HAL
open science

Identification des critères conduisant les patients à s'adresser en premier recours aux services d'Urgences avant de consulter le médecin généraliste

Margaux Girard

To cite this version:

Margaux Girard. Identification des critères conduisant les patients à s'adresser en premier recours aux services d'Urgences avant de consulter le médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01735333

HAL Id: dumas-01735333

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01735333

Submitted on 19 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Identification des critères conduisant les patients à s'adresser en premier recours aux services d'Urgences avant de consulter le médecin généraliste.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2017

Par Madame Margaux GIRARD

Née le 21 juillet 1989 à Montelimar (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	**Président**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	**Assesseur**
Madame le Docteur KRAIF Magali	**Directeur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Identification des critères conduisant les patients à s'adresser en premier recours aux services d'Urgences avant de consulter le médecin généraliste.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 2 Octobre 2017

Par Madame Margaux GIRARD

Née le 21 juillet 1989 à Montelimar (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre	**Président**
Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick	**Assesseur**
Madame le Professeur GENTILE Stéphanie	**Assesseur**
Madame le Docteur KRAIF Magali	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :
* Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
* Intérieur : Joëlle FAVREGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 16/11/2016

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUTILLO-TOUATI Amapola
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger

MM GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Paul

BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier

BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle

BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe

BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane

CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia

CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier

CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe

DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc

DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence

FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain Disponibilité
FRANCES Yves Surnombre

FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc

GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte

GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole

CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KASPI-PEZZOLI Elise
KRAHN Martin
L'OLLIVIER Coralie

LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

Mis à jour 16/11/2016

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

Mis à jour 16/11/2016

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
PIARROUX Renaud (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
POUGET Jean (PU-PH) Surnombre

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

REMERCIEMENTS

A Mesdames et Messieurs les membres du jury.

A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET
Je vous remercie de présider ce jury et pour la qualité de votre
enseignement pratique et théorique.
Soyez assuré de mon respect envers votre rigueur professionnelle
ainsi que vos qualités humaines.

A Monsieur le professeur Patrick GERBEAUX
Je vous remercie de siéger dans ce jury et pour l'enseignement théorique et pratique
que vous nous avez prodigué.
Soyez assuré de mon respect envers vos qualités humaines et professionnelles.

A Madame le Professeur Stéphanie GENTILE
Je vous remercie de siéger dans ce jury.
Soyez assuré de mon respect envers vos qualités humaines et professionnelles.

A Madame le Docteur Magali KRAIF
Je te remercie de siéger dans ce jury et d'avoir dirigé ma thèse.
Merci pour ton soutien, pour ta grande disponibilité et
l'ensemble de tes conseils avisés dans la rédaction de ce travail.

A ma Famille et mes Amis.

A Jad, mon prince libanais, mon époux. Merci pour ton soutien sans faille et tout ton Amour.
A cette fameuse « Route » que nous suivons depuis presque 8 ans, aux belles choses que nous rencontrerons et à toutes celles que nous construirons ensemble…

A mon père, que j'admire tant et qui m'a appris qu'il existait des limites pour apprendre à les dépasser, et qu'il suffisait pour cela de deux mots pour tout changer « je sais ».

A ma mère, pour tout l'amour qu'elle seule peut créer. Ma mère qui m'a appris que le plus important était d'être l'acteur de sa vie et de ne jamais arrêter d'entreprendre.

A Papi Jean-Pierre et Mamie Annie, j'admire votre philosophie de vie dictée sans doute par votre vie passée, celle de toujours se projeter vers l'avenir.
Merci pour toute la générosité et tout l'amour que vous nous offrez.

A Papi Pierre et Mamie Aquine, merci pour l'enfance extraordinaire que vous m'avez offert, et tous les souvenirs merveilleux que vous m'avez créés,
pour tout votre amour et votre soutien (sans oublier les bugnes !)

A Pierro, monsieur pipelet, mon moyen PETIT frère, à nous le « petit couple ». Merci pour ta grande patience et pour le bonheur que tu sais transmettre autour de toi.

A Nathan, Abibi, mon petit frère. Tellement fière de toi. J'espère qu'à l'issu de ma présentation j'aurais le droit à un « ça va » …
Toi et Pierro vous êtes merveilleux.

A Elsa, ma frisée d'amour. Merci pour ces 15 années, a notre amitié qui ne vieillit jamais et perdurera pour l'éternité.

A Elodie, AIO miss Olm(i). Ma super externe râleuse première en titre. Merci pour ton soutien, et toutes tes petites attentions qui font toute la différence…

A Valérie, sans toi les ECN n'auraient pas eus la même saveur. A tous nos apéro-colles et à tous ceux à venir !

A Mad et Lucile.R, merci d'être là, de toujours répondre à l'appel.
Vous êtes extraordinaires…

A Ghada et Ismat pour votre grande générosité…

A L'équipe des Chauds !!! Christelle, Tino, Alizée, Samy, Hamoud.
Vous m'avez offert des soirées inoubliables !

Au Marseillais : La belle Laura, Lucile.C, Florent, Julie, Thomas, Boubou…
Vos sourires et votre bonne humeur ne me quittent pas… vous êtes merveilleux.

A Mathieu, bon tu le sais, tu as été un peu mon mentor durant mes six premiers mois d'internat. Je t'ai maudis parfois « ne t'inquiète pas la première garde c'est toujours la meilleure » mais j'ai adoré arpenter les couloirs de l'hôpital avec le matériel à myelo pleins les poches « mathieuuuuu ! »

A (tonton) Sam, et a cette merveilleuse interprétation « A Séville » en duo avec Mathieu que je garde précieusement …

A ma cousine Caroline, merci d'être là dans ma vie. A tous ces moments complices passés ensemble qui restent gravés au fond de moi.

A Cricri, au « lapin dans la foret » et à ta bonne humeur que tu sais transmettre autour de toi comme personne.

A Livie, ma marraine la bonne fée, toujours bienveillante…
Tu as le don de créer un torrent de bonheur qui déferle à chaque son de ta voix.
Merci pour ta présence et tout le bonheur que tu m'apporte.

A Livio, un grand homme qui nous a quitté, mais dont la présence nous entoure encore. Tu resteras à jamais pour moi le symbole de la force derrière ton manteau d'impertubalité.

A Bernard, tu sais que tu comptes énormément à mes yeux,
je te remercie d'avoir toujours été là pour moi…

A Yves Bosc, ce grand monsieur qui m'a permis d'arriver jusqu'ici. A ces après-midis d'été à bucher sur des problèmes mathématiques qui tout à coup devenaient limpides à grand renfort de bonbons Ricola.

A Mr Lucien Durand, vous n'êtes malheureusement plus là. Je profite néanmoins de cette occasion pour vous exprimer toute ma gratitude. Grace à vous j'ai appris quel médecin je voulais être, mais surtout quel médecin j'étais…

A mes deux petites poilues d'amour Cali et Moutchy.

A tous les autres que je n'ai pas cité, ne m'en voulez pas ! Un grand Merci à tous !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 3

II. ETAT DES LIEUX 5

A. URGENCES – LEGISLATION 5

1. Définitions 5
2. Réglementations 5

B. EVOLUTION 8

1. Histoire des urgences 8
2. Les Urgences de nos jours 8

C. DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMES EN MEDECINE AMBULATOIRE 11

1. Organisation de la Permanence De Soins (PDS) 11
2. Les maisons médicales de gardes (MMG) 12
3. Association de médecins de gardes 13

D. ENGORGEMENT DES SERVICES D'URGENCES 13

1. Etat des lieux 13
2. Causes 14

Vieillissement de la population 14
Modification de la démographie médicale 15
Féminisation de la profession 15
La Permanence de soins 16
Surconsommation des services d'urgences 16
Le manque de lit en aval 17

III. MATERIELS ET METHODES 18

A. TYPE DE L'ETUDE 18

B. POPULATION 18

C. RECUEIL DES DONNEES 18

D. ANALYSE DES DONNEES 19

IV. RESULTATS 20

A. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE 20

B. CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTS 20

1. Age 20
2. Sexe 21
3. Nationalité 22
4. Profession 22
5. Patient venu dans les heures de travail 22
6. Couverture sociale 23
7. Médecin traitant 24
8. Ressources médicales 24

C. MOTIF ET MODE DE CONSULTATION AUX URGENCES 26

1. Durée des symptômes 28
2. Gravité des symptômes 29
3. Douleur 31
4. Patient atteint d'une maladie chronique 32
5. Problème urgent pour le patient 33
6. Moyen de transport 35
7. Consultation préalable 38

8. Décision de venue aux urgences 41
9. Motif de venue ce jour aux urgences 43
D. AVIS MEDICAL DU SERVICE DES URGENCES SUR LA PERTINENCE DU RECOURS AUX URGENCES 45
1. Actes réalisés 49
2. Devenir du patient 53
V. DISCUSSION 55
A. A PROPOS DE NOTRE ETUDE 55
1. Biais et limites de l'étude 55
2. Profil des patients 55
3. Motifs et modes de consultations aux Urgences 56
4. Justification des recours vue par les médecins 58
B. REFLEXION ET PERSPECTIVE D'ORGANISATION 61
1. Un accès contrôlé : exemple de la Norvège 61
2. Une participation financière : exemple de la Belgique 61
3. Renforcer le rôle des infirmiers à tous les niveaux de la prise en charge des urgences : exemple du Royaume Uni (39) 62
4. Les services d'urgences comme seul accès aux soins 63
5. Revaloriser les médecins libéraux : exemple de la Suisse 63
6. Renforcer la Permanence de soins (PDS) 64
C. REDEFINIR LES ROLES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE 65
1. Renforcer les moyens des services de régulation 65
2. Les médecins libéraux 66
3. Les Maisons Médicales de Gardes 67
4. Informer la population : 68
VI. CONCLUSION 69
VII. BIBLIOGRAPHIE 71
VIII. ANNEXES 75
IX. LISTES DES ABRÉVIATIONS 81

I. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, nous assistons à une augmentation du nombre d'entrée dans les services d'Urgences. En effet, après avoir doublée de 1990 à 2001 passant de 7 à 14 millions de passages, la fréquentation a continué à augmenter de 30% atteignant 18,4 millions de passages en 2012.
La progression la plus fort porte sur les passages non suivis d'hospitalisation selon une enquête organisée par la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2013. (1)

Cette augmentation croissante du nombre d'entrée continue à mettre sous tension les structures et personnels malgré les mesures mises en place dans le cadre du plan urgences de 2004-2008 adopté suite à la canicule de l'été 2003. (2)
Ce qui pose la question de la qualité des soins proposés aux patients et à la durée de prise charge.

Parallèlement on assiste à une évolution du système de santé à différents niveaux.
- Une évolution épidémiologique d'abord avec le vieillissement de la population faisant le lit des maladies chroniques, des polypathologies mais aussi de l'isolement social qui demandent la mise en place d'action aussi bien médicale que sociale y compris en situation d'urgence.
- Une évolution démographique : entre les années 2010 et 2017, la population française est passée de 64.613 millions à 66.991 millions, soit environ 2,4 millions personnes sur une période de 7 ans, faisant de la France l'un des pays européens les plus dynamiques. La population de la France croit avec 1 million de personnes tous les 3 ans .(3)
- Par ailleurs on observe une modification de la démographie médicale avec la concentration de plateaux techniques et de médecins dans certaines zones. Nombre de médecins libéraux partant en retraite ne trouvent pas de successeurs.
- Une évolution sociétale : on assiste à une évolution des techniques et des connaissances médicales qui imposaient jusqu'ici une obligation de moyens et non de résultats. Avec cette connaissance médicale accessible au plus grand nombre, on

assiste à l'émergence de patient voulant être acteur de leur propre santé et demandant aux professionnels de santé en plus de leur rapidité, leur efficience.
- Enfin, une évolution de la définition d'Urgences, avec l'apparition de la notion « d'urgence ressentie » ou de « demande de soins non programmé ». C'est le patient qui, devant des signes qui l'inquiètent, définit initialement son urgence.(4)

Le vieillissement de la population et la croissance démographique ne peuvent expliquer seuls l'augmentation de la fréquentation des urgences depuis une dizaine d'années.
Nous avons donc décider d'étudier les motifs et les motivations poussant les patients à consulter dans les services d'urgences au niveau de la filière ambulatoire et d'analyser s'ils étaient justifiés à une prise en charge aux urgences.

Notre objectif est de connaître les déterminants amenant les patients à consulter en premiers recours les urgences avant le médecin généraliste afin de trouver les clés pour lutter contre l'engorgement des services d'urgences.

II. ETAT DES LIEUX

A. URGENCES – LEGISLATION

1. Définitions

En préambule, il convient de définir une « urgences médicale » et de la distinguer d'une demande de soins non programmé.
Le mot urgence vient du latin *urgere* qui signifie « pousser, presser ». Selon le sens commun elle se définit par « *référence à une situation médicale exigeant une décision thérapeutique immédiate, » soit « une situation résultant de la réalisation d'un évènement pathologique, traumatologique ou de l'évolution d'une maladie qui fait naître un péril imminent à l'individu* » (dictionnaire Quillet).

Il n'existe pas une définition universelle de ce qui constitue une urgence, *« la notion médicale fait intervenir deux acteurs antagonistes, celui qui appelle à l'aide et celui qui est sollicité : chacun apprécie différemment la situation. L'appelant ressent l'urgence de façon surtout subjective, c'est l'urgence ressentie. Celui qui est sollicité apprécie plus objectivement et cherche à distinguer l'urgence vraie de la fausse urgence. »* (5)

Il existe plusieurs classification médicale de l'urgence , notamment en fonction du degré de gravité selon la classification CCMU (annexe 1) (6), mais il n'y a pas de gold standard établi.

2. Réglementations

<u>De manière générale :</u>

Article 223-6 du code pénal : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.
Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une

personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » .(7)

Statut du médecin selon le code de déontologie médicale (8) :

Article 9 (article r.4127-9 code de santé publique) : « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »
Article 47 (article r.4127-47 code de santé publique) : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.
S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Il est donc possible pour un médecin de refuser des soins, mais dans le contexte d'urgence il paraît difficile de s'abstenir même si celle-ci s'avère douteuse sous peine de s'exposer à des sanction pénale ou disciplinaire.

Article 77 (article r.4127-77 code de santé publique) « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

Statut du service d'urgence :

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (9)
« Art. R.712-68. - Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique »

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : (10)
« Art. R. 6123-18. - Tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. »
« Art. R. 6123-19. - Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :
- 1° Au sein de la structure des urgences ;
- 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;
- 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9 ;
- 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;
- 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;
- 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation. »

Il est donc demandé d'accueillir toute personne se présentant en situation d'urgence, mais sans définir celle-ci. Elle ne précise pas si celle-ci prend en compte les soins non programmés.
Le décret de 2006 permet néanmoins après une évaluation préalable de pouvoir redirigé le patient vers une structure adaptée dont fait partie la médecine de ville.

B. EVOLUTION

1. Histoire des urgences

La médecine d'urgence est pratiquée de longue date puisque qu'on retrouve des traces notamment dans l'Egypte ancienne (trépanation, réduction luxation, antalgie par pavot…). L'Essor de la médecine d'urgence ne débute qu'au 16eme siècle avec la compréhension des mécanismes ventilatoire et circulatoire, puis au 18eme siècle avec le secours au noyer et la réanimation respiratoire. Elle ne devient vraiment efficace qu'à partir du 19eme siècle avec la mise en place de secours militaire.
Avec la première guerre mondiale nait le triage des blessés et le premier SAMU officiel est créé le 5 juillet 1968.
Les urgences s'implantent peu à peu dans toutes structures médicales de plus de 30 lits sous formes de postes de secours (loi 1941 et décret de 1943)
La prise en charge des urgences a évolué du militaire vers le civil, du collectif vers l'individuel, et du chirurgical vers le médical. (11)

2. Les Urgences de nos jours

<u>Orientation vers les services d'urgences</u>

L'orientation vers les services d'urgences s'opère de deux manières différentes :
Le patient arrive spontanément sans avoir pris de contact médical préalable, le plus souvent par ses propres moyens, il s'agit du mode de présentation principale
Le patient est orienté par un tiers : SAMU, pompiers, médecins de ville, pharmacie, police.

Le centre 15 a un rôle primordial dans la régularisation des flux aux urgences. Selon une enquête de la DRESS, le nombre d'appel a augmenté de 10% par an entre 1987 et 1997.
En 1997, 11 millions d'appel pour 4 millions d'ouvertures de dossiers médicaux, et 1,3 million d'informations ou de conseils médicaux. En 1988, on ne dénombrait que 3, 5 millions d'appel pour 2 millions de création de dossiers.

On constate donc une modification des comportements des usagers, car si le nombre d'appel croit de façon importante, le nombre d'ouverture de dossiers diminue. Cela pouvant expliquer l' augmentation de demande inadéquate face à des problèmes médicaux bénins ne relevant pas des SU.(12)

Organisation dans les services d'urgences

La fonction d'accueil et d'orientation a pour objectif de repérer les situations nécessitant une prise en charge immédiate en cas d'urgence vitale ou sévère et de décider de l'orientation première dans tous les autres cas. Son principe, désormais largement intégré dans les services d'urgence, repose essentiellement sur les infirmières d'orientation et d'accueil, présentes dans 68,4 % des services selon les résultats l'enquête de la DREES.
Selon les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) pour le triage aux urgences, il est recommandé qu'il soit réalisé par une IAO (Infirmer d'Accueil et d'Orientation) à l'arrivée dans un délais de 30 minutes. Une échelle spécifique est nécessaire (CCMU cf. Annexe 1) validée fiable et reproductible avec 5 niveaux afin d'orienter chacun vers la filière de soins adaptée à sa prise en charge. Il faut que le triage définisse pour chaque niveau un délai maximum d'attente avant prise en charge médicale.
Plus récemment se sont mis en place des médecins d'accueil et d'orientation.(13)
Leur rôle consiste à être l'interlocuteur des médecins de ville, qui peuvent les joindre sur une ligne téléphonique directe. Selon l'enquête de la DREES, ils sont présents dans 12 % des services. (14)

Activités actuelles des Services d'Urgences : statistiques 2016 ORU PACA (15)

En 2016 on compte 1 769 516 passages soit +2,8% par rapport à 2015 et +12,6% sur les 5 dernières années.

Profil des patients :
On note une légère surreprésentation masculine par rapport à la population générale. Les enfants et les personnes âgés sont les plus représentés notamment les moins de 5 ans et les femmes de plus de 85 ans.

