- [50] Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences: faut-il gérer ou lutter? *Arch Pédiatre*. 2008; 15: 1733-8
- [51] Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUc en 2006? DRESS, Études et Résultats. Janvier 2009; 675
- [52] Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DRESS, Études et Résultats. Décembre 2015; 944
- [53] Grall J.Y. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Évaluation du plan urgences 2004-2008. Janvier 2007
- [54] Conseil National de l'Ordre. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanences des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2015. 2016
- [55] Cour des Comptes. Rapport public annuel 2007. Première partie: Les observations des juridictions financières. Les urgences médicales: constat et évolution récente.. Février 2007, 312-47. <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2007>, consulté le 10 août 2016

IX.ANNEXES

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE SOUMIS À CHAQUE PATIENT INCLUS DANS L'ÉTUDE

- **INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Personne répondant à l'enquête:

- Patient
- Tiers

Sexe :

- Homme
- Femme

Bénéficiaire de la sécurité sociale:

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Bénéficiaire de la Couverture Médicale Universelle:

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Bénéficiaire d'une complémentaire:

- Oui
- Non
- Ne sait pas

A un médecin traitant:

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Date de la dernière consultation avec le médecin traitant:

- Moins d'un jour
- Moins d'une semaine
- Moins d'un mois
- Moins d'un an

- **DÉPARTEMENTS DE RÉSIDENCE**

- **POURQUOI ÊTES-VOUS VENU(E) ICI?**

- Je pensais que c'était urgent ou grave
- En cas de problème, j'ai l'habitude de venir à l'hôpital
- L'hôpital est ouvert 24h sur 24
- Mon médecin traitant était indisponible
- Il n'y a pas d'attente ici
- On peut tout faire sur place

- **COMMENT ÊTES-VOUS VENU(E)?**

- Par mes propres moyens
- Avec les transports en commun
- Avec les pompiers
- Autre

- ÊTES-VOUS VENU(E) DE VOTRE PROPRE INITIATIVE?
 - Oui
 - Non

- SI NON QUI VOUS A INDIQUÉ DE VOUS RENDRE AUX URGENCES?
 - Votre médecin traitant
 - Le généraliste de garde
 - Un médecin spécialiste
 - Le centre 15
 - Les pompiers
 - Un professionnel de santé
 - Autre

- SI VOUS VOUS ÊTES ADRESSÉ(E) OU AVEZ CHERCHÉ À JOINDRE VOTRE MÉDECIN TRAITANT, QUE S'EST-IL PASSÉ?
 - Il n'a pas répondu
 - Il avait mis son répondeur avec indications du médecin de garde
 - Il était absent et vous n'avez pas voulu voir son remplaçant
 - Il vous a conseillé par téléphone de vous rendre aux Urgences
 - Après examen, il vous a adressé(e) aux Urgences
 - Autre

- SI VOUS VOUS ÊTES ADRESSÉ(E) OU AVEZ CHERCHÉ À JOINDRE UN MÉDECIN DE GARDE, QUE S'EST-IL PASSÉ?
 - Il n'a pas répondu
 - Il avait mis son répondeur avec indication d'appeler le 15
 - Il vous a conseillé par téléphone de vous rendre aux Urgences
 - Après examen, il vous a adressé(e) aux Urgences
 - Autre

- SI VOUS NE VOUS ÊTES PAS ADRESSÉ(E) À VOTRE MÉDECIN TRAITANT OU AU MÉDECIN DE GARDE, POURQUOI?
 - Je n'habite pas la région
 - Je ne sais pas comment joindre mon médecin
 - J'habite la région mais je n'ai pas de médecin traitant
 - Les médecins généralistes ne prennent pas en charge ce type de problème
 - Je pense que mon médecin n'était pas disponible
 - C'était en dehors des horaires de consultations de mon médecin traitant
 - Je n'ai pas d'argent pour payer le médecin
 - Le cabinet de mon médecin est éloigné
 - Je ne souhaite pas que mon médecin soit au courant

- VOS OPINIONS POUR CHACUNE DES AFFIRMATIONS SUIVANTES: DITES SI VOUS ÊTES PLUTÔT D'ACCORD (OUI) OU PLUTÔT PAS D'ACCORD (NON)
 - On ne peut pas déranger les médecins traitants en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet
 - Le médecin généraliste c'est pour les maladies, pas pour les urgences

- En cas de besoin, on peut facilement savoir qui est le médecin de garde
- En cas d'urgence, on est mieux soigné à l'hôpital
- À l'hôpital, c'est gratuit
- On attend moins à l'hôpital
- L'hôpital c'est plus discret plus anonyme
- À l'hôpital, on peut tout faire au même endroit
- À l'hôpital, il y a toujours quelqu'un

**ANNEXE 2 - CAMPAGNE DE COMMUNICATION DE L'ARS AQUITAINE
(Avril 2015)**

URGENCES

à consommer avec modération

La nuit et le week-end

Le soir à partir de 20h, le samedi après-midi, le dimanche, les jours fériés

J'ai un problème de santé qui ne peut pas attendre l'ouverture habituelle des cabinets médicaux

Je ne me déplace pas aux urgences

J'appelle le **15**

 Je reçois des conseils médicaux

 Je suis dirigé vers un médecin de garde

 Je suis dirigé vers la clinique ou l'hôpital

Le jour

En semaine de 8h à 20h et le samedi matin

Je contacte en priorité mon **médecin traitant**



En cas d'urgence seulement, j'appelle le **15**

Réalisation : service communication ARS Aquitaine

ANNEXE 3 - SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

POURQUOI LES PATIENTS VONT-ILS AUX URGENCES AU LIEU DE SOLLICITER LA PERMANENCE DES SOINS?

**Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence
du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen**

INTRODUCTION

Pourquoi les patients consultent-ils les Urgences plutôt que le médecin généraliste ou le médecin de garde?

MÉTHODE

Enquête par questionnaire auprès de tous les patients admis aux Urgences du CHU de Bordeaux et du CH d'Agen les 20 et 25 octobre 2015.

RÉSULTATS

Sur 333 patients inclus dans l'étude, 43,3% pensaient que leur problème était grave, 41,67% sont venus car l'hôpital est ouvert 24 heures sur 24, 27,78% sont venus car leur médecin n'était pas disponible, 27,43% sont venus car tout est faisable sur place, et 16,67% sont venus par habitude des Urgences.

19,79 % des patients pensaient que les médecins généralistes ne prenaient pas en charge le type de problème qu'ils présentaient.

2,08% sont venus pour la gratuité des soins.

60,76% déclaraient ne pas savoir comment joindre le médecin de garde.

DISCUSSION

Les données retrouvées dans cette enquête sont concordantes avec la littérature internationale. Les patients viennent aux Urgences pour la praticité, par habitude, par méconnaissance du système de permanence des soins et des capacités de soins du médecin généraliste. La motivation financière n'est pas au premier plan

CONCLUSION

De nombreux patients viennent aux Urgences sans avis médical préalable. Il semble nécessaire d'éduquer les patients, de limiter l'accès spontané aux Urgences tout en favorisant la régulation par le SAMU-Centre 15.

WHY DO PATIENTS GO TO THE EMERGENCY DEPARTMENTS INSTEAD OF CONTACTING PERMANENCE OF CARE SYSTEM?

**An observational descriptive transverse study at the emergency department of
University Hospital Center of Bordeaux (Pellegrin) and Hospital Center of Agen**

DISCIPLINE: Médecine Générale

MOTS-CLÉS: Permanence des soins, Urgences, Régulation médicale, Centre 15

UFR: Faculté de Médecine - Université de Bordeaux