

**Parcours de soins non programmés : état des lieux des pratiques,
du point de vue du patient et du médecin ;
exemple de l'agglomération d'Orange.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2017

Par Madame Émilie BOULENGER

Née le 8 juin 1988 à Lens (62)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe	Président
Madame le Docteur (MCU-PH) GUIDON Catherine	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) BEGE Thierry	Assesseur
Madame le Docteur BONET Sophie	Directeur
Monsieur le Docteur PIGNE Jean-Marc	Assesseur

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 :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} 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 Filiation : 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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		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
VIALETES 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
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (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	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	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
TROPANO 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	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

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**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

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

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

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

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

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)
TROPANO 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)
HOUVENAEHEL 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)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

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)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
 GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**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)

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)

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)

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)

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème 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)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

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

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

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

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

EBBO Mikael (MCU-PH)

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

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

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

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

MOAL Valérie (PU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
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)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	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)
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)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
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)	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)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

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

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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)

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

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

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

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean Christophe DUBUS, vous me faites l'honneur de présider cette thèse malgré vos grandes responsabilités, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Madame le Docteur Catherine GUIDON, je suis sincèrement honorée par votre présence dans ce jury , veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Thierry BEGE, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Jean Marc PIGNE, une rencontre formidable, mon «père de médecine», veuillez trouver ici l'expression de ma profonde affection et mes sincères remerciements pour m'avoir tant transmis.

À Madame le Docteur Sophie BONET, vous avez dirigé cette thèse et je ne vous remercierai jamais assez pour votre patience et votre aide si précieuse. Je tiens à vous témoigner ma plus sincère gratitude.

À mes parents et à ma sœur, pour leur soutien sans faille, leur capacité à me motiver et me rassurer dans les moments de doute et sans qui je n'en serais pas là. Je vous aime.

À l'amour de ma vie et à notre jolie petite fille, Rose, vous êtes ma source de bonheur, et vous faites partie de moi. Une nouvelle vie commence maintenant, je vous aime tant.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	4
1.1. Les acteurs des soins non programmés.....	5
1.1.1. Le médecin généraliste, intervenant principal de la médecine de premier recours.....	5
1.1.1.1. La notion de médecin traitant	6
1.1.1.2. La notion d'urgence en médecine générale.....	7
1.1.2. La permanence de soins ambulatoire	8
1.1.3. Les structures d'accueil des urgences	8
1.1.4. Le SAMU.....	9
1.2. Etat des lieux et données statistiques.....	9
1.2.1. Étude de la DRESS de 2004 sur les consultations non programmées en médecine générale.....	9
1.2.2. L'engorgement du système.....	10
1.2.3. Enquête de la DREES du mois de juin 2013	11
1.3. Démographie médicale.....	12
1.3.1. En France.....	12
1.3.2. En PACA.....	14
1.3.3. Secteur d'Orange.....	15
1.3.3.1. Offre libérale	15
1.3.3.2. Offre hospitalière	16
2. MATERIEL ET METHODES.....	17
2.1. Type d'étude.....	17
2.2. Objectif.....	17
2.3. Populations étudiées.....	17
2.4. Période de recueil	18
2.5. Méthodes.....	18
2.6. Caractéristiques étudiées	19
2.7. Analyse des données et méthodologie statistique.....	21
3. RESULTATS.....	22
3.1. Questionnaire patient	22
3.1.1. Statistiques descriptives.....	22
3.1.1.1. Caractéristiques sociaux démographiques.....	22
3.1.1.1.1. Sexe.....	22