Horaire d'arrivées : 28 % pendant la nuit, 30% le week end, + 9% de passages par rapport à un jour de la semaine. Suractivité pendant l'été avec 11% de passages supplémentaires, liée à l'attractivité touristique de la région.
Des admissions plus fréquentes en fin de matinée.
Arrivée dans 74% des cas par leur propres moyens. 1% SMUR, 16% VSAV, 8% d'ambulance

Motifs de recours et gravité :
Les motifs de recours se répartissent en 61% médico chirurgical, 31% traumatologie, la psychiatrie ne représente que 3% des passages.
La majorité des admissions aux urgences concernent des patients jugés stables nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire (CCMU 2). Les patients avec pronostic vital engagé (CCMU 4 et 5) représentent 1,6% des passages.
La gravité des pathologies se modifient avec les âges, par exemple la classe CCMU 4 représentent 1/3 des admissions des plus de 75 ans.

Devenir des patients :
78% rentrent à leur domicile, 21% sont hospitalisés. Le profil des patients hospitalisés se distingue des consultants avec 63% d'hospitalisation pour les plus de 75 ans.
A noter que les patients arrivant par leurs propres moyens sont 81% à rentrer à domicile au terme de la prise en charge.

<u>Activités du Service d'Urgence AP-HM Timone Adultes : statistiques 2016 ORU PACA</u>

En 2016, On compte 84475 passage soit 3,5% de plus par rapport à 2015. Deux pics d'activités sont retrouvés en février et août 2016.
Profil des patients : ici aussi on note un nombre plus élevé d'hommes que de femmes pour un âge moyen de 46 ans. Les plus de 75ans représentent 15,6 % de l'activité.

Horaires d'arrivées : 17,6% des patients arrivent la nuit et 15,3% en nuit profonde ' entre minuit et 8h du matin). Le week-end représente 28,9% d'entrées.
49% des patient arrivent par leurs propres moyens. Les VSAV représentent 38% des arrivées viennent ensuite les ambulances (10%) et le SMUR (2%)

Motifs de recours : 62% médicochirurgicale, 32% traumatologie, et 3,8% de psychiatrie.
Les patients cotés CCMU 4 et 5 représente 2,6% en 2016 versus 5,3% en 2015.

Devenir des patients : les retours à domicile représentent 70% des patients.

Remarque : la présentation spécifique de l'activité SAU de l'AP-HM Timone Adulte de Marseille figure en annexe 2.

C. DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMES EN MEDECINE AMBULATOIRE

1. Organisation de la Permanence De Soins (PDS)

L'article 77 du Code de Déontologie Médicale modifié par le décret en septembre 2003 stipule que « Il est du devoir du Médecin de participer à la Permanence des Soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent. »

La PDS est une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés : la nuit, les week-ends et les jours fériés. Traditionnellement assurée par les médecins généralistes libéraux, elle recourt parfois à des mutualisations avec le secteur public. (16)
Elle a bénéficié d'une mutation récente.
Il y a une quinzaine d'année, l'organisation des gardes était devenue inefficiente. On constatait une désaffection croissante des médecins libéraux pour les astreintes et les gardes. Ils exprimaient des réticences à effectuer des visites dans des zones

insécurisées, et estimait que la valorisation financière des consultations n'était pas corrélée au travail effectué. Enfin il y avait une volonté à accorder davantage de temps à sa vie personnelle.
Ces difficultés ont conduit à une grève des médecins libéraux en 2001 et deux décrets ont été promulgué en septembre 2003 et avril 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de cette permanence. Ces décrets insèrent dans le Code de la Santé Publique les articles R 730 à R 736.

Désormais la PDS est assurée à la fermeture des cabinets libéraux de 20h à 8h les jours ouvrés, le samedi dès midi ainsi que les dimanches et jours fériés. Un tableau de garde est édité sur la base du volontariat.
Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante, c'est-à-dire, du nombre suffisant de Médecins Volontaires.
Les secteurs sont fixés par le Préfet après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre et avis du CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médical urgente, permanences des soins et des transports sanitaire).
Son accès est régulé préalablement avec le centre 15 ou via une plateforme de régulation ayant au préalable passé une convention entre l'Etablissement Hospitalier et l'Association de Permanence des soins.
Une revalorisation financière des consultations des actes de nuit, de dimanches et jours fériés a été instituée (17) ainsi qu'un forfait pour les astreintes (150 euros/garde de 12h que le médecin soit sollicité ou non le dimanche et les jours féries).

2. Les maisons médicales de gardes (MMG)

Une maison médicale de garde, se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins. Son accès devrait être en grande partie médicalement régulé (SAMU).

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental. Leur émergence est la résultante de divers facteurs :
- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux avec le besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, et la demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité toujours en augmentation des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser le nombre de leurs entrées, à défaut de le réduire.

Des rapports montre une diminution des consultations aux SU suite à l'ouverture de MMG (ex : -6 % sur les huit premiers mois d'activité à Romans (18), -1.6% sur les 6 premiers mois à Narbonne (19)), mais surtout une nette diminution des visites à domicile des généralistes. Ceci traduit le fait que le rôle premier de la MMG est celui d'acteur de la permanence des soins, venant se substituer au tour de garde libéral.

3. Association de médecins de gardes

Ces associations regroupes des médecins volontaires réalisant uniquement des consultations non programmées, la plus connu est SOS médecins. Elle existe depuis 1965.

D. ENGORGEMENT DES SERVICES D'URGENCES

1. Etat des lieux

Depuis plusieurs années on assiste à une augmentation continue du nombre d'entrée dans les Service d'urgence. Sur une année, plus d'un français sur 4 a eu recours aux urgences et 1 sur 4 a fait appel au Samu-Centre 15.

Pourtant, ces structures d'urgences sont généralement sous dotées et leur mode de financement est complexe, en associant un financement au forfait d'activité, un financement à l'acte, un financement de tarification à l'Activité (T2A) et un financement interne à chaque établissement. (20)

Cet engorgement pose un véritable problème, en effet l'allongement du temps de prise en charge médicale retentit sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et la productivité des professionnels de l'urgence.

Cela pose également un problème de santé publique dû à la méconnaissance persistante du coût d'un passage aux urgences.
Le passage se tarifie selon un forfait ATU « accueil et traitement des urgences » de 25,28 € auquel s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et leurs majorations éventuelles.
Sur la base de cette estimation, chacun des 15 480 000 passages dans un service d'urgence d'un établissement public ou d'un ESPIC, concentrant selon l'enquête de la DREES 86% des flux, reviendrait pour l'assurance maladie en moyenne à 161,50€ (14)(21).

2. Causes

Vieillissement de la population

En France, près d'un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, soit environ 11,6 millions de personnes, dont plus de la moitié ont atteint ou dépassé les 75 ans. Avec l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population en Europe, les sociétés sont confrontées au problème de la dépendance. En 2050, on estime qu'un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. (22)(3)
En ce qui concerne le passage aux urgences selon l'étude mené par l'ORU PACA 2016, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 28% des passages aux urgences. (15)

Modification de la démographie médicale

Au 1er janvier 2016, la France recense 285 840 médecins toutes spécialités confondues, dont 198144 médecins inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière ; soit une légère diminution de 0,3% sur la période 2007-2016.
Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007.
La région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe à quasi-égalité avec le Nord-Pas-de Calais/Picardie la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière. À titre indicatif, les départements de la Ville de Paris et de la Nièvre enregistrent une baisse identique du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2007-2016 (-25%).
Ces deux exemples mettent en évidence que la désertification n'est pas exclusivement rurale. Elle concerne également les espaces urbains à plus ou moins grandes échelles et diamétralement opposés.
L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,3% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans ne représentent que 16% des effectifs. (23)

Féminisation de la profession

Au total les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. Chez les médecins de moins de 50 ans on retrouve néanmoins plus de femmes que d'hommes, cette tendance va vers une augmentation. En effet chez les moins de 35ans on compte 4792 femmes pour 2323 hommes installés en activités régulières.
La variation du taux de féminisation en général entre 2007 et 2016 est estimé à 19,7%. (23)

La Permanence de soins

Malgré les décrets de 2003 et 2005 on constate que les missions de PDS sont globalement assurées par les médecins généralistes libéraux, mais le système s'épuise.
Entre 2012 et 2014 on note une diminution de 10% du nombre de médecin volontaire à la PDS. Ceci peut s'expliquer par une démographie médicale en baisse avec une pyramide des âges inversés, des missions de plus en plus lourdes et complexes en journée, une surcharge de travail administratif et un déficit d'installation en libéral. (16)

Surconsommation des services d'urgences

Les patients qui n'ont pas de médecin traitant sont souvent décrits comme consommateurs inadaptés des services d'urgences. Selon l'étude DRESS, 13% des patients interrogés n'ont pas de médecin traitant. (24) Ce sont majoritairement des individus jeunes, en situation précaire, et la plupart étranger. Cela pose donc plus un problème d'organisation et d'accès global aux soins pour les populations défavorisées.

Selon cette même étude, on remarque que le recours direct sans avis médical au préalable concerne une majorité des usagers à l'exception des personnes âgés. La moitié des plus de 70 ans disent s'être rendues aux urgences sur avis de leur médecin traitant ou d'un autre médecin. Ils prennent cette décision seuls ou avec leur entourage dans un tiers des cas seulement. Pour les plus jeunes ayant un médecin traitant mais qui n'ont pas cherché à le contacter, ils expliquent le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20 %).

Enfin lorsqu'on analyse les données de l'activités des SU, on remarque l'augmentation progressive de consultations pour motifs « bénin », comme l'atteste le classement en CCMU 1 ou 2. Mais la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'hospitalisation (14,4 millions en 2012). (14)

L’ensemble de ces éléments atteste d’une modification des mentalités. L’image des SU pour les usagers n’est plus seulement la prise en charge d’urgences vitales mais aussi la prise en charge immédiate de soins.

Le manque de lit en aval

Pour les patients à hospitaliser, notamment les personnes âgées, la difficulté à trouver un lit est la principale cause d’engorgement des structures hospitalières. L’enquête de la DREES relève que 20% des hospitalisations ont nécessité plus d’un appel de l’équipe soignante pour trouver un lit et que, pour 10 % d’entre elles le délai d’obtention d’un lit a dépassé 4 heures.(14)
Le nombre de lits d’hospitalisation à temps complet continue de baisser en France avec une chute de 468 000 en 2003 à 411 000 en 2014, soit une diminution de plus de 12%. Cette baisse progressive touche la quasi-totalité des disciplines et concerne principalement les longs séjours.

III. MATERIELS ET METHODES

A. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique réalisée au service d'urgences de l'hôpital de la Timone sur une période de 10 jours au total répartis en deux semaines, du lundi 17 octobre au vendredi 21 octobre 2016 et du lundi 24 octobre au vendredi 28 octobre 2016.

B. POPULATION

L'étude cible les usagers des services d'Urgences.

Critère d'inclusion :
Ont été incluses les personnes de plus de 18 ans se présentant aux SU de la Timone et dirigé par l'IAO vers la filière ambulatoire, durant la période de l'enquête, de 8h30 à 18h30, et acceptant de répondre au questionnaire.
Critères d'exclusions :
Ont été exclus les patients mineurs, les accidents d'expositions, les patients orientés vers la filière « longue », et les consultations pour réquisition médicale.

Au total sur 10 jours nous avons recueilli 345 questionnaires sur les 606 passages.

C. RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de deux questionnaires standardisés : une partie « Patient », et une partie « Médecin ».
Le premier était proposé à l'entrée après l'enregistrement par l'IAO au patient. Il comportait en préambule un texte explicatif sur l'étude et 20 questions : 18 fermées et 2 questions ouvertes. Il s'articulait en trois parties : données socio- démographiques, connaissances des structures médicales disponibles, et motifs /motivation de recours aux Urgences.

Le deuxième questionnaire était destiné au médecin ayant pris en charge le patient. Celui-ci était fourni par l'IAO dans le dossier papier du patient dès lors que celui-ci acceptait de participer à l'étude. Il s'articulait autour de 4 questions fermées.

Remarque : le questionnaire figure en annexe 3

D. ANALYSE DES DONNEES

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel. L'analyse des données a été effectué par le logiciel SAS-stat par le Dr Mendizabal du service de Santé Publique de l'hôpital de la Conception à Marseille. Nous avons examiné les caractéristiques démographiques de l'échantillon, l'état de connaissance des structures médicales et les motivations de recours aux services d'urgence en utilisant les tests statistiques du Khi-deux et de Fisher.
Le seuil de significativité retenu a été fixé à 5 %.

IV. RESULTATS

A. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE

17/10/ 2016	18/10/ 2016	19/10/ 2016	20/10/ 2016	21/10/ 2016	24/10/ 2016	25/10/ 2016	26/10/ 2016	27/10/ 2016	28/10/ 2016	Total général
20	46	23	25	29	42	30	40	42	48	**345**

Tableau 1. Participation à l'enquête

345 patients ont participé à l'enquête sur les 606 passages, soit un taux de participation de 56,9%.

B. CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES DES CONSULTANTS

1. Age

Age		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	17-19 ans	23	6,7	6,7	6,7
	20-29 ans	86	24,9	24,9	31,6
	30-39 ans	67	19,4	19,4	51,0
	40-49 ans	71	20,6	20,6	71,6
	50-59 ans	42	12,2	12,2	83,8
	60-69 ans	25	7,2	7,2	91,0
	70-79 ans	19	5,5	5,5	96,5
	80-89 ans	8	2,3	2,3	98,8
	90 - 99 ans	4	1,2	1,2	100,0
	Total	345	100,0	100,0	

Tableau 2. Classe d'âge des consultants

83% des patients en circuit court ont moins de 60 ans.

50% des patients ont moins de 40 ans soit un âge moyen de 37,9 ans.

2. Sexe

Femme : 157 (45,5%)

Homme : 188 (54,5%)

	N	Moyenne d'âge	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
femme	157	42,16	19,056	1,521	39,16	45,16	17	96
homme	188	40,78	16,795	1,225	38,36	43,19	18	95
Total	345	41,41	17,846	,961	39,52	43,30	17	96

Tableau 3.1 : Ratio Homme Femme

Il n'existe pas de différence significative de la moyenne d'âge entre les hommes et femmes.

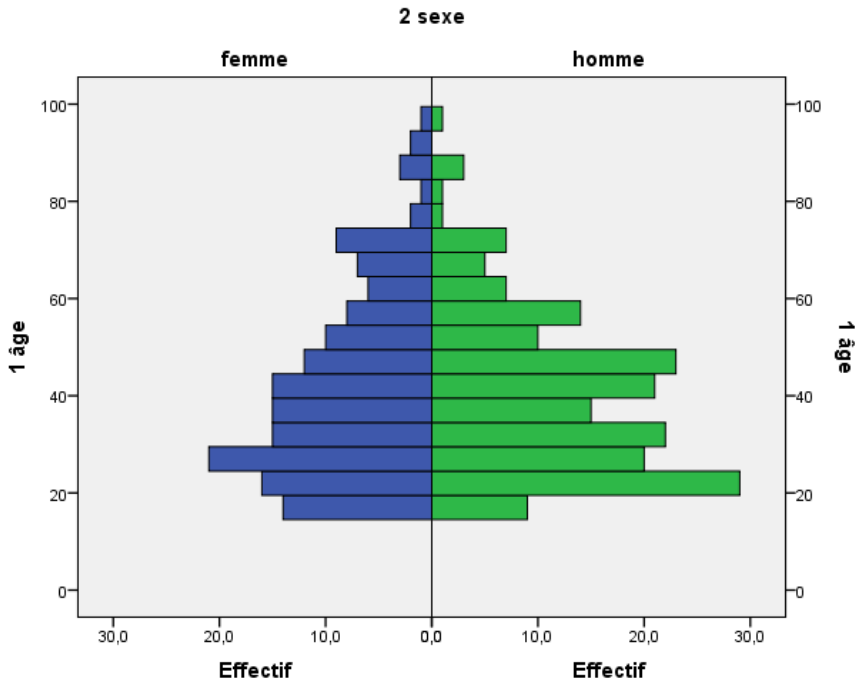


Figure 1 : pyramide d'âge

3. Nationalité

	Homme	Femme	Total	Test p
Etrangère	42 (22,3%)	23 (14,6%)	65 (18,8%)	NS
Française	146 (77,7%)	133 (84,7%)	279 (80,9%)	
Pas de réponse		1 (0,6%)	1 (0,3%)	
Total	188	157	345 (100%)	

Tableau 4 : Nationalité des consultants

81% des patients sont de nationalité française. Pas de différence significative retrouvée entre les hommes et les femmes.

4. Profession

	Homme	Femme	Total	P
Oui	103 (55%)	74 (47%)	177 (51%)	NS
Non	85 (45%)	83 (53%)	168 (49%)	

Tableau 5.1 Professions chez les hommes et les femmes

51% de l'ensemble des patients ont une profession.
Ce taux varie en fonction des tranches d'âge. A partir de la classe des plus de 60 ans le taux de sans profession diminue (retraité).

Tableau croisé 4 Profession * clage

			clage									Total
			cl17-19 ans	cl20-29 ans	cl30-39 ans	cl40-49 ans	cl50-59 ans	cl60-69 ans	cl70-79 ans	cl80-89 ans	cl90 - 99 ans	
4 Profession	non	Effectif	16	40	24	21	18	21	17	8	3	168
		% compris dans clage	69,6%	46,5%	35,8%	29,6%	42,9%	84,0%	89,5%	100,0%	75,0%	48,7%
	oui	Effectif	7	46	43	50	24	4	2	0	1	177
		% compris dans clage	30,4%	53,5%	64,2%	70,4%	57,1%	16,0%	10,5%	0,0%	25,0%	51,3%
Total		Effectif	23	86	67	71	42	25	19	8	4	345
		% compris dans clage	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 5.2 croisé profession et classe d'âge

5. Patient venu dans les heures de travail

Parmi les 177 patients ayant une profession, 111 (63%) sont venus pendant leurs heures de travail.

Les taux ne sont pas significativement différents en fonction du sexe : 66% pour les hommes et 58% pour les femmes.

6. Couverture sociale

328 patients (95%) ont une couverture sociale. 17 patients disent ne pas en avoir.
Ce sont surtout des patients dont l'âge est compris entre les 20 et 40 ans et très majoritairement des hommes : quinze hommes pour deux femmes sans couverture sociale. Deux ont cependant la CMUc.

Assurance complémentaire Couverture sociale	CMUc	Mutuelle privée	Rien	Total général
non	2		15	17
oui	68	232	28	328
Total général	**70**	**232**	**43**	**345**

Tableau 6.1 Couverture sociale chez les consultants

Le taux de couverture sociale est statistiquement plus élevé chez les femmes de l'échantillon que chez les hommes (98,7% versus 92% p<0,004), de même que le recours à une assurance complémentaire : mutuelle privée ou CMUc (p<0,019).

De même 95% des patients ayant une profession ont une couverture sociale versus 91% de ceux qui n'en n'ont pas (p<0,004).
Parmi les étrangers 50 (77%) ont une couverture sociale versus 277 (99%) des français (p<0,0001 Test exact de Fisher).

Nationnalité Profession	Française	Etrangère	Total général
non	124	43	167
oui	155	22	177
Total général	**279**	**65**	**344**

Tableau croisé 6.2 Nationalité et profession

Parmi les 328 patients ayant une couverture sociale, 318 (97%) relevaient de la sécurité sociale, 9 (2,7%) de l'AME et 1 ne l'a pas précisé.

232 (70%) avaient une assurance privée, 68 (21%) la CMUc et 28 (8%) n'avaient pas d'assurance complémentaire.

En termes d'assurance complémentaire : 232 (67%) de la totalité des patients ont une assurance privée, 70 (20,3%) la CMUc et 43 (12,5%) n'ont pas d'assurance complémentaire,

	Homme	Femme	Profession oui	Profession non	Français	Etranger
Mutuelle privée	121 (64%)	111 (71%)	136 (77%)	96 (57%)	17 (6%)	26 (40%)
CMUc	35 (19%)	35 (22%)	23 (13%)	47 (28%)	50 (18%)	20 (31%)
Pas d'assurance	32 (17%)	11 (7%)	18 (10%)	25 (15%)	212 (76%)	19 (29%)
Total	188	157	177	168	279	65
Test du Khi-deux	P<0,019		P<0,004		P<0,0001 test de Fisher	

Tableau croisé 6.3 assurance complémentaire / genre / Profession / Nationalité

7. Médecin traitant

304 patients soit 88% ont un médecin traitant. Les femmes ont déclaré avoir plus souvent un médecin traitant que les hommes (93,6% versus 83,5%, p<0,004)

8. Ressources médicales

Ressource nommée	Effectifs	%
Médecin traitant	329	**95%**
SOS médecin	205	59%
Maison médicale	77	22%
SAMU	225	65%
Urgences adulte	316	**92%**
Urgences psychiatriques	141	41%
Médecin du travail	202	59%

Tableau 7.1 Ressources médicales connues

26 patients de plus des 304 ayant déclaré avoir un médecin traitant citent cette ressource médicale.

Le médecin traitant et les urgences adultes sont les ressources les plus fréquemment citées. Les maisons médicales le moins et ce d'autant moins que les patients n'ont ni couverture sociale ni mutuelle et qu'ils sont étrangers.

Ressource citée	Hom 188	Fem 157	p	Prof oui 177	Prof non 168	p	Français 279	Etrangers 65	p
Médecin traitant	93%	98%	P<0,043	99%	92%	P<0,003	99%	81%	P<0,001**
SOS médecin	57%	62%	NS	67%	52%	P<0,001	64%	38%	P<0,001
Maison médicale	20%	25%	NS	25%	19%	NS	25%	11%	P<0,015
Urgences adulte	91%	92%	NS	93%	90%	NS	91%	92%	NS
SAMU	66%	64%	NS	72%	58%	P<0,009	69%	46%	P<0,001
Urgences psychiatriques	40%	41%	NS	47%	34%	P<0,011	46%	18%	P<0,001
Médecin du travail	60%	57%	NS	74%	42%	P<0,001	63%	37%	P<0,001

Tableau 7.2 Ressources citées en fonction du genre, de la profession et de la nationalité
Test du Khi-deux (significativité à partir de p<0,05) ; **test exact de Fisher pour effectifs insuffisants

Ressource citée	MT oui	MT non	Test Khi-deux	CS oui	CS non	Test Khi-deux	Mutuelle privée	CMUc	Pas AC	Test Khi-deux
Médecin traitant	304 (100%)	26 (63%)		322 (98%)	8 (47%)		230 (99%)	66 (94%)	34 (79%)	P<0,001
SOS médecin	188 (62%)	17 (42%)	P<0,013	200 (61%)	5 (29%	P<0,01	152 (65%)	39 (56%)	14 (33%)	P<0,001
Maison médicale	70 (23%)	7 (17%)	NS	76 (23%)	1 (6%)	NS	60 (26%)	13 (19%)	4 (9%)	P<0,001
Urgences adulte	277 (91%)	39 (95%)	NS	302 (92%)	14 (82%)	NS	213 (92%)	64 (91%)	39 (91%)	P<0,001
SAMU	203 (67%)	22 (54%)	NS	221 (67%)	4 (23%)	P<0,001	169 (73%)	41 (59%)	15 (35%)	P<0,001
Urgences psychiatriques	126 (41%)	151 37%	NS	140 (43%)	1 (6%)	P<0,003	112 (48%)	22 (31%)	7 (16%)	P<0,001

Médecin du travail	185 (61%)	17 (41,5%)	P<0,018	199 (61%)	3 (18%)	P<0,001	160 (69%)	29 (41%)	13 (30%)	P<0,001
Total	304	41		328	17		232	70	43	

Tableau 7.3 Ressources citées en fonction du médecin traitant, de la couverture sociale et de la complémentaire santé.

C. MOTIF ET MODE DE CONSULTATION AUX URGENCES

Motif de venue	Total	%	femme	%	homme	%	étranger	%	français	%
traumatisme	**203**	**59%**	**96**	**61%**	**107**	**57%**	**28**	**43%**	**175**	**63%**
rhumatologie	49	14%	15	10%	34	18%	9	14%	40	14%
infectieux	25	7%	12	8%	13	7%	7	11%	18	6%
dermato	21	6%	11	7%	10	5%	8	12%	12	4%
digestif	9	3%	6	4%	3	2%		0%	9	3%
psychiatrie	8	2%	3	2%	5	3%	1	2%	7	3%
céphalée	5	1%	4	3%	1	1%	2	3%	3	1%
certificat	4	1%	2	1%	2	1%	3	5%	1	0%
ORL	3	1%	3	2%		0%		0%	3	1%
pneumo	3	1%	2	1%	1	1%	2	3%	1	0%
autre	2	1%	1	1%	1	1%		0%	2	1%
avis exam complémentaire	2	1%			2	1%		0%	2	1%
ophtalmo	2	1%			2	1%	2	3%		
AEG	1	0%			1	1%	1	2%		
convulsion	1	0%			1	1%		0%	1	0%
douleur thoracique	1	0%			1	1%	1	2%		
endocrinologie	1	0%			1	1%		0%	1	0%
hématurie	1	0%			1	1%		0%	1	0%
phlébite	1	0%			1	1%		0%	1	0%
post op	1	0%	1	1%				0%	1	0%
renouvellement ordo	1	0%			1	1%	1	2%		
urologie	1	0%	1	1%					1	0%

Tableau 8.1Motifs de venus en fonction du genre et de la nationalité

Près de 60% des patients viennent pour une cause traumatique et ce quel que soit le sexe. On observe quelques variations en fonction des variables : nationalité, profession, couverture sociale et complémentaire mais les effectifs sont trop faibles pour conclure.

Motif de venue	Profession				Venu aux heures de travail				Couverture sociale			
	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non	oui	% oui	non	% non
traumatisme	111	55%	92	45%	69	62%	42	38%	196	60%	7	41%
rhumato	26	53%	23	47%	18	69%	8	31%	48	15%	1	6%
infectieux	12	48%	13	52%	4	33%	8	67%	25	8%		
dermato	10	48%	11	52%	7	70%	3	30%	18	5%	3	18%
digestif	5	56%	4	44%	4	80%	1	20%	9	3%		
psychiatrie	2	25%	6	75%	1	50%	1	50%	7	2%	1	6%
céphalée	4	80%	1	25%	2	50%	2	50%	4	1%	1	6%
certificat			4	100 %					2	1%	2	12%
ORL	1	33%	2	67%	1	100 %			3	1%		0%
pneumo	1	33%	2	67%	1	100 %			2	1%	1	6%
autre	1	50%	1	50%			1		2	1%		
Avis exam compl			2	100 %					2	1%		
ophtalmo			2	100 %					1	0%	1	6%
AEG			1	100 %					1	0%		
convulsion	1	100 %			1	100 %			1	0%		
douleur tho	1	100 %			1	100 %			1	0%		
endocrino			1	100 %					1	0%		
hematurie	1	100 %			1	100 %			1	0%		
phlébite	1	100 %			1	100 %			1	0%		
post op			1	100 %					1	0%		
renouvellement ordo			1	100 %					1	0%		
urologie			1	100 %					1	0%		
Total général	**177**		**168**		**111**	**63%**	**66**	**37%**	**328**		**17**	

Tableau 8.2 Motifs de venus en fonction de la profession et de la couverture maladie

1. Durée des symptômes

	Ce jour	%	< 2 jours	%	> 2 jours	%	> semaine	%	Total général
traumatisme	**135**	**67%**	**33**	**16%**	**16**	**8%**	**19**	**9%**	**203**
rhumato	21	43%	5	10%	9	18%	14	29%	49
infectieux	2	8%	7	28%	10	40%	6	24%	25
dermato	2	10%	2	10%	4	19%	13	62%	21
digestif			2	22%	3	33%	4	44%	9
psychiatrie	**2**	**25%**					**6**	**75%**	**8**
céphalée			1	20%	2	40%	2	40%	5
certificat			1	25%	1	25%	2	50%	4
ORL					2	67%	1	33%	3
pneumo			1	33%			2	67%	3
autre					1	50%	1	50%	2
avis exam complémentaire			1	50%	1	50%			2
ophtalmo	1	50%					1	50%	2
AEG			1						1
convulsion	1								1
douleur tho							1		1
endocrino	1								1
hematurie			1						1
phlébite					1				1
post op							1		1
renouvellement ordo							1		1
urologie	1								1
Total général	**166**	48%	**55**	16%	**50**	14%	**74**	21%	**345**

Tableau 9 durée des symptômes en fonction du motif d'entrée

Les traumatismes et les affections rhumatologiques sont le motif qui suscite la venue la plus précoce. Les affections dermatologiques ou infectieuses motivent une consultation après plusieurs jours.

Près de 50% des patients viennent dans les 24 premières heures. Un peu moins d'un tiers des patients consultent pour un motif datant de plus d'une semaine

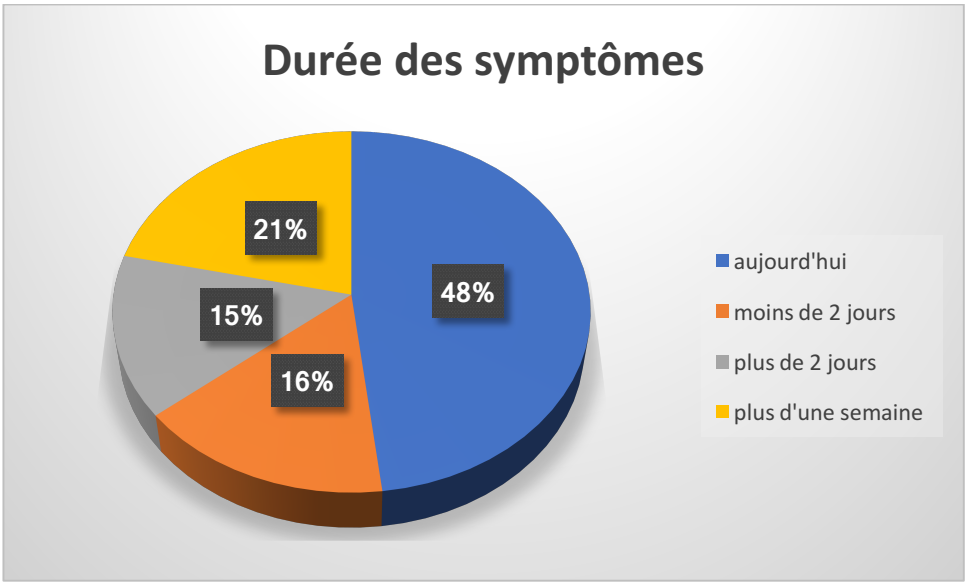


Figure 2. Durée des symptômes chez les consultants

2. Gravité des symptômes

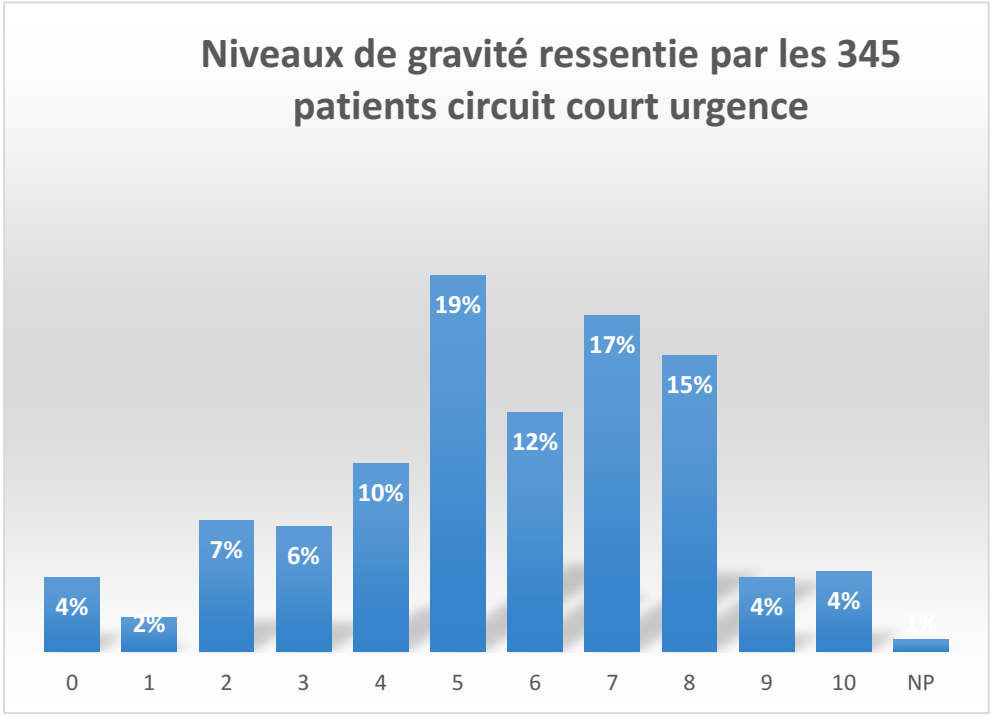


Figure 3 Niveau de gravité ressentie chez les consultants

Le score de gravité moyen est de 5,59 +-2,3.

Gravité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NP	Total
traumatisme	7	4	17	17	23	40	18	34	30	6	6	1	203
% traumatisme	***3%***	***2%***	***8%***	***8%***	***11%***	***20%***	***9%***	***17%***	***15%***	***3%***	***3%***	***0%***	***100%***
rhumato		1	2	2	5	8	14	10	4	2	1		49
% rhumato		***2%***	***4%***	***4%***	***10%***	***16%***	***29%***	***20%***	***8%***	***4%***	***2%***	***0%***	
infectieux			2	2		6	3	6	4	1	1		25
% infectieux			***8%***	***8%***		***24%***	***12%***	***24%***	***16%***	***4%***	***4%***		
Dermato	1				1	3	2	7	3		3	1	21
% dermato	***5%***				***5%***	***14%***	***10%***	***33%***	***14%***		***14%***	***5%***	
digestif					1	1	2	1	2	2			9
psychiatrie	1	1			1	2	1		2				8
céphalée					1	2		1		1			5
certificat	1			1	1	1							4
ORL						1			1		1		3
pneumo							1		2				3
autre						1			1				2
avis exam complémentaire						1					1		2
ophtalmo			1				1						2
AEG									1				1
convulsion	1												1
douleur tho											1		1
endocrino	1												1
hematurie									1				1
phlébite										1			1
post op									1				1
renouvellement ordo	1												1
urologie			1										1
Total général	**13**	**6**	**23**	**22**	**33**	**66**	**42**	**59**	**52**	**13**	**14**	**2**	**345**
	4%	**2%**	**7%**	**6%**	**10%**	**19%**	**12%**	**17%**	**15%**	**4%**	**4%**	**1%**	
		6%	12%	19%	28%	47%	59%	77%	92%	95%	99%	100%	

Tableau 10 Niveau de gravité ressenti en fonction du motif d'entrée

Il n'y a pas de différence dans la gravité ressentie en fonction du sexe ou du fait d'avoir une profession. Par contre les patients d'origine étrangère donnent des cotations plus graves de leur maladie sur les affections traumatiques (moyenne de 6,75 versus 5,13 p<0,000)) ou rhumatismales (moyenne de 7,11 versus 5 ,5 p<0,015) que les français (test non paramétrique U de Mann Whitney).

3. Douleur

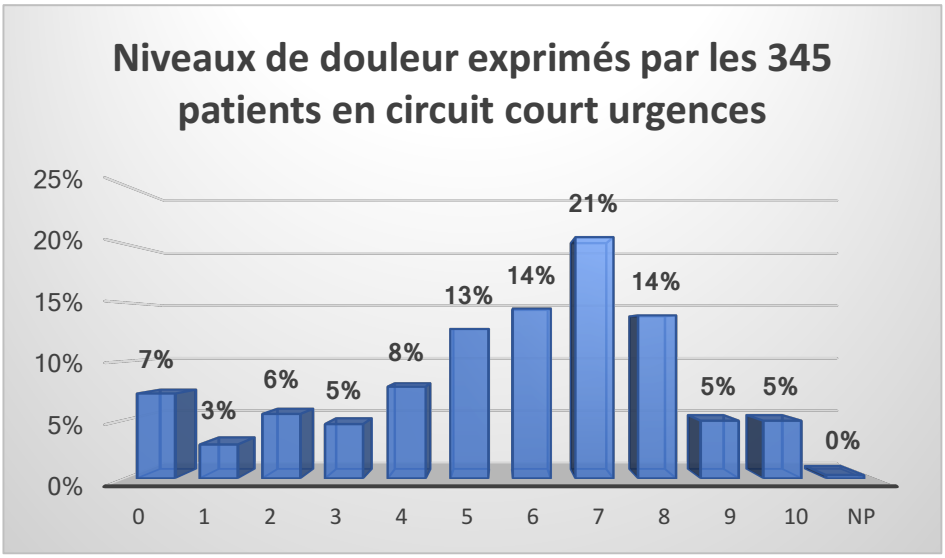


Figure 4 niveau de douleur exprimés chez les consultants

Le niveau de douleur moyen est de 5,60 +-2,6.

L'intensité de la douleur n'est pas différente en fonction du sexe, de la nationalité, du fait d'avoir une profession ou de la durée de symptomatologie.