3.1.1.1.2. Age.....	23
3.1.1.1.3. Activité professionnelle.....	23
3.1.1.1.4. Couverture sociale.....	24
3.1.1.1.5. Déclaration d'un médecin traitant.....	24
3.1.1.2. Motif d'admission.....	25
3.1.1.2.1. Type de motifs d'admission.....	25
3.1.1.2.2. Durée d'évolution des symptômes.....	26
3.1.1.3. Autres facteurs déterminants.....	26
3.1.1.4. Parcours en amont de l'arrivée aux urgences.....	27
3.1.1.4.1. Démarches globales.....	27
3.1.1.4.2. Démarches auprès du médecin traitant.....	28
3.1.1.5. Opinion sur le système ambulatoire.....	30
3.1.1.5.1. Accessibilité du médecin traitant.....	30
3.1.1.5.2. Accessibilité des examens complémentaires.....	31
3.1.1.6. Nombre de passages aux urgences sur une année.....	32
3.1.1.7. Qualification de la venue du jour aux urgences.....	33
3.1.1.8. Motivations à consulter une maison médicale de garde.....	33
3.1.2. Statistiques analytiques.....	34
3.2. Questionnaires concernant l'offre de soins non programmés en ambulatoire.....	35
3.2.1. Médecins généralistes.....	35
3.2.1.1. Horaires de consultations.....	35
3.2.1.2. Effectif des consultants.....	36
3.2.1.3. Mode de consultation.....	37
3.2.1.4. Patientèle.....	39
3.2.1.5. Nombre de consultations en urgence.....	39
3.2.1.6. Recours aux confrères spécialistes.....	40
3.2.1.7. Examens biologiques.....	41
3.2.1.8. Examens d'imagerie.....	41
3.2.1.9. Pratique d'actes	42
3.2.2. Médecins spécialistes.....	42
3.2.2.1. Horaires de consultations	43
3.2.2.2. Accessibilité hebdomadaire des consultants spécialisés.....	43
3.2.2.3. Mode de consultation	44
3.2.2.4. Nombre de consultations non programmées par jour.....	44

3.2.2.5. Conditions d'obtention d'une consultation en urgence.....	45
3.2.2.6. Hospitalisation d'un patient.....	46
3.2.3. Imagerie ambulatoire.....	46
4. DISCUSSION.....	48
4.1. Les patients des urgences.....	48
4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	48
4.1.2. Motivations et Symptômes.....	51
4.1.2.1. Traumatologie et Douleur	51
4.1.2.2. Durée d'évolution des symptômes.....	52
4.1.2.3. Autres facteurs déterminants amenant à consulter aux urgences.....	53
4.1.3. Nombre de consultations en un an.....	55
4.1.4. Démarches en amont de l'arrivée aux urgences.....	56
4.1.5. L'alternative d'une maison médicale de garde.....	58
4.2. L'offre de soins libérale.....	60
4.2.1. État des lieux de l'offre de soins.....	60
4.2.2. Nombre de consultations non programmées.....	63
4.2.3. Interactions entre les différents acteurs de soins de l'ambulatoire.....	64
4.2.3.1. Interactions entre médecins	64
4.2.3.2. Interactions entre médecins généralistes et cabinets d'imagerie.....	65
4.2.3.3. Interactions avec l'hôpital.....	67
4.2.4. Actes de suture et de confection de plâtre	67
4.3. Solutions envisagées.....	68
5. CONCLUSION.....	70
6. BIBLIOGRAPHIE.....	72
7. ANNEXES.....	76
8. ABREVIATIONS.....	84

1. INTRODUCTION

L'urgence ressentie par les patients diffère de l'urgence définie par les soignants. La définition d'urgence ressentie reste patient-dépendante et implique la prise en compte de nombreux facteurs personnels et environnementaux.

Lors d'une urgence ressentie, un patient doit pouvoir s'orienter vers des praticiens en mesure de répondre à sa demande médicale, et ce dans un délai qui devrait être adapté au degré d'urgence tel qu'il peut être identifié par les acteurs du soin.

Parmi les intervenants de premier recours, les médecins généralistes, pouvant être les médecins traitants déclarés des patients, les services d'accueil des urgences, les praticiens de SOS Médecin, les médecins régulateurs des centres d'appel du 15 et du 18, représentent l'ensemble des acteurs vers lesquels ces patients pourront le plus souvent s'adresser.

Les services d'accueil des urgences sont devenus au fil des années des services d'accueil de soins non programmés en plus de l'accueil des urgences vitales qui était leur vocation première.

Parallèlement, les médecins généralistes se retrouvent également confrontés à des demandes toujours plus nombreuses de soins non programmés, de part de nouvelles habitudes de consommation de soins, mais également du fait d'une baisse de la démographie médicale avec de nombreux départs à la retraite non remplacés.

Les autorités se sont penchées à plusieurs reprises sur cette augmentation de demande de soins immédiats par les patients et leur nouvelles habitudes de consultations, notamment par des études menées par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation de la Santé).