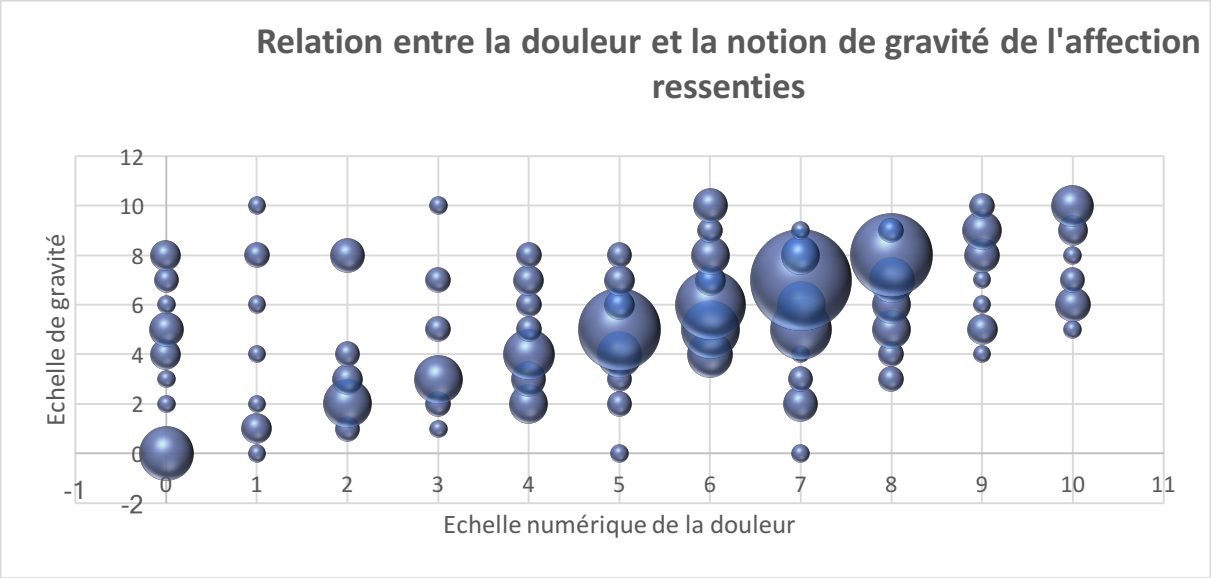


Figure 5 Relation entre la douleur et la gravité ressentie chez les consultants.
La taille des sphères est proportionnelle aux effectifs

Il existe une corrélation forte entre l'intensité de la douleur ressentie et l'appréciation de la gravité de l'état clinique par le patient (test Rho de Spearman significatif à 0,01). Peu de patients ont côté leur niveau de gravité bas et une absence relative de douleur (<=3).

4. Patient atteint d'une maladie chronique

	Maladie chronique			Dont suivi	
Motif de venue	**non**	**oui**	**% oui**	**hospitalier**	**Total**
traumatisme	139	64	32%	20 (31%)	203
rhumato	38	11	22%	5 (45%)	49
infectieux	16	9	36%	3 (33%)	25
dermato	14	7	33%	2	21
digestif	7	2	22%		9
psychiatrie	2	6	75%	1	8
céphalée	4	1	20%		5
certificat	3	1	25%		4
ORL	3		0%		3
pneumo	2	1	33%		3
autre	2				2
avis exam complémentaire	1	1	50%	1	2
ophtalmo	2		0%		2
AEG	1				1
convulsion	1		0%		1
douleur tho	1		0%		1
endocrino		1	100%	1	1
hematurie	1		0%		1
phlébite	1		0%		1
post op		1	100%	1	1
urologie	1		0%		1
renouvellement ordo		1	100%		1
Total général	**239**	**106**	31%	**34**	**345**

Tableau 11Patient suivi pour une maladie chronique et recours aux urgences.

106 (31%) patients sont atteints de maladie chronique et 34 (33%) sont suivis par l'hôpital.

5. Problème urgent pour le patient

Pour 288 patients (83%) il était urgent de venir à l'hôpital pour la prise en charge de leur problème.

	Urgence de venue			
Motif de venue	**Non**	**Oui**	**% oui**	**Total**
traumatisme	31	172	85%	203
rhumato	7	42	86%	49
infectieux	5	20	80%	25
dermato	2	19	90%	21
digestif		9	100%	9
psychiatrie	3	5	63%	8
céphalée	1	4	80%	5
certificat	2	2	50%	4
ORL	1	2	67%	3
pneumo	1	2	67%	3
autre		2	100%	2
avis exam complémentaire		2	100%	2
ophtalmo	1	1	50%	2
AEG		1	100%	1
convulsion	1		0%	1
douleur tho		1	100%	1
endocrino	1		0%	1
hématurie		1	100%	1
phlébite		1	100%	1
post op		1	100%	1
renouvellement ordo		1	100%	1
urologie	1		0%	1
Total général	**57**	**288**	**83%**	**345**

Tableau 12.1 urgence de venue selon le motif.

On note une différence statistiquement significative dans la douleur moyenne ressentie et la gravité cotée en fonction du niveau d'urgence ressenti.

Urgence de venue									
		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
2 degré de gravité	non	57	2,98	1,959	,260	2,46	3,50	0	7
	oui	286	6,11	2,096	,124	5,87	6,36	0	10
	Total	343	5,59	2,377	,128	5,34	5,84	0	10
3 douleur	non	57	3,79	2,582	,342	3,10	4,47	0	9
	oui	287	5,97	2,499	,147	5,67	6,26	0	10
	Total	344	5,60	2,636	,142	5,33	5,88	0	10

Tableau 12.2 urgence de venue en fonction de la gravité et de la douleur

On ne note pas de différence significative dans la fréquence rapportée de la notion d'urgence de venue en fonction du sexe, du fait d'avoir une profession, du fait d'avoir un médecin traitant, du fait de la couverture sociale ni d'assurance complémentaire, ni de la durée des symptômes, ni des moyens de transport.

	Femme	**Homme**	**Profession oui**	**Profession non**	**Med traitant oui**	**Med traitant non**	**Couverture sociale oui**	**Couverture sociale non**
problème urgent	130 (82,8%)	158 (84%)	152 (85,9%)	136 (81%)	253 (83,2%)	35 (85,4%)	273 (83,2%)	15 (88,2%)
Test Khi-deux	NS		NS		NS		NS	

Tableau 12.3 urgences de venue en fonction du genre, profession, médecin traitant, couverture social

	Ambulance	**Pompiers**	**Moyens personnels**	**Autre**
% problème urgent	12 (100%)	74 (81,3%)	187 (83,5%)	15 (83,3%)
Test Khi-deux	NS			

Tableau 12.4 Urgence de venue selon le moyen de transport.

Les patients présentant une maladie chronique sont un peu plus fréquents à considérer leur problème urgent indépendamment du fait d'être suivis ou pas à l'hôpital.

	Français	Etrangers	Mutuelle privée	CMUc	Maladie chronique oui	Maladie chronique non
% problème urgent	231 (82,8%)	56 (86,2%)	188 (81%)	63 (90%)	95 (89,6%)	193 (80,8%)
Test Khi-deux	NS		NS		P<0,041	

Tableau 12.5 urgence de venue selon la nationalité, complémentaire santé, maladie chronique

6. Moyen de transport

La grande majorité des patients (65%) sont venus par leurs propres moyens.

	Moyens personnels	Pompiers	Ambulance	Autre
Mode de transport	224 (64,9%)	91 (26,4%)	12 (3,5%)	18 (5,2%)

Tableau 13.1 Moyens de transport des consultants

Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la douleur moyenne ressentie ou la notion de gravité exprimée en fonction du mode de transport.
Il n'y a pas de différence dans les modes de transport en fonction du sexe de la nationalité ou de la couverture sociale par contre oui du fait d'exercer une profession.

	Femme	Homme	Prof oui	Prof non	Etranger	Français	Couv S oui	Couv S non
Ambulance	5 (3,2%)	7 (3,7%)	6 (3,4%)	6 (3,6%)	2 (3,1%)	10 (3,6%)	11 (3,4%)	1 (5,9%)
Autre	7 (4,5%)	11 (5,9%)	13 (7,3%)	5 (3%)	4 (6,2%)	14 (5%)	18 (5,5%)	0
Pompiers	42 (26,8%)	49 (26,1%)	**55 (31 ,1%)**	36 (21,4%)	14 (21, 5%)	77 (27,6%)	88 (26,8%)	3 (17,6%)
Propres moyens	103 (65,6%)	121 (64,4%)	103 (58,2%)	121 (72%)	45 (69,2%)	178 (63,8%)	211 (64,3%)	13 (76,5%)
Test Khi-deux de Pearson	NS		P<0,033		NS		NS	

Tableau 13.2 moyens de transport en fonction du sexe, profession, nationalité et couverture sociale.

Les patients ayant une profession sont venus plus fréquemment aux urgences avec les pompiers. 46 patients (26%) sur les 177 ayant une profession sont venus aux urgences pendant leurs heures de travail avec les pompiers

	Med traitant non	Med traitant oui	Med Trait ressources Oui	Med Trait ressources Non	SOS med Oui	SOS med Non	Maison Medicale Oui	Maison médicale Non
Ambulance	0	12 (3,9%)	12 (3,6%)	0	5 (2,4%)	7 (5%)	1 (1,3%)	11 (4,1%)
Autre	1 (2,4%)	17 (5,6%)	18 (5,5%)	0	8 (3,9%)	10 (7,1%)	3 (3,9%)	15 (5,6%)
Pompiers	6 (14,6%)	85 (28%)	**89 (27%)**	2 (13,3%)	58 (28,3%)	33 (23,6%)	20 (26%)	71 (26,5%)
Propres moyens	34 (82,9%)	190 (62,5%)	211 (63,9%)	13 (86,7%)	134 (65,4%)	90 (64,3%)	53 (68,8%)	171 (63,8%)
Test Khi-deux de Pearson	NS		NS		NS		NS	

Tableau 13.3 Moyens de transports selon les ressources d'accès aux soins

	SAMU oui	SAMU non	Urg adult oui	Urg adult non	Urg psy oui	Urg psy non	Mtravail Oui	Mtravail Non
Ambulance	7 (3,1%)	5 (4,2%)	10 (3,2%)	2 (6,9%)	2 (1,4%)	10 (4,9%)	7 (3,5%)	5 (3,5%)
Autre	11 (4,9%)	7 (5,8%)	15 (4,7%)	3 (10,3%)	8 (5,7%)	10 (4,9%)	10 (5%)	8 (5,6%)
Pompiers	62 (27,6%)	29 (24,2%)	80 (25,3%)	11 (37,9%)	42 (29,8%)	49 (24%)	57 (28,2%)	34 (23,8%)
Propres moyens	145 (64,4%)	79 (65,8%)	211 (66,8%)	13 (44,8%)	89 (63,1%)	135 (66,2%)	128 (63,4%)	96 (67,1%)
Test Khi-deux de Pearson	NS		NS		NS		NS	

Tableau 13.4 moyens de transports selon les ressources d'accès aux soins

Pas de différence significative retrouvée dans le mode de transport utilisé et les connaissances des structures médicales existantes.

Motif de venue	propre moyen	%	pompiers	%	ambulance	%	autre	%	Total
traumatisme	118	58%	69	34%	7	3%	9	4 %	203
rhumato	26	53%	15	31%	3	6%	5	10 %	49
infectieux	24	96%	1						25
dermato	17	81%			1		3		21
digestif	7	78%	1				1		9
psychiatrie	4	50%	4						8
céphalée	5	100%							5
certificat	4	100%							4
ORL	3	100%							3
pneumo	2	67%	1						3
autre	2	100%							2
avis exam complémentaire	1	50%			1				2
ophtalmo	2	100%							2
AEG	1	100%							1
convulsion	1	100%							1
douleur tho	1	100%							1
endocrino	1	100%							1
hematurie	1	100%							1
phlébite	1	100%							1
post op	1	100%							1
renouvellement ordo	1	100%							1
urologie	1	100%	1						1
Total général	224	65%	91	26%	12	3%	18	5 %	345

Tableau 13.5 moyens de transport en fonction du motif d'entrée

Les traumatismes et les affections rhumatismales représentent 91% des motifs de mobilisation des pompiers ou des ambulances.

7. Consultation préalable

Motif de venue	non	% non	oui	%oui	Med généraliste	SOS médecin	Spécialiste	Autre
traumatisme	158	78%	45	22%	20	2	7	16
rhumato	36	73%	13	27%	9		3	1
infectieux	17	68%	8	32%	4	1	2	1
dermato	12	57%	9	43%	5	1	3	
digestif	3	33%	6	67%	6			
psychiatrie	7	88%	1	13%			1	
céphalée	3	60%	2	40%	2			
certificat	2	50%	2	50%		2		
ORL	1	33%	2	67%	1		1	
pneumo	3	100%						
autre			2	100%	2			
avis exam complémentaire			2	100%	1		1	
ophtalmo	2	100%						
AEG	1	100%						
convulsion			1	100%	1			
douleur tho	1	100%						
endocrino			1	100%	1			
hematurie	1	100%						
phlébite			1	100%			1	
post op	1	100%						
renouvellement ordo	1	100%						
urologie			1	100%	1			
Total général	249	72%	96	28%	53 (55%)	6 (6%)	19 (19%)	18 (18%)

Tableau 14.1 consultation préalable en fonction du motif d'entrée

72% des patients n'ont pas consulté de médecin avant de venir aux urgences.

Pour les traumatismes ce taux monte à 78%.

Les patients ayant consulté l'ont fait par rapport à des symptômes motivant leur venue aux urgences d'une durée plus fréquemment supérieure à 2 jours que ceux venus directement aux urgences ($p<0,001$).

Les généralistes sont les plus souvent consultés (55%) quel que soit le motif de venue.

Le taux de recours à une consultation préalable n'est pas très impacté par le fait d'avoir ou pas une maladie chronique (34% de recours à la consultation préalable chez les patients atteints de maladie chronique versus 25%).

Consultation préalable	Ce jour	%	< 2 jours	%	> 2 jours	%	> semaine	%	Total général
Oui	24	25%	8	8,3%	28	29,2%	36	37,5 %	96
Non	142	57%	47	18,9%	22	8,8%	38	15 ,3 %	249
Total	166		55		50		74		345

Tableau 14.2 consultation préalable en fonction de la durée des symptômes

Parmi les 249 patients les trois facteurs qui reviennent le plus souvent dans les motifs de non recours à une consultation médicale en ville est le fait que le médecin n'est pas de matériel adapté (57 patient soit 23%), que les horaires de consultation non adaptés (40 patients soit 16%) ou encore dans les motifs autres le fait de faire intervenir en premier les pompiers essentiellement pour les traumatismes et affections rhumatismales (36 soit 14%). Dans 64 cas (25%) le motif est non précisé.

Motif de recours aux urgences sans consultation préalable	Nombre	%
horaires de consultation non adaptés	40	16%
médecin sans matériel adapté	57	23%
pas de réponse téléphonique	15	6%
autre	105	42%
Non précisé	32	13%
Total général	**249**	

Tableau 14.3 Motif de recours aux urgences sans consultation préalable

Motif de venue	autre	horaires consultation non adaptés	médecin sans matériel adapté	pas de réponse téléphonique	NP	Total
traumatisme	70	22	39	7	20	158
	44%	14%	25%	4%	13%	
rhumato	20	4	7	1	4	36
	56%	11%	19%	3%	11%	
infectieux	4	8	3	1	1	17
	24%	47%	18%	6%	6%	
dermato	3	3	1	3	2	12
	25%	25%	8%	25%	17%	
psychiatrie	5			1	1	7
céphalée		1	1		1	3
digestif		1	2			3
pneumo	1		1		1	3
certificat		1			1	2
ophtalmo	1				1	2
AEG	1					1
douleur tho				1		1
hematurie			1			1
ORL			1			1
post op			1			1
renouvellement ordo				1		1
Total général	**105 (42%)**	**40 (16%)**	**57 (23%)**	**15 (6%)**	**32 (13%)**	**249**

Tableau 14.4 motifs de consultations selon les motifs de recours aux urgences sans consultations préalables

Motif de recours « autre »	Nombre	%
Pompier	36	34%
Non précisé	32	30%
pas pensé au MG	8	8%
distance	6	6%
absent	6	6%
urgent	4	4%
pas de MG	4	4%
pharmacien	3	3%
non précisé	2	2%
AT	1	1%
AVP	1	1%
plus facile d'aller aux urgences	1	1%
police	1	1%
SAMU	1	1%

Tableau 14.5 Motifs de recours aux urgences déclarés « autres »

Dans le cadre des traumatismes on voit le rôle principal joué par les pompiers ou SAMU ou police dans l'acheminement direct vers le service des urgences.

Autre motif de non recours	traumatisme	rhumato	AEG	dermato	infectieux	ophtalmo	pneumo	psychiatrie	Total
pompier	31	5							36
Non précisé	18	7		2	3			4	34
pas pensé au MG	6	2							8
distance	3	1	1				1		6
absent	2	2		1					5
urgent	4								4
pas de MG	1	3							4
pharmacien	2				1				3
AT	1								1
AVP	1								1
MT absent						1			1
plus facile d'aller aux urgences								1	1
police	1								1
SAMU	1								1
Total général	**71**	**20**	**1**	**3**	**4**	**1**	**1**	**5**	**106**

Tableau 14.6 Motifs de recours « autre » selon le motif de consultations

8. Décision de venue aux urgences

Presque 1 patient sur 2 a décidé seul de sa venue aux urgences (48%).
14% sont venus sur avis d'amis ou de la famille, 14% sur avis médical, 10% par leur employeur, 9% par pompiers, 3% sur avis du pharmacien, 2% suite à l'avis du SAMU et 1% ne l'ont pas précisé.

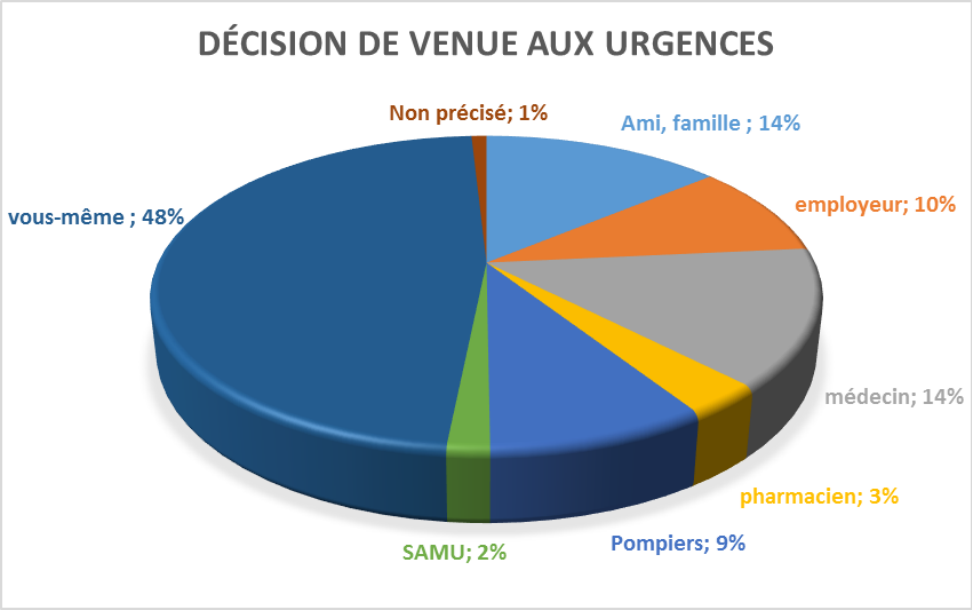


Figure 6 Décision de venue aux urgences des consultants

Lorsque le patient a eu une consultation préalable dans 1 cas sur deux c'est le médecin qui adresse le patient aux urgences. Dans 12% des cas les patients viennent dans le contexte du travail adressés par leur employeur pour des affections traumatiques ou rhumatismales, le plus souvent (91% des cas) aux heures de travail.

	Consultation préalable				
Décision	**non**	**% non**	**oui**	**% oui**	**Total général**
Vous-même	129	52%	35	36%	164
Médecin	1	0%	**48**	**50%**	**49**
Ami, famille	41	16%	7	7%	48
Employeur	31	12%	2	2%	33
Pharmacien	11	4%			11
Pompiers	31	12%			31
SAMU	2	1%	4	4%	6
Non précisé	3	1%			3
Total	**249**		**96**		**345**

Tableau 15 Décision de venue aux urgences en fonction d'une consultation préalable

9. Motif de venue ce jour aux urgences

70 patients (20%) n'ont donné pour seul motif que le fait qu'ils aient été adressés par un médecin/pompiers/SAMU.

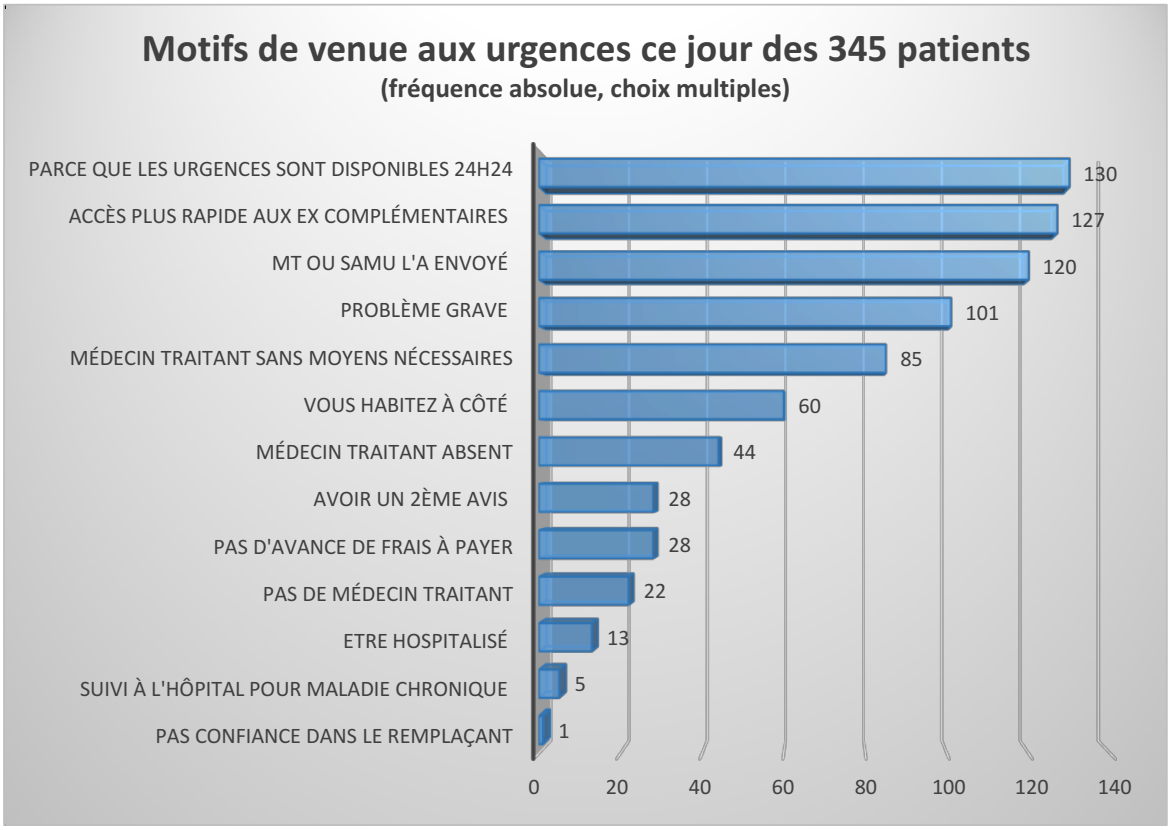


Figure 7 : motif de venus chez les consultants

Pour les affections traumatologiques on peut distinguer trois justifications à l'arrivée aux urgences : l'adressage par le médecin traitant, les pompiers ou le SAMU d'une part et l'accessibilité des urgences 24h/24h avec la possibilité d'avoir rapidement des examens complémentaires d'autre part.

Ces deux réponses étaient associées dans 42% des cas.

Motifs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
traumatisme	35	71	79	10	7	20		48	8	5	2	47	87	203
	17 %	35 %	39 %	5%	3%	10 %		24 %	4%	2 %	1 %	23 %	43 %	
rhumato	11	15	16	6	4	5		12	6			17	14	49
	22 %	31 %	33 %	12 %	8%	10 %		24 %	12 %			35 %	29 %	
infectieux	3	14	6	2	2	6	1	8	2	3		9	5	25
	12 %	56 %	24 %	8%	8%	24 %	4 %	32 %	8%	12 %		36 %	20 %	
dermato	3	11	7	2	2	6		6	3		1	11	4	21
	14 %	52 %	33 %	10 %	10 %	29 %		29 %	14 %		5 %	52 %	19 %	
digestif	2	4	6	1		2		2	4	1		4	3	9
psychiatrie		5	2	2	3	1		1			1	2	2	8
céphalée	1	3	5	1	1			4	2	1		2		5
certificat	1	2		2	2									4
ORL		1	1	1		1		2	1			1		3
pneumo	2	1								1		1		3
autre			1					1	1			1	1	2
avis exam complémentaire		1	1						1	1	1	2	1	2
ophtalmo	1	2	2	1	1	1						1		2
AEG	1											1		1
convulsion													1	1
douleur tho						1								1
endocrino													1	1
hematurie								1				1		1
phlébite			1											1
post op										1		1		1
renouvellement ordo						1								1
urologie													1	1
Total	**60**	**130**	**127**	**28**	**22**	**44**	**1**	**85**	**28**	**13**	**5**	**101**	**120**	**345**

Tableau 16. Motifs d'entrée selon le motif de venue aux urgences.

1.vous habitez à côté
2.parce que les urgences sont disponibles 24h24
3.accès plus rapide aux ex complémentaires
4. pas d'avance de frais à payer
5. pas de médecin traitant
6. médecin traitant absent
7. pas confiance dans le remplaçant
8. médecin traitant sans moyens nécessaires
9. avoir un 2ème avis
10. être hospitalisé
11. suivi à l'hôpital pour maladie chronique
12. problème grave
13. MT ou SAMU l'a envoyé

D. AVIS MEDICAL DU SERVICE DES URGENCES SUR LA PERTINENCE DU RECOURS AUX URGENCES

De l'avis des urgentistes, seuls 43% des passages aux urgences étaient justifiées.
La justification est variable en fonction des motifs de venue.
Dans le cadre des affections traumatologiques un peu plus de la moitié des patients justifiaient d'un passage aux urgences. A contrario pour les causes rhumatismales, infectieuses, dermatologiques ou psychiatriques moins d'un quart des patients justifiaient d'un recours au service des urgences.

Motif de venue	non	% non	oui	%oui	NP	Total
traumatisme	88	43%	114	56%	1	203
rhumato	42	86%	7	14%		49
infectieux	18	72%	6	24%	1	25
dermato	16	76%	5	24%		21
digestif	6	67%	3	33%		9
psychiatrie	7	88%	1	13%		8
céphalée	3	60%	2	40%		5
certificat	4	100%				4
ORL	3	100%				3
pneumo	2	67%	1	33%		3
autre			2	100%		2
avis exam complémentaire	1	50%	1	50%		2
ophtalmo	2	100%				2
AEG	1	100%				1
convulsion			1	100%		1
douleur tho			1	100%		1
endocrino			1	100%		1
hematurie			1	100%		1
phlébite			1	100%		1
post op	1	100%				1
renouvellement ordonnance	1	100%				1
urologie	1	100%				1
Total général	**196**	57%	**147**	43%	**2**	**345**

Tableau 17.1 Justification du recours en fonction du motif d'entrée

L'avis médical est significativement différent en fonction du mode de transport des patients : la venue était justifiée pour 58,7% des patients venus en ambulance, 59,3% de ceux amenés par les pompiers, 35,9% pour les patients venus par leurs propres moyens et 38,9% par d'autres moyens ($p<0,001$). De même lorsque le patient a coché

qu'il a été adressé par son médecin traitant ou le SAMU le taux de justification de la consultation aux urgences est de 64,2% (77 patients).

Par contre il n'y a pas de relation avec le sexe du patient, la nationnalité, l'intensité de la douleur ou de la gravité jugée par le patient, la notion d'urgence jugé par le patient, de l'adressage aux urgences, de la profession, ou de la couverture sociale.

Justification de la consultation aux urgences		N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Gravité	**oui**	147	5,49	2,581	0	10
	non	195	5,69	2,206	0	10
	Total	342	5,60	2,373	0	10
Douleur	**oui**	147	5,48	2,708	0	10
	non	196	5,71	2,588	0	10
	Total	343	5,61	2,639	0	10

Tableau 17.2 justification du recours en fonction de la gravité et de la douleur ressenties

Pas de différence statistiquement significative dans les moyennes observées.

	Motif de consultation justifiait l'urgence				
Décision de venue	**non**	**% non**	**oui**	**% oui**	**Total général**
Vous-même	115	70,1%	49	29,9%	164
Médecin	19	38,8%	30	**61,2%**	49
Ami, famille	27	57,4%	20	42,6%	47
Employeur	17	51,5%	16	48,5%	33
Pharmacien	7	63,6%	4	36,4%	11
Pompiers	9	29%	22	**71%**	31
SAMU	1	16,7%	5	**83,3%**	6
Non précisé	1		2		3
Total	**196**	**57%**	**148**	**43%**	**344**

Tableau 17.3 justification de l'entrée en fonction de l'adressage aux urgences

	Profession				Venu aux heures de travail				Couverture sociale			
Justification de l'urgence	**oui**	**% oui**	**non**	**% non**	**oui**	**% oui**	**non**	**% non**	**oui**	**% oui**	**non**	**% non**
Oui	86	48,6%	62	37,1 %	56	50,6%	31	47%	144	44 %	4	23,5 %
Non	91	51,4%	105	62,9 %	55	49,5%	35	53%	183	56 %	13	76,5 %
Total	P<0,032				NS				NS			

Tableau 17.4 justification du recours en fonction de la profession et couverture sociale

Justification de l'urgence	Homme	Femme	Français	Etranger	CMUc	Mutuelle privée
Oui	80 (42,8%)	68 (43,3%)	128 (46%)	20 (30,8%)	24 (34,8%)	110 (47,4%)
Non	107 (57,2%)	89 (56,7%)	150 (54%)	45 (69,2%)	45 (65,2%)	122 (52,6%)
Total	NS		P<0,025		NS	

Tableau 17.5 justification du recours s en fonction du sexe, de la nationalité et de la complémentaire santé

Justification de l'urgence / moyen de transport	Ambulance	Pompiers	Autre	Propres moyens	Consulta médicale oui	Consult médicale Non
Oui	7 (58,3%)	54 (59,3%)	7 (38,9%)	80 (35,9%)	44 (45,8%)	104 (42%)
Non	5 (41,7%)	37 (40,7%)	11 (61,1%)	143 (64,1%)	52 (54,2%)	144 (58%)
Total	P<0,001				NS	

Tableau 17.6 justification du recours en fonction du mode de transport et de la consultation préalable.

	Prise en charge recommandée								
Motif de venue	**aux urgences psychiatriques**	**par le MG avec examens complémentaires**		**par le MG sans examens complémentaires**		**par un spécialiste**		**NP**	**Total général**
traumatisme		46	52%	35	40%	6	7%	1	88
rhumato		12	29%	25	60%	4	10%	1	42
infectieux		3	17%	14	78%	1	6%		18
dermato				13	81%	3	19%		16
psychiatrie	5 (71%)			2	29%				7
digestif		2	33%	3	50%	1	17%		6
certificat				4	100%				4
céphalée				3	100%				3
ORL				2	67%	1	33%		3
ophtalmo						2	100%		2
pneumo		2	100%						2
AEG		1	100%						1
avis exam complémentaire						1	100%		1
post op		1	100%						1
renouvellement ordo				1	100%				1
urologie		1	100%						1
Total général	**5 (3%)**	**68**	35%	**102**	52%	**19**	10%	**2**	**196**

Tableau 17.7 prise en charge recommandé en fonction du motif d'entrée

Très peu de patients dont la venue aux urgences ne semble pas justifiée relevaient d'un avis d'un spécialiste (7%).

Dans plus de la moitié des cas et en particulier dans les affections rhumatismales, infectieuses ou dermatologiques le médecin généraliste sans examens complémentaires aurait pu être à même de prendre le patient en charge.

Pour les traumatismes le recours au MG avec des examens complémentaires ou à des avis spécialisés est majoritairement requis.

Le motif de recours aux urgences pour les patients qui connaissaient les maisons médicales de garde n'est pas plus justifié que pour ceux qui ne les connaissaient pas

(36 patients/77 soit 46,8% de ceux connaissant les maisons médicales ont un recours justifié versus 112/277 (41,9%) qui ne les ont pas citées, NS).
Le recours justifié aux urgences est indépendant du fait de connaitre ou pas les maisons médicales de garde, d'avoir un médecin traitant, de citer les urgences adultes, ou le médecin du travail.

Maison médicale	Non spécifié	Ami, famille	employeur	médecin	pharmacien	Pompier	Samu	Vous-même	Total général
Oui	**0**	**10**	**11**	**15**	**2**	**7**	**1**	**31**	**77**
Non	3	38	22	34	9	24	5	133	268
Total	3	48	33	49	11	31	6	164	345

Tableau 17.8 Connaissance des Maison médicale selon l'adressage aux services d'urgences

1. Actes réalisés

30% des patients venus aux urgences n'ont requis aucun acte et tous sont repartis à domicile. On note une différence significative du pourcentage de patients qui n'ont pas eu d'examen en fonction de leur sexe (41 femmes (26%) versus 68 hommes (36%) p<0,045) ; le fait d'avoir une profession (40 patients avec profession (22,6%*) versus 69 (41%) sans profession p<0,001) ; une couverture sociale (10 (59%) sans couverture versus 99 (30%) avec couverture p<0,013).

Les différences ne sont pas statistiquement significatives en fonction du fait que le patient ait ou pas un médecin traitant (91 patient (30%) chez ceux qui en ont versus 18 (44%) chez ceux qui n'en n'ont pas) ; une assurance complémentaire (18 patients sans assurance (42%) versus 27 patients (39%) pour la CMUc et 64 patients (28%) pour ceux disposant d'une mutuelle privée).
La notion d'urgence du patient n'a pas d'impact sur le recours à des actes : 19 (33%) chez qui le problème n'était pas urgent n'ont eu aucun acte versus 90 (31%) pour qui le problème était urgent. De même le fait d'avoir eu une consultation médicale préalable n'a pas d'impact sur la réalisation des actes : 77 patients sans consultation préalable (30,9%) n'ont eu aucun acte versus 32 (33,3%) patients avec consultation préalable.

	Aucun acte	%	Pansements	%	Plâtres	%	Sutures	%	ECG	%	Bilan sanguin	%	Radio		Scanner		IRM		Avis spécialisé	%	Autres	
AEG											1	100%	1	100%								0%
autre							1	50%			1	50%	1	50%							1	50%
avis exam complémentaire											1	50%			2	100%			2	100%		0%
céphalée	2	40%									2	40%			1	20%	1	20%	1	20%	1	20%
certificat	3	75%											1	25%								0%
convulsion									1	100%	1	100%			1	100%						0%
dermato	10	48%	7	33%							2	10%							2	10%	1	5%
digestif	4	44%							1	11%	3	33%							2	22%		0%
douleur tho									1	100%	1	100%										0%
endocrino									1	100%	1	100%									1	####

hematurie											1	100%									1	####
infectieux	16	64%	3	12%							5	20%	1	4%	1	4%			2	8%		0%
ophtalmo	1	50%																	1	50%		0%
ORL	1	33%									1	33%							1	33%		0%
phlébite											1	100%									1	####
pneumo									2	67%	1	33%	2	67%							1	33%
post op											1	100%	1	100%								0%
psychiatrie	6	75%							2	25%	1	13%										0%
renouvellement ordo	1	100%																				0%
rhumato	34	69%							1	2%	2	4%	12	24%	1	2%			2	4%	1	2%
traumatisme	31	15%	37	18%	21	10%	21	10%	1		17	8%	136	67%	11	5%			40	20%	9	4%
urologie																					1	####
Total général	**109**	32%	**47**	14%	**21**	6%	**22**	6%	**10**	3%	**43**	12%	**155**	45%	17	5%	1	0%	53	15%	18	5%

Tableau 18.1 Actes réalisées en fonction du motif de consultations.

Les différents actes réalisés ne sont pas majoritairement pas impactés par le sexe, la couverture sociale, le fait d'avoir un médecin traitant ou d'avoir eu une consultation préalable, le fait que le problème ait été jugé urgent par le patient.

Les seules différences observées concernent les pansements, sutures, et radios faites de manière significativement plus importante chez les patients avec une profession et couverts par une mutuelle privée :

-Profession : pansements 32 (18,1%) versus pas de profession : pansements 15 (8,98%) p<0,013
-Assurance complémentaire : Mutuelle privée : 39 (18,9%) versus CMUc 5 (7,1%) pas de complémentaire 3 (7%) P<0,047
-Profession : plâtres : 16 (9%) versus 5 (3%) chez ceux sans profession p<0,019
-Sexe : sutures : 15 (9,6%) chez la femme versus 7 (3,7%) chez l'homme p<0 ,027
-Mutuelle privée : sutures : 22 (9,5%) versus 0 pour les CMUC ou sans mutuelle.
-Mutuelle privée : bilans sanguins faits : 36 (15,5%) versus CMUC 3 (4,3%) et sans Assurance 4 (9,3%) p<0,036
-Profession : Radio faite : 89 (50,3%) patients avec profession versus 66 (39,3%) sans profession p<0,040
-Consultation médicale préalable non : 121 radios faites (48,6%) versus 34 (35,4%) chez ceux sans consultation préalable p<0,027
-Avis spécialisé demandé : profession : 42 (23,7%) versus 11 (6,5%) sans profession p<0,0001
-Avis spécialisé demandé : Mutuelle privée : 50 (21,6%) versus 3 (4,3%) CMUc, 0 sans mutuelle.

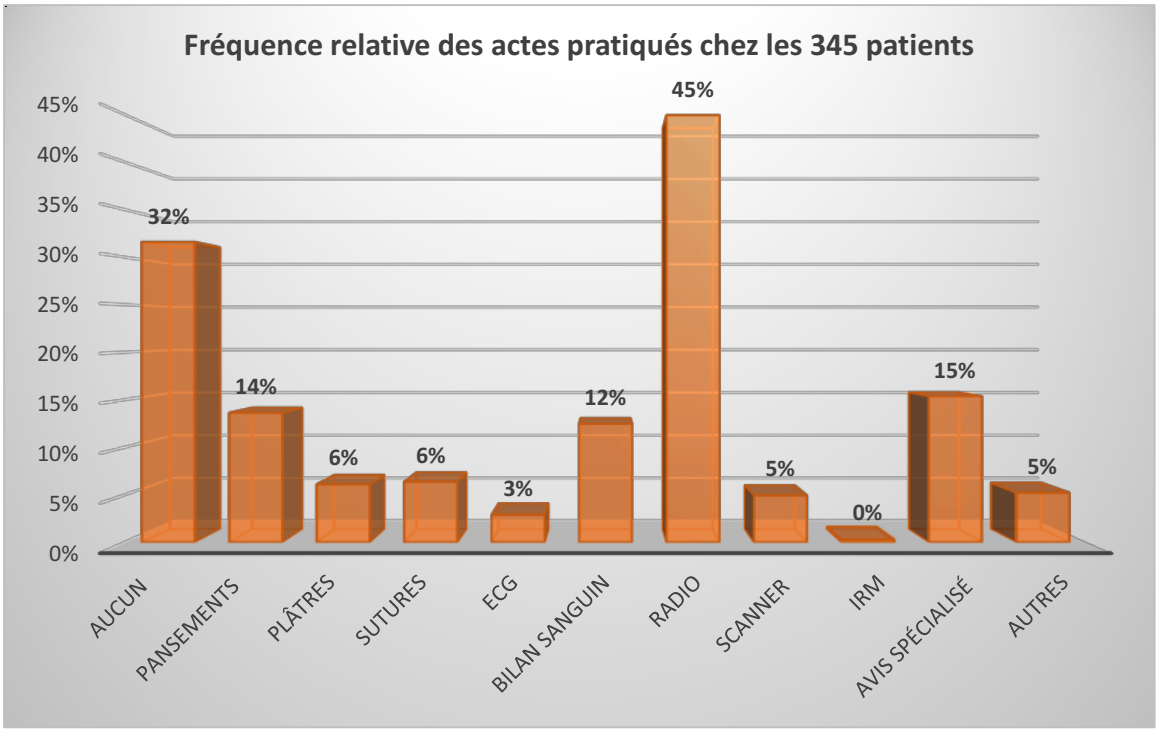


Figure 8 Fréquence relative des actes pratiqués chez les consultants

Les actes réalisés individuellement ne sont pas différents suivant le mode de transport du patient sauf pour la radiologie où le taux de recours est statistiquement différent en fonction des modalités de transport (3 patients (25%) pour ceux transportés par ambulance ; 10 (55,6%) moyens autres, 52 (57,1%) pompiers, 90 (40,2% moyens propres($p<0,016$)).

2. Devenir du patient

91% des patients retournent à domicile avec dans 29% des cas une consultation spécialisée programmée.

Les traumatismes sont ceux qui quantitativement bénéficient le plus souvent d'un avis spécialisé aux urgences et qui ressortent aussi avec dans un tiers des cas une consultation spécialisée.

Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives les effectifs étant trop faibles même en cas de regroupement ambulance et pompiers.

Motifs	Fugues		Hospitalisation		RAD		RAD+CS spécialisée en externe		Urgences psychiatrique		Total
traumatisme	3	1%	12	6%	125	62%	63	31%			203
rhumato	1	2%	1	2%	36	73%	11	22%			49
infectieux	1	4%	3	12%	16	64%	5	20%			25
dermato					14	67%	7	33%			21
digestif					5	56%	4	44%			9
psychiatrie					3	38%			5	62%	8
céphalée	1	20%			4	80%					5
certificat					4	100%					4
ORL							3	100%			3
pneumo					2	67%	1	33%			3
autre					1	50%	1	50%			2
avis exam complémentaire			1	50%			1	50%			2
ophtalmo							2	100%			2
AEG					1	100%					1
convulsion			1	100%							1
douleur thoracique					1	100%					1
endocrino			1								1
hematurie							1	100%			1
phlébite					1	100%					1
post op					1	100%					1
renouvellement ordo					1	100%					1
urologie							1				1
Total général	**6**	**1,7%**	**19**	**5,5%**	**215**	**62,3%**	**100**	**29%**	**5**	**1,4%)**	**345**

Tableau 19.1 devenir du patient selon le motif de consultations

Transport	Fugue		Hospitalisa-tion		RAD		RAD avec Consultation spécialisée		Urgences psychiatriques		Total
ambulance			1	8%	3	25 %	8	67%			12
autre			3	17%	14	78 %	1	6%			18
pompiers	3	3%	8	9%	61	67 %	16	18%	3	3%	91
propre moyen	3	1%	7	3%	137	61 %	75	33%	2	1%	224
Total général	**6**		**19**		**215**		**100**		**5**		**345**

Tableau 19.2 devenir du patient en fonction du moyen de transports

V. DISCUSSION

A. A PROPOS DE NOTRE ETUDE

1. Biais et limites de l'étude

Le premier biais de cette étude est qu'il s'agit d'une étude monocentrique (Service des Urgences Hôpital de la Timone).
Malheureusement, notre questionnaire n'a pas pu être remis à chacun des patients se présentant à la filière courte des Urgences ; ce qui constitue le principal biais de notre étude. En effet la participation était plus ou moins forte en fonction de l'IAO et des médecins présents. De plus, la distribution du questionnaire constituait un surcroit de travail et celui-ci a sans doute été moins proposé les jours de forte activité.
Enfin le questionnaire a parfois été refusé par le patient pour motif personnel ou à cause de la barrière de la langue ce qui induit un biais de sélection.

Le questionnaire destiné au patient devait être renseigné par le patient seul, néanmoins lorsque celui-ci se trouvait dans l'impossibilité (traumatisme du membre supérieur, ou illettrisme) le questionnaire fut rempli avec notre aide. Ce qui induit un biais de mesure.
Enfin, nous avons dû compléter certains questionnaires non remplis (partie médicale) a posteriori à l'aide du dossier informatique du patient, constituant un biais d'interprétation.

2. Profil des patients

Au total 345 patients ont participé à notre enquête.
83 % des patients avaient moins de 60 ans pour un âge moyen de 37,9 ans, ce qui s'explique aisément (cf. tableau 2). En effet, les personnes âges sont souvent orientées vers la filière longue des urgences selon les protocoles en vigueur dans le service. Cette partie de la population nécessitent souvent une prise en charge plus longue du fait de leur fragilité, et de leur polypathologie.

La population de notre enquête diffère des données de l'INSEE Bouches du Rhône (25), le taux de personnes en activité est inférieur dans notre échantillon (51% des patients avaient une profession contre 69% selon l'INSEE) (cf. tableau 5.1).
95 % des patients disposaient d'une couverture sociale. En terme d'assurance complémentaire seuls 8% n'en avait aucune (cf. tableau 6.1). L'enquête DRESS de 2013 retrouve le même ordre de grandeur (26). Contrairement à l'idée que nous nous faisions, seul 8% ont déclaré s'être rendus aux urgences pour ne pas avoir d'avance de frais à payer (cf. tableau16).

88% des patients déclaraient avoir un médecin traitant. Le médecin traitant et les services d'urgences sont les ressources médicales les plus connues sur notre échantillon (cf. tableau 7.1). Nous avons été surpris de l'écart retrouvé avec les autres structures. Les maisons médicales sont celles le moins citées. Plusieurs travaux de thèses mettent en avant un manque d'information et de communication sur l'existence des MMG (27)(28), pouvant expliquer nos résultats.

3. Motifs et modes de consultations aux Urgences

Le motif de recours principal dans notre étude était la traumatologie dans près de 60% des cas (cf. tableau 8.1). Ce qui concorde avec l'étude DRESS (26) ; les causes traumatiques regroupent 36% des motifs et occupent la première place. Cette étude portait sur l'ensemble des entrées ce qui explique un pourcentage plus bas que dans la nôtre.

Les patients viennent consulter aux services d'urgences dans 48% des cas le jour même (53% DRESS) et dans 21% des cas pour une situation datant de plus d'une semaine (29% DRESS) (cf. figure 2). Les motifs suscitant la venue la plus précoce sont la traumatologie et la rhumatologie (cf. tableau 9).
A contrario les affections dermatologiques et infectieuses motivent une consultation plus tardive. Pourtant on ne retrouve pas de différence significative quant à l'urgence de venue pour ces motifs-là.
Les patients estiment donc que l'urgence est tout autant justifiée pour des motifs datant de plusieurs jours : « j'ai patienté chez moi pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que la

douleur devienne insupportable. C'est à ce moment-là c'est devenu une urgence pour moi, donc je suis venue » a déclaré une patiente.

Nous avons été surpris de constater qu'il y avait une corrélation forte entre l'intensité de la douleur ressentie et la gravité ressentie par le patient (cf. figure 5). L'estimation de la douleur est difficile et subjective ; elle est propre à chaque individu. Il semble que celle de la gravité le soit aussi. En effet le patient ne dispose pas du savoir médical pour pouvoir l'apprécier.
L'estimation de la gravité semble également différente en fonction des professionnels de santé. Une thèse réalisée dans le bassin de l'Espalion montre une différence significative dans la cotation CCMU entre le médecin urgentiste et le médecin généraliste.(29)
Néanmoins, notre étude montre une différence significative chez les étrangers. Ils donnent une cotation plus grave pour les motifs traumatiques (6,7 versus 5,1) et rhumatismales (7,1 versus 5,5) que les français. La manifestation de la douleur a donc une composante culturelle à ne pas négliger.

La majorité des patients est venue par ses propres moyens (65%) (tableau cf. 13.1). On retrouve les mêmes proportions dans l'étude DRESS (68%).
Les Pompiers représentent 26,4% des arrivées dans notre étude et 38,4% sur le SU Adulte de la Timone selon l'ORUPACA 2016. L'étude DRESS n'en compte que 11%. Cela s'explique par le fait que la ville de Marseille est couverte par le bataillon des sapeurs-pompiers à la différence par exemple du CHI de Gap (8,7% des entrées par VSAV). (15)
En effet, les affections traumatiques et rhumatismales représentent 91% des mobilisations par pompiers ou ambulance (cf. tableau 13.5). Particularité sur la ville de Marseille, il existe des conventions entre le bataillon des marins pompiers de Marseille et le SAMU. Les VSAV sont engagés pour les pathologies traumatiques et évènementielles quelque soit le lieu et pour toutes autres pathologies prises en charge sur la voie publique.

Notre étude révèle que 72% des patients n'ont pas consulté de médecin avant de venir (cf. tableau 14.1). Ce pourcentage est retrouvé dans d'autres thèses et l'enquête DRESS (26)(30)(31). Dans notre étude, les patients mettent en avant trois raisons

principales : le fait que le médecin n'avait pas le matériel adapté, que les horaires de consultation n'étaient pas adaptées, et qu'ils avaient fait appel aux pompiers en premiers recours (dans le cadre des traumatismes et des causes rhumatologiques pour la plupart) (cf. tableau 14.3, 14.4 et 14.5).
La petite traumatologie fait partie intégrante de la pratique quotidienne du médecin généraliste. Le médecin représente pour le patient le premier contact avec le système de soins. Pourtant plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes pratiquent de moins en moins la suture de plaie en ville (32)(33). Les principaux obstacles identifiés sont le temps trop long de l'acte, la rémunération trop basse mais aussi l'insuffisance ou la perte des compétences techniques par manque de demande de la patientèle (34).
Il y a donc eu un transfert progressif de cette pratique vers le milieu hospitalier, sans qu'il y ait eu de décision des autorités de santé ou d'accord entre la médecine de ville et hospitalière.

Les patients expriment comme principales motivations les ayant conduits aux urgences par ordre décroissant : la disponibilité 24h/24, un accès plus rapides aux examens complémentaires, et le fait qu'ils aient été adressés par un médecin ou le 15 (cf. figure 7).
Ces trois principaux motifs, sont associés dans 42% aux affections traumatologiques (cf. tableau 16). On retrouve les mêmes estimations dans l'enquête DRESS.
La nette prédominance des consultations pour des pathologies traumatiques explique pourquoi le besoin d'examens complémentaires est évoqué en second lieu. Les patients anticipent leur prise en charge, sans doute rassurés par la proximité d'un vaste plateau technique. Ils pensent pouvoir bénéficier de services plus rapides et plus performants que ceux qu'offriraient leurs médecins traitants.

4. Justification des recours vue par les médecins

D'un point de vue des médecins, seul 43% des motifs justifiaient une prise en charge aux urgences (cf. tableau 17.1). Cela varie en fonction du motif.
Les causes traumatiques étaient justifiées dans 56% des cas. Pour les autres, moins d'un quart des patients justifiait leurs venues aux urgences.

Bien que ces chiffres soient assez étonnant, il faut noter que la justification fut appréciée par des médecins différents, pour lesquels la notion d'urgence diffère sans doute. Par exemple, une étude espagnole estime que le fait de bénéficier d'une radiographie constitue un soin spécifique des services d'urgences. (35)
Cependant lorsque les patients venaient via les pompiers ou en ambulance ou adressés par un médecin, leurs recours étaient justifiés dans environ 60% des cas contre 38% par leurs propres moyens (cf. tableau 17.3).
Notre étude nous mène toutefois à une constatation paradoxale. Alors qu'une de nos hypothèses était que les patients pouvaient être pris en charge pour la grande majorité en médecine de ville, on retrouve finalement des demandes de soins différentes de celle de la médecine ambulatoire. Il semble que la population étudiée se trouve à la frontière entre la médecine de ville et hospitalière. Leur problème de santé est à la fois « trop léger » pour une prise en charge hospitalière et trop compliqué pour la médecine libérale dans l'organisation du système de santé actuel. Une thèse a mis en évidence que 46% des patients au terme de leur consultation aux urgences reviendraient si la même situation venait à se présenter (31).

Parmi les actes réalisés la radiographie occupe la première place avec 45% de prescription (cf. figure 8). Au vu de la place de la traumatologie sur notre échantillon, on comprend pourquoi les patients se voient prescrire plus d'examens complémentaires par rapport à la médecine de ville, où ils n'en bénéficient que dans 16% des cas (36). Cependant, cela doit nous interroger sur la pertinence de ces prescriptions. Les médecins aux urgences ne prescrivent-ils pas trop facilement ? Se sentent-ils poussés par une obligation de moyens sous la pression du patient et du plateau technique à disposition ?

Dans son rapport de 2013 l'Académie Nationale de médecine met en avant plusieurs hypothèses (37) :
-Les conditions d'exercices : l'interrogatoire et l'examen clinique seraient moins poussés qu'ils ne le devraient et entraineraient la prescription d'examens complémentaires avec moins de réflexion. Une des raisons que nous pourrions émettre pour le CHU, serait la présence d'étudiants en médecine en formation parfois

en première ligne, qui auraient la prescription plus facile d'examens complémentaires qu'un interne ou un médecin sénior.
-L'activité médicale qui est de plus en plus sensibilisée au principe de précaution et au risque de judiciarisation.
- Les médias qui jouent un rôle considérable dans la diffusion hâtive d'informations parfois non contrôlées, et trop souvent à sensation.
- Internet joue aussi un rôle pervers par sa multitude d'informations difficiles à trier et à évaluer, faute de repères de compétence et de validation. Les forums (ex : doctissimo) sont la porte ouverte à toutes les dérives.
- Le consumérisme médical est une tendance de plus en plus forte dans la population. On peut entendre « j'ai payé, j'y ai droit », et plus difficile à combattre l'exigence de rapidité dans la recherche d'une bonne stratégie, qui peut précipiter certaines prescriptions sans une évaluation sérieuse de leur pertinence.

Dans notre étude, les seules différences observées concernent les radiographies, les sutures et les pansements réalisés de façon plus significative chez les patients ayant une profession et couvert par une mutuelle privé. Cela s'explique simplement.
En effet, la traumatologie est le motif ayant nécessité le plus de recours aux examens complémentaires (65% de radiographies, 18% de pansements, 10% de plâtres et 10% de sutures) (cf. tableau 18.1). Aussi selon nos résultats, les patients ayant une profession étaient plus nombreux à venir pour causes traumatiques que ceux n'en ayant pas (55% versus 45%) de même pour ceux ayant une couverture sociale (60% versus 41%) (cf. tableau 8.2).

Enfin, 91% des patients sont rentrés à domicile à l'issu de la prise en charge (cf. tableau 19.1). Seulement 5, 5% des patients ont été hospitalisé, qui dans près de 50% des cas l'étaient pour cause traumatique. Cela s'explique par l'agencement de la filière courte qui dispose d'un box où peuvent être réalisés des actes de sédation et d'analgésie pour la réduction de luxation ou de fracture.
Ce taux minime d'hospitalisation s'explique par la présence d'IAO et d'un médecin à l'accueil. L'intérêt d'un(e) IDE au triage a été reconnu par la SFMU en 2001 avec la création d'un comité de coordination des infirmières et infirmiers (actuelle Commission Soins et Urgences).

Le décret de mai 2006 le nomme Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge (IAO). L'impact organisationnel d'un(e) IDE au triage est prouvé, même s'il n'a pas été évalué par des études avec un niveau de preuve élevé. La majeure partie des études conclut à la reconnaissance et à la prise en charge rapide des malades les plus graves par l'IOA, même s'il n'est pas formellement établi que le triage réduise la morbimortalité. (38)
Le médecin permet d'affiner le triage de l'IAO en corrigeant la surcotation des patients et en détectant un patient grave non identifié. L'évaluation médicale permet en outre d'optimiser la prévision des ressources à mobiliser pour la prise en charge du patient et de mieux l'orienter vers une filière adaptée.

B. REFLEXION ET PERSPECTIVE D'ORGANISATION

1. Un accès contrôlé : exemple de la Norvège

L'accès aux urgences n'est pas direct : le patient est adressé par son généraliste qui aura prévenu le service avant son arrivée ou amené par une ambulance qui aura aussi prévenu le service. Les médecins des urgences peuvent refuser de voir un patient s'ils considèrent que les soins peuvent être apportés dans un centre de santé. (39)
Cette organisation contraignante du système de soins paraît difficilement transposable en France, où le principe du libre arbitre est très ancré dans les mentalités. De plus la Norvège s'appuie sur un système de permanence de soins ambulatoires très efficace.

2. Une participation financière : exemple de la Belgique

En Belgique, près d'un médecin sur deux (49%) souhaite la perception immédiate d'un honoraire aux urgences selon un sondage publié dans le Quotidien du médecin en mars 2017. Selon les médecins interrogés, un frein financier pourrait réduire le recours abusif à ce service (40).
De récentes études sur l'apport de MMG accolées aux S.U. montrent une diminution transitoire du nombre d'admission. L'une des principales raisons serait l'aspect

financier. Les patients préfèrent se rendre aux urgences pour ne pas avoir à faire l'avance de frais (17). Cependant, selon notre étude l'absence d'avance des frais à payer ne constitue que dans 8% des cas un motif de recours aux urgences (cf. tableau 16).
D'autres auteurs parlent de sanctions financières à l'encontre des « usagers abusifs » des S.U. Le principe semble discutable déontologiquement et difficile à mettre en place. On remarque que des mesures déjà en vigueur comme le déremboursement des frais de déplacement à domicile en cas de visites injustifiées étaient peu mises en pratique réellement.

3. Renforcer le rôle des infirmiers à tous les niveaux de la prise en charge des urgences : exemple du Royaume Uni (39)

Il existe un numéro d'appel gratuit auquel répondent des infirmiers. Il permet d'avoir des informations médicales, des conseils adaptés, et d'éviter de surcharger le 900 (équivalent du 15 en France) qui devient plus adapté pour de réelles situations urgentes.
Elles assurent la première prise en charge du malade à son arrivée en faisant un triage et parfois débutent les premières prescriptions d'examens complémentaires. Elles travaillent dans des centres de consultations rapides, véritables relais aux urgences des hôpitaux. Elles y assurent la prise en charge globale du patient et réalisent certains soins de façon complètement autonome.
Enfin, au sein des services d'urgence, les « Nurse Practitioners » reçoivent une formation spéciale, organisée par les services où elles travaillent. Elles agissent de façon indépendante pour certaines consultations sans solliciter les médecins occupés ailleurs.

En France, l'IAO a un rôle fondamental dans l'organisation des services d'urgences (41). Ce poste clé revêt une importance croissante compte tenu du rôle primordial du tri face à l'augmentation constante des passages. Comme nous l'avons vu dans notre étude seulement 5, 5% des patients ont été hospitalisé au niveau de la filière courte (cf. tableau 18.1).

L'élargissement du champ de compétence de l'IAO semble une piste sérieuse et permettrait d'optimiser le temps de prise en charge des malades en améliorant l'organisation du parcours de soins du patient.

4. Les services d'urgences comme seul accès aux soins

A l'inverse de la Norvège, on pourrait suivre l'évolution actuelle et orienter tout vers les S.U. Ce qui paraît peu faisable en pratique tant sur le plan financier qu'humain. Malgré que le budget alloué à la santé augmente, les dépenses de santé augmentent inexorablement d'année en année en raison notamment du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques ou encore du progrès technologique.

Par ailleurs une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation a été constatée. Entre 2000 et 2010, le nombre de lits d'hospitalisation, est passé de plus de 480 000 à moins de 420 000 (42). Le temps de passage aux urgences et donc sa surcharge est directement corrélé au taux d'occupation des lits de l'établissement. A l'heure actuelle, il paraît difficile de demander aux S.U. d'élargir leurs services accueils en amont, si les capacités en aval sont réduites.

5. Revaloriser les médecins libéraux : exemple de la Suisse

En Suisse, pour la facturation de leurs patients, les médecins appliquent un tarif uniforme : le TARMED. Il dénombre plus de 4600 actes, et comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales fournies au cabinet médical et dans le domaine hospitalier ambulatoire.
Un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise.
En outre, le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique (43). Néanmoins le remboursement des médicaments, des analyses de laboratoires ou du matériel n'est pas réglementé par le TARMED.

En France, il existe un déséquilibre dans la cotation des actes médicaux. Certains peuvent être considéré comme sous ou surcotés si l'on compare le service rendu au patient par rapport à la hauteur de la rémunération.
Par exemple on peut se demander si un renouvellement d'ordonnance qui n'a pris qu'un temps minime n'est pas surcoté, par rapport à une consultation approfondie sur un problème complexe qui aura pris plus d'une demi-heure.

6. Renforcer la Permanence de soins (PDS)

En Suède, Finlande et Norvège, les centres de santé primaires avec des médecins généralistes sont ouverts en continu et assurent l'accueil des patients en relais aux urgences hospitalières. Ces deux types de structures travaillent en collaboration. Cette double possibilité d'accueil des urgences a permis à ces trois pays de limiter l'afflux des patients dans les services d'urgence hospitaliers. (39)

En Espagne, il existe des "Puntos de Atencion Continuada" ou PAC, fonctionnant 24h/24, aidés de la "Unidad de Atencion Domicilaria" ou UAD, qui assurent des soins médicaux et infirmiers au domicile. Le tout est géré par les centres de régulation. Ils ne disposent pas de plateau technique mais ont un véhicule avec un chauffeur permettant aux médecins et infirmiers de faire des visites à domicile (UAD) (44). Cependant ces centres sont encore mal connus et peu nombreux expliquant que les patients « peu urgents » continuent de consulter aux urgences.

Notre étude identifie le même problème. Les MMG sont les structures de soins les moins connues, en effet seuls 22% des patients interrogés les connaissaient (cf. tableau 7.1).

C. REDEFINIR LES ROLES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE

1. Renforcer les moyens des services de régulation

L'augmentation constante des demandes de soins non programmés et la diminution de la démographie médicale de premier recours nécessitent de développer, de faciliter et de sécuriser l'activité de régulation médicale.
La régulation médicale des appels est le pivot de la permanence des soins ambulatoire et de l'aide médicale urgente (45).

Initialement prévu janvier 2017 puis reporté à janvier 2018, les Français souhaitant trouver un médecin de garde en dehors des horaires d'ouverture des cabinets pourront appeler un nouveau numéro le 116 117, selon le décret du 22 juillet 2016 (46). Ce décret modifie des dispositions réglementaires du code de la santé publique, qui confiaient jusqu'alors la régulation préalable de l'accès à la permanence des soins ambulatoire au service d'aide médicale urgente (SAMU).
« L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15). »

Ce numéro gratuit permettra de joindre un médecin de garde en semaine après 20h, les week-ends à partir du samedi midi, ou les jours fériés lorsque les cabinets médicaux sont fermés.
Ce dispositif existe déjà au Royaume-Uni et en Allemagne depuis 2012 (44)(39). Il répond à un souci d'harmonisation des permanences médicales au niveau européen. L'objectif à terme serait d'étendre le dispositif à l'ensemble des pays de l'union européenne.

Le but est double, désengorger le 15, numéro réservé normalement aux urgences mais régulièrement noyé par les appels (entre 2008 et 2012 le nombre d'appel au 15 a augmenté de 28%) et en finir avec l'excès de numéros existants pour trouver un

médecin de garde. En Lorraine par exemple il faut composer le 0820332020 (Medigard), et le 3624 pour SOS médecin (numéro payant) (47).

Sur l'utilité d'un numéro d'urgence distinct du 15 « SAMU », le ministère de la santé pense que le 15 est identifié par la population comme le numéro des urgences vitales. La population hésiterait à appeler le SAMU en dehors des cas qui lui semblent graves, ce qui serait source de moindres chances de survie pour les patients.
La région Midi-Pyrénées aurait constaté, à la suite de la mise en place du numéro spécifique de la PDSA, un recours plus facile de la population qui se sent plus légitime à appeler ce numéro plutôt que celui des urgences (48).

Cependant le déploiement de ce numéro se retrouve confronté à la diminution du nombre de médecins régulateurs libéraux passant de 2697 en 2015 à 2666 en 2016. En outre certains départements comme la Guyane, Mayotte, la Lozère et les Ardennes n'en comptent aucun comme le fait remarqué le Conseil national de l'ordre des médecin dans son enquête de décembre 2016 sur la PDSA (49).

2. Les médecins libéraux

Les médecins libéraux doivent reprendre une place de choix dans l'organisation des soins non programmés.
Reprenons l'exemple de la réalisation de suture en cabinet, les médecins soulèvent plusieurs problématiques : une rémunération insuffisante, le temps trop long que nécessite cet acte, les craintes médico-légales, les problèmes de stérilisation et l'insuffisance ou la perte de compétences techniques.
En France, la majoration des actes réalisés en urgence a incité certains médecins généralistes à bloquer des créneaux d' « urgences ».
Cependant, avec la diminution constante du nombre de médecin par habitant, il est difficile surtout pour ceux exerçant en zone rural, de se rendre disponible.
Dans notre étude 16% des sondés déclarent ne pas avoir consulté leur médecin traitant avant de se rendre aux urgences car les horaires n'étaient pas adaptés (cf. tableau 14.3).

Il faudrait également impliquer les cabinets de radiologie et les laboratoires, en créant des accords, afin d'obtenir des délais de résultats plus rapides et revaloriser leurs actes réalisés en urgences (31).

3. Les Maisons Médicales de Gardes

Le succès des MMG est assez contrasté, certaines arrivent à trouver leur équilibre après quelques mois de fonctionnement, d'autre au contraire sont contraintes à la fermeture.
Leurs difficultés peuvent s'expliquer par un accès insuffisamment régulé, leur situation géographique, une méconnaissance de la part des usagers ou une absence de rémunération des indemnités d'astreinte des médecins (pour celles qui ne sont pas associé à un secteur de garde).

Le rapport remis par le Dr Jean Yves Grall en 2013 (50), a permis d'établir une ligne directrice visant à inscrire les MMG dans un cadre cohérent et durable. Son évaluation sur près de 200 structures permet, malgré une grande hétérogénéité des situations, de considérer que le concept de MMG est un dispositif de PDS préparant l'avenir.
Les MMG permettent une remédicalisation du milieu rural, et une réimplication des médecins dans la PDS. De plus elles représentent le socle pour le développement futur de maison de santé notamment en milieu rural.
Le rapport met en avant plusieurs recommandations :
-inscrire les MMG dans le « réseau des urgences » ou secteur de garde
-adapter la rémunération des médecins
-structurer l'accès aux MMG, notamment par une régulation de médecine générale
-mettre en cohérence les dispositifs de pharmacie de garde.
-informer la population

Aujourd'hui ce sont les MMG intégrés à l'hôpital qui fonctionnent le mieux et qui sont encouragées par les pouvoirs publics (51). Il est important d'établir un accord entre les médecins de la MMG et les urgentistes afin de définir le profil de patients à orienter. Cela implique une formation adéquate des IAO mais aussi une homogénéité des pratiques des médecins de la MMG (exemple de la pratique des sutures).

A l'inverse, les MMG installées dans des villes moyennes risquent de ne pas être rentables. Dans le rapport du Dr Grall (50) il est souligné notamment les difficultés d'accès à la pharmacie. L'absence de coordination avec la pharmacie de garde oblige les patients à des déplacements supplémentaires, ce qui peut les pousser à se rendre directement vers les services hospitaliers.
Enfin, pour pouvoir accéder à la demande de soins ambulatoire il faudrait également que les MMG puissent disposer d'un plateau technique adapté à la réalisation d'actes d'immobilisation et de petite chirurgie mais aussi d'un service de radiologie.

4. Informer la population :

Comme nous l'avons constaté dans notre étude la population connaît mal les différentes structures de soins existantes (cf. tableau 7.1). Devant un évènement ressenti comme « urgent », le patient va se tourner vers la première structure qui lui vient à l'esprit : les urgences.
C'est donc au système de santé de se rendre plus compréhensible. On ne peut pas demander au patient dans un moment de stress, de s'interroger sur quelle structure est la plus adéquate pour prendre en charge son problème. En effet, on sait que des mauvais choix d'orientation peuvent entraîner de lourdes pertes de chances.

Des campagnes grand public visant à sensibiliser en cas d'accident vasculaire cérébral ou d'infarctus du myocarde ont déjà fait preuve de leurs efficacités (52)(53).
On peut imaginer des campagnes d'information visant à mieux connaitre les différentes structures de soins existantes, notamment en mettant en avant les différents acteurs de la permanence de soins comme les MMG qui sont les moins connues, comme notre étude l'a souligné (22%).
En outre, on peut imaginer un message clair et simple visant à améliorer l'orientation vers ses structures, par exemple une thèse réalisée à Nancy a proposé (31) :

-Pour un problème de santé sans caractère de gravité apparent : prendre l'avis du médecin traitant aux heures ouvrables ou contacter le réseau de permanence de soins et prochainement le 116177.
-Pour un problème santé qui semble grave ou en cas de doute : appeler le 15.

VI. CONCLUSION

Depuis plusieurs années, les services d'urgences sont confrontés à un afflux croissant de patients consultants pour des motifs ne constituant pas de réelles urgences aux sens strict.
Cette tendance est le témoin d'une évolution dans l'organisation du système de soins mais aussi des mentalités.

Cet état d'esprit semble se confirmer dans notre population plutôt jeune, ayant une bonne couverture sociale et pour la grande majorité ayant un médecin traitant.
En effet pour des motifs de consultations jugés par certains comme non urgents, les consultants préfèrent se référer aux services hospitaliers. La disponibilité des urgences à toutes heures et l'accessibilité aux examens complémentaires sont les variables les plus citées dans notre étude.
Cela est le reflet d'une attitude consumériste de notre société.

La traumatologie représente 60% des motifs de consultations. Ce chiffre révèle qu'il n'existe pas à ce jour d'offre adéquate pour ce type de consultants. L'organisation du système de soins actuel a créé une sorte de no man's land où ces patients se retrouvent à la frontière entre la médecine ambulatoire et hospitalière.
Une des solutions à envisager, serait la création d'une maison médicale de garde disposant d'un plateau technique plus développé que celui d'un cabinet médical de ville pour la prise en charge de la petite traumatologie ne nécessitant pas d'examens complémentaires et facilement repérable par la population donc proche de l'hôpital.
Ce projet est en cours de réalisation à Marseille sur le site de l'hôpital de la Timone et nécessitera une opération de communication afin de sensibiliser la population.

Malgré les modifications récentes opérées pour la permanence de soins, la population n'est pas encore avertie des nouveaux usages de soins. Il règne encore en France un désordre structurel de la permanence de soins qui n'est plus comme autrefois assurée par les médecins libéraux seuls.
Il est primordial avant toute chose de persuader la population à changer ses réflexes de consommation de soins.

Il s’agit d’une responsabilité qui incombe non seulement au soignant mais aussi au soigné.
Le médecin urgentiste devra inciter les patients au terme de la consultation à prévoir un suivi chez le médecin traitant afin que le passage aux urgences s’intègre dans une continuité de soins. Le rôle du médecin traitant, reposera sur l’éducation de patient vis avis de la consommation de soins d’urgences.
Enfin, avec la mise en place prochaine du nouveau numéro (116117) de permanence de soins ambulatoire, il incombera au patient de prendre avis auprès du médecin de garde pour trouver la conduite à tenir la plus adaptée à sa situation clinique.

Notre étude laisse place à la réflexion sur la création d’une fiche explicative à destination des patients. Celle-ci permettrait d’expliquer la différence entre médecin généraliste et services d’urgences pour les premiers recours aux soins, par l’intermédiaire d’un schéma décisionnel simple et clair.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Mauro M. Vertueux G. "Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013" Dossier solidarité santé n°63 DRESS juin

2. Braun F. Berthier F. Boudénia K. Carli P. "Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir" Samu-urgences de France Livre Blanc. 2015

3. INSEE "Évolution de la population. Bilan démographique 2016" [consulté 10 avril 2017]. https://www.insee.fr

4. Wargon M. Hellmann R., "Les Urgences : un symptôme des changements de la société ?" Science Po Chaire santé 2014.

5. Définition "Urgence" Dictionnaire médical de l'académie de Médecine ; Version 2016-1

6. Observatoire régional des urgences midi Pyrénées "La classification clinique des urgences modifiées" [consulté 10 avril 2017]. https://www.orumip.fr

7. Code pénal - Article 223-6. Code pénal.

8. code déonthologie médicale [consulté 12 avril 2017].: https://www.conseil-national.medecin.fr

9. Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 97-615 mai, 1997.

10. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai, 2006.

11. Pr François Bertrand, "historique de la medecine d'urgence" COPACAMU mars 2014

12. Chanteloup M. Gadel G. "Les appels d'urgence au centre 15 en 1997" DRESS. Dossier n°55, mars 2000

13. Société Française de Médecine d'Urgence "Le triage en structure d'urgence - recommandations formalisées d'experts " sfmu 2013

14. Cour des comptes " Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser " rapport sécurité sociale 2014 urgences hospitalières Chapitre XII. Septembre 2014

15. GIP e-santé ORU PACA " Panorama 2016 Activité des Services d'Urgences ORU PACA" . [consulté 13 avril 2017]. https://www.orupaca.fr

16. Conseil National de l'Ordre des médecin " la permanence de soins, état des lieux au 1er janvier 2015" Cnom Avril 2015 [consulté 13 avr 2017]. https://www.conseil-national.medecin.fr

17. Ameli "La permanence des soins". février 2017 [consulté 23 août 2017] https://www.ameli.fr

18. Gayrard P. "Urgences & demandes de soins en urgence." Actualité et Dossier de Santé Publique 54:42 septembre 2005

19. Ménard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. Mémoire de l'école nationale de santé publique Rennes, 2004

20. Samu-Urgences de France " Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence" 1ere Assises de l'urgence, Samu-Urgences de France. Paris. Septembre 2012

21. Ministère de la Santé et des Sport "Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé. Forfait accueil et traitement des urgences « ATU »" avril 2010

22. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 | Insee [consulté 14 avr 2017]. https://www.insee.fr

23. Atlas de la démographie médicale 2016 " Cartographie interactive de la démographie médicale" [consulté 2 septembre 2017] http://demographie.medecin.fr

24. BAUBEAU D. CARRASCO V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières" DRESS n°215 janvier 2003

25. INSEE "Comparateur de territoire : Département des Bouches-du-Rhône (13)" [consulté 13 juin 2017] https://www.insee.fr

26. DRESS Colloque urgences juin 2015 " résultats de l'enquête nationale auprès des structures d'urgences hospitalières" 2015

27. AZY S. Permanence de Soins ambulatoires dans l'Oise : Etude de la maison médicale de garde de Compiègne. Thèse de médecine Générale. Faculté d'Amiens, 2016

28. Ribaut L. Permanence des soins ambulatoires. Determinants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgence : exemple de la maison médicale de garde de la Saudrune. Thèse de médecine générale. Université Toulouse III- Paul Sabatier, 2015

29. Gayraud C. Evaluation de la gravité et orientation d'un patient vers un service d'accueil des urgences par le médecin généraliste exerçant en zone blanche. Thèse de médecine générale. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015

30. Coye de Brunelis-Lemoine AS. Les motifs de consultations aux urgences de Hyères dans le cadre de la filière courte. Thèse de médecine générale. Université Aix-Marseille ; 2016.

31. Mangin C. Analyse de la typologie et des motivations des patients consultant au service des urgences du C.H.U. de Nancy pour un motif relevant de la médecine ambulatoire : étude prospective de 239 admissions. Thèse médecine, Université de Nancy I.

32. Tasei F, Birault F. Prise en charge des plaies en médecine générale à partir d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 337 médecins généralistes du département de la Vienne. Journal Europeen des Urgences 15(2):71-75 ; juin 2002

33. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. Thèse de médecine générale, Université Paris Val-de-Marne; 2008.

34. Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? Thèse de médecine générale, Université Paris Descartes. 2015

35. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons—An approach with explicit criteria. Ann Emerg Med. 1 juin 2001;37(6):568‑79.

36. Collet M. Gouyon M. "L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville - Professions de santé et du social" Ministère des Solidarités et de la Santé. 2008

37. Mornex R. "Améliorer la pertinence des stratégies médicales" Académie nationale de médecine; Rapport avril 2013.

38. SFMU. "Le triage en structure des urgences recommandations formalisées d'experts" Société française de médecine d'urgence. 2013.

39. Reix A. Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : la France, le royaume uni , la Belgique, la suède , la Finlande et la Norvège. Thèse de médecine, université René Descartes ; 2002.

40. François R. " 4,6 millions de patients aux urgences " le journal du médecin. Août 2016 [consulté 15 juin 2017]. http://www.lejournaldumedecin.com

41. Desmettre T, Baron A. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonction. Médecine Intensive Réanimation 22:610-615. 2013;

42. Projet de loi de financement de la sécurité sociale "Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle pour 10000

habitants par région" PLFSS 2015 - PQE Maladie p46-48.

43. Fédération des Médecins Suisses "TARMED – un tarif à l'acte détaillé" [consulté 19 juin 2017] http://www.fmh.ch

44. Chodosas M. Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans cinq pays européens : la France, L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal. Thèse de médecine générale. Université Paris VII; 2002.

45. Haute Autorité de Santé "Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale". Recommandation HAS mars 2011.

46. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012, juillet 2016.

47. Société Française de Médecine d'Urgence "le 116 117, futur numéro national d'appel unique pour la permanence des soins ambulatoires" SFMU. Juillet 2016 [consulté 16 juill 2017]. http://www.sfmu.org/fr

48. Autorité de régulation des communications électroniques et des postes "Décision n° 2016 - 0172 de l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes en date du 9 février 201 6 modifiant la décision n° 02 - 1179 du 19 décembre 2002 établissant la liste des numéros d'urgence devant être acheminés gratuitement par les opérateurs de communications électroniques." 2016 février.

49. Conseil national de l'ordre des médecins. "Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2016". Déc 2016

50. Grall JY. Les maisons médicales de garde [Internet]. 2006 [cité 9 juill 2017]. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr

51. Lemorton C, commission des affaires sociales "Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins : Permanence des soins ambulatoires : une ambition contrariée" Assemblée nationale ; 2015. 179 p.

52. Haesebaert J, Tréhard H, Termoz A, Derex L, Porthault S, Schott A-M. Évaluation de l'impact d'une campagne grand public de sensibilisation à l'appel au 15 en cas d'AVC. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 64(S4):229-230 sept 2016

53. Chevalier V, Alauze C, Soland V, Cuny J, Goldstein P. Intérêt d'une campagne d'information régionale sur les urgences cardiaques et l'appel au 15. Ann Cardiol Angéiologie. Juin 2003;52(3):150‑8.

VIII. ANNEXES

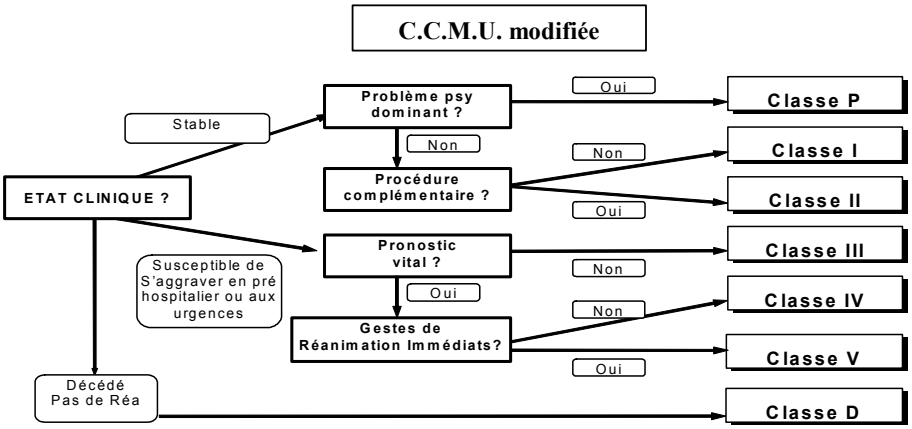
Annexe 1 : Classification CCMU

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.
Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes : - CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

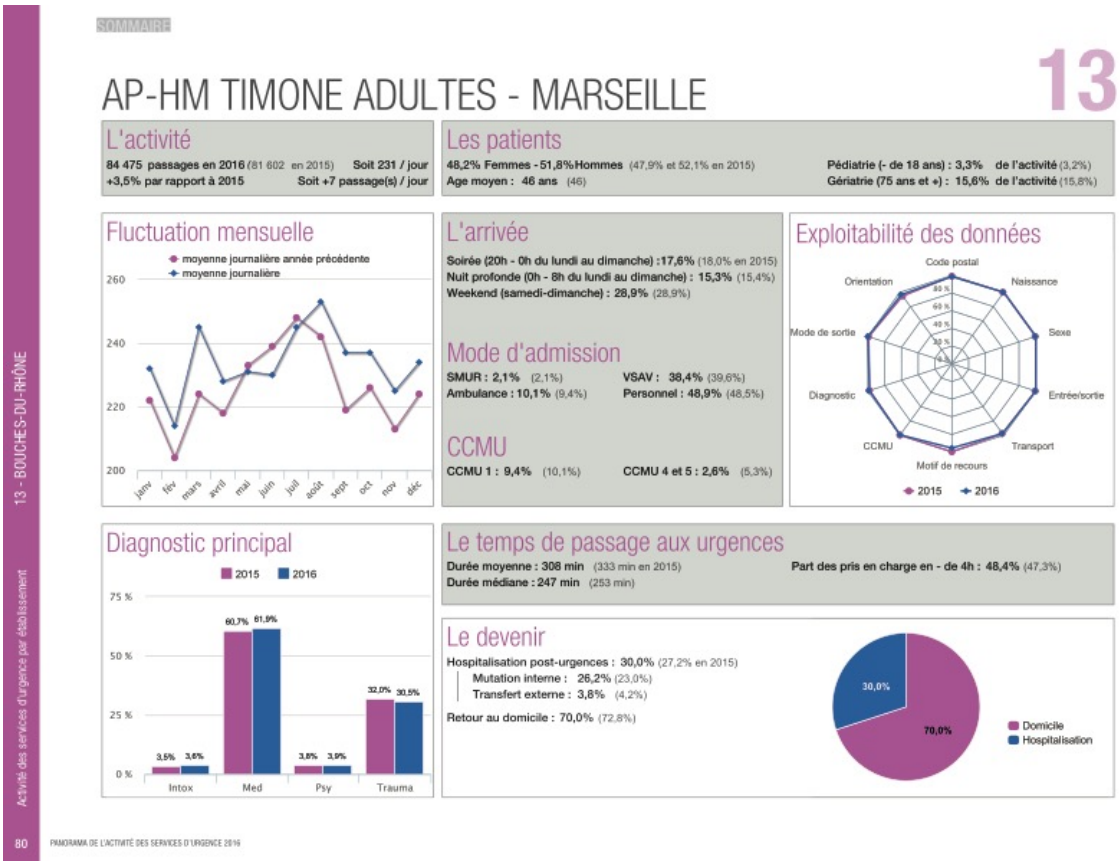


Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, Spo2, glycémie capillaire, Hématocrite par micro méthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

Annexe 2 : Panorama 2016 ORU -PACA AP-HM Timone Urgences Adulte



SOMMAIRE

AP-HM TIMONE ADULTES - MARSEILLE

13

L'activité

84 475 passages en 2016 (81 602 en 2015) Soit 231 / jour
+3,5% par rapport à 2015 Soit +7 passage(s) / jour

Les patients

48,2% Femmes - 51,8% Hommes (47,9% et 52,1% en 2015)
Age moyen : 46 ans (46)
Pédiatrie (- de 18 ans) : 3,3% de l'activité (3,2%)
Gériatrie (75 ans et +) : 15,6% de l'activité (15,8%)

Fluctuation mensuelle

moyenne journalière année précédente
moyenne journalière
260
240
220
200
janv fév mars avril mai juin juil août sept oct nov déc

L'arrivée

Soirée (20h - 0h du lundi au dimanche) : 17,6% (18,0% en 2015)
Nuit profonde (0h - 8h du lundi au dimanche) : 15,3% (15,4%)
Weekend (samedi-dimanche) : 28,9% (28,9%)

Mode d'admission

SMUR : 2,1% (2,1%) VSAV : 38,4% (39,6%)
Ambulance : 10,1% (9,4%) Personnel : 48,9% (48,5%)

CCMU

CCMU 1 : 9,4% (10,1%) CCMU 4 et 5 : 2,6% (5,3%)

Exploitabilité des données

Code postal
Naissance
Sexe
Entrée/sortie
Transport
Motif de recours
CCMU
Diagnostic
Mode de sortie
Orientation
2015 2016

Diagnostic principal

2015 2016
75 %
50 %
25 %
0 %
3,5% 3,6%
60,7% 61,9%
3,8% 3,9%
32,0% 30,5%
Intox Med Psy Trauma

Le temps de passage aux urgences

Durée moyenne : 308 min (333 min en 2015)
Durée médiane : 247 min (253 min)
Part des pris en charge en - de 4h : 48,4% (47,3%)

Le devenir

Hospitalisation post-urgences : 30,0% (27,2% en 2015)
Mutation interne : 26,2% (23,0%)
Transfert externe : 3,8% (4,2%)
Retour au domicile : 70,0% (72,8%)

30,0%
70,0%
Domicile
Hospitalisation

13 - BOUCHES-DU-RHÔNE
Activité des services d'urgence par établissement
80 PANORAMA DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE 2016

Annexe 3 : Questionnaire de notre étude.

ETUDE : Les motifs de consultation aux urgences

Madame, Monsieur,

Nous menons actuellement une étude du 17/10 au 28/10 2016 dans le service des Urgences Adultes de l'Hôpital de la Timone. Le but est de comprendre les raisons pour lesquelles les personnes viennent consulter aux Urgences.

Pour cela, un questionnaire est à votre disposition si vous voulez participer.
Vos réponses resteront strictement anonymes et confidentielles. Ces données ne seront utilisées que dans le cadre de cette enquête, après l'étude de l'ensemble des questionnaires recueillis.

Merci de votre participation.

Etiquette patient

PARTIE PATIENT

DATE : / / 2016

Votre Situation :

1) Age :

2) Sexe : ☐ homme ☐ femme

3) Votre nationalité : ☐ française ☐ étrangère

4) Votre Profession : ☐oui ☐non

5) Si oui, venez-vous sur vos heures de travail ? ☐oui ☐non

6) Couverture sociale : ☐ oui ☐ non

7) Si oui : ☐ AME ☐ Sécurité sociale

8) Assurance complémentaire : ☐ CMUc ☐ mutuelle privée

9) Avez-vous un médecin traitant : ☐ oui ☐ non

Quelles ressources médicales disponibles connaissez vous ?

- ☐ Médecin traitant
- ☐ SOS médecin
- ☐ Maison médicale de garde
- ☐ SAMU
- ☐ Urgences Adultes
- ☐ Urgences Psychiatriques
- ☐ Médecin du travail

Pourquoi venez-vous consulter aux urgences aujourd'hui ?

_____

_____

_____

1) Depuis combien de temps durent vos symptômes ?

☐aujourd'hui ☐moins de 2j ☐plus de 2j ☐plus d'une semaine

2) A combien évaluez-vous le degré de gravité de votre problème sur une échelle de 0 à 10 (0 pas de gravité , 10 maximum de gravité imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) A combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 aucune douleur; 10 douleur maximale imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) Etes-vous suivi pour une maladie chronique ? ☐oui ☐non
Si oui, êtes-vous suivi dans cette hôpital? ☐oui ☐non

5) Selon vous, votre problème d'aujourd'hui est-il urgent ? ☐oui ☐non

6) Quel moyen de transport avez vous utilisé pour venir ?
☐propre moyen ☐ ambulance ☐pompiers ☐autre

7) Avez-vous essayé de consulter un médecin avant de venir ? ☐oui ☐non

Si **oui** lequel ?: ☐ Médecin généraliste ☐ SOS médecin ☐ Spécialiste ☐ Autres
Si **non** pourquoi ? : ☐ pas de réponse téléphonique ☐ horaires de consultation non adaptés ☐ vous pensez que votre médecin n'a pas le matériel nécessaire pour votre problème
☐ Autre _____

8) Qui a pris la décision de votre venue aux urgences ?
☐Vous même ☐Médecin ☐Ami, Famille ☐Pompiers
☐Employeur ☐SAMU ☐SOS médecin ☐Pharmacien

Au final pourquoi consultez vous aux urgences aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous habitez à coté
- ☐ Parce ce que les Urgences sont disponibles 24 /24h, 7/7j
- ☐ Pour avoir un accès plus rapide aux examens complémentaires (radio, prise de sang)
- ☐ Parce que vous n'avez pas d'avance de frais à payer
- ☐ Vous n'avez pas de médecin traitant
- ☐ Votre Médecin traitant est absent
- ☐ Vous n'avez pas confiance en le remplaçant
- ☐ Vous pensez que votre médecin traitant ne possède pas les moyens nécessaires pour votre problème aujourd'hui
- ☐ Vous souhaitez avoir un 2eme avis
- ☐ Vous souhaitez ou pensez être hospitalisé
- ☐ Vous êtes suivi à l'hôpital pour une maladie chronique
- ☐ Vous pensez que votre problème est grave
- ☐ C'est votre médecin traitant/ SOS médecin/SAMU/pompiers qui vous a envoyé ou amené.

Etiquette patient

PARTIE MEDICALE

1) Pensez-vous que le motif de consultation du patient nécessitait une prise en charge aux Urgences ?

☐Oui ☐Non

2) Si non : Vous pensez que le patient aurait pu être pris en charge :

- ☐ Par le MG sans examens complémentaires
- ☐ Par le MG avec examens complémentaires
- ☐ Par un spécialiste
- ☐ Aux Urgences Psychiatriques

3) Quel(s) acte(s) ont été pratiqués ?

- ☐ Aucun
- ☐ Pansements
- ☐ Plâtres
- ☐ Sutures
- ☐ ECG
- ☐ Bilan sanguin
- ☐ Radiographie
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Avis spécialisé
- ☐ Autres : _____

4) Mode de sortie :

- ☐ RAD
- ☐ RAD avec consultation spécialisé en externe
- ☐ Urgences psychiatriques
- ☐ Hospitalisation

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

IX. LISTES DES ABRÉVIATIONS

SU : Service d'Urgence

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

IAO : Infirmer d'Accueil et d'Orientation.

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

ORU-PACA : Observatoire Régionale des Urgences en région PACA

SAU : Service d'Accueil d'Urgences

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

PDS : Permanence De Soins

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médical Urgente, Permanences des Soins et des transports sanitaires

MMG : Maison Médicale de Garde

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

TARMED ou « tarif médical » : tarif appliqué pour le remboursement des prestations de cabinet médical et d'ambulance hospitalière

PAC : Puntos des Atencion Continuada

UAD : Unidad des Atencion Domicilaria

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

Depuis plusieurs années les services d'urgences sont confrontés à une augmentation constante du nombre de patients se présentant pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale. L'objectif de notre étude était de définir les critères déterminant leurs venues aux urgences.

Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude monocentrique, réalisé du 17 au 21 octobre et du 24 au 28 octobre 2016 de 8h30 à 18h30 au sein du service d'urgences de l'hôpital de la Timone au niveau de la filière ambulatoire. Tout patient majeur consultant sur cette période s'est vu proposé un questionnaire renseignant son profil démographique et ses motifs de consultation soit un total de 345 questionnaires. A la fin de la prise en charge un questionnaire destiné au médecin visait à conclure sur la justification de leur passage.

Résultats : Nous avons retrouvé une population jeune, avec une bonne couverture sociale et consultant dans 60% des cas pour de la traumatologie. 72% des patients n'ont pas pris d'avis médical au préalable. Les principaux motifs de consultation aux urgences étaient la disponibilité 24/24h, l'accès rapide aux examens complémentaires ou qu'ils avaient été envoyés par un médecin ou le service de régulation du 15. Les médecins ont considéré que seulement 43% des recours étaient justifiés. Les causes traumatiques l'étaient dans 56% des cas.

Conclusion : La création d'une Maison Médicale de Garde serait une des solutions possibles afin de réduire le nombre de consultations relevant de la médecine générale. Mais avant tout la sensibilisation de la population sur le rôle des différents acteurs du système de soins est primordiale.