Il est à noter que si la population de patients se présentant de manière spontanée aux urgences, ou celle sollicitant des soins non programmés en médecine de ville ont déjà fait l'objet de plusieurs études, aucune ne met en relation le parcours des patients en demande de soins spontanés au service d'accueil des urgences hospitalières avec l'offre de soins réelle ambulatoire proposée à ces patients.

Il y a également peu d'éléments sur l'articulation technique entre les différents intervenants de la médecine de ville entre eux ou de la médecine de ville avec l'hôpital.

Il nous semble important d'étudier concrètement cette offre de soins ainsi que les difficultés ressenties par les professionnels en ambulatoire pour assurer une prise en charge optimale du patient.

Dans notre étude, nous proposons de nous intéresser à l'offre de soins non programmés disponible auprès des médecins généralistes et spécialistes pour la ville d'Orange, en Vaucluse, ainsi qu'à un échantillon de population résidant à Orange, et se présentant spontanément à l'accueil du service des urgences de l'hôpital en jour ouvrable. Après une présentation de nos résultats, nous mettrons en relation les différents critères pertinents issus de notre étude, afin de proposer des solutions d'améliorations pour la prise en charge et le parcours de ces patients en demande de soins non programmés.

1.1. Les acteurs des soins non programmés

1.1.1. Le médecin généraliste, intervenant principal de la médecine de premier recours

175 000 au début des années 1990, les médecins généralistes actifs de moins de 70 ans sont au nombre de 215 583 au premier janvier 2016 en France (1).

Le nombre de médecins par habitant a également progressé de 1991 à 2005.

A partir de 2006, la progression est constante mais ralentit (1,2% entre 1991 et 2005 contre 0,5% à partir de 2006), devenant inférieure à la croissance démographique, et c'est pourquoi il en résulte que le nombre de médecins par habitant durant cette période a baissé pour la première fois.

Cette baisse d'effectif s'explique en partie par la politique antérieure concernant le «numerus clausus». En effet, c'est un variateur puissant à long terme de la démographie médicale; sa réduction drastique de 8700 étudiants à 3500 étudiants de 1977 à 1993 a conduit à la baisse actuelle des effectifs des médecins généralistes en activité de moins de 60 ans(2).

Un autre paramètre à prendre en compte est la féminisation de la profession, les médecins femmes semblant moins enclines à l'enchaînement d'heures de travail notamment pour privilégier l'éducation et le soin de leurs propres enfants(3).

Enfin, les médecins fraîchement diplômés manifestent une tendance plus prononcée que leurs aînés pour le salariat et retardent également beaucoup plus leur installation qu'autrefois. Les activités mixtes salariée/ libérale sont ainsi en plein essor (1).

L'ensemble de ces considérations aboutit à une baisse globale de l'offre de soins disponible pour des patients de plus en plus nombreux, vieillissants, et ce phénomène devrait s'accroître pendant les dix prochaines années selon une projection de la DREES(4).

1.1.1.1. La notion de médecin traitant

Le médecin généraliste a été placé au cœur du parcours de soins du patient en lui alléguant une place de pivot central.

Le terme de «médecin traitant» est apparu avec la loi du 13 août 2004, par le ministre de la santé de l'époque, Monsieur Philippe Douste-Blazy (5).

Dans le même temps, cette loi met en place la notion de parcours de soins et de coordination de ce parcours par le médecin traitant. Son rôle est alors précisé comme organisateur et coordinateur entre les différents acteurs médicaux qui interviennent auprès de son patient.

L'objectif du gouvernement était alors la rationalisation des soins et le respect du parcours de soins.

Le choix du médecin traitant est libre pour le patient parmi les médecins généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers, et peut être modifié à tout instant.

Le médecin traitant a pour rôle d'adresser son patient à un confrère spécialiste, appelé médecin correspondant.

La qualité de docteur en médecine générale a également été revalorisée, la médecine générale n'étant plus une discipline par défaut mais une spécialité à part entière.

1.1.1.2. La notion d'urgence en médecine générale

Qu'est ce que l'urgence?

Dans la définition commune, selon le Larousse Français, c'est une situation pathologique dans lequel un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (6).

L'urgence n'a toutefois pas la même définition pour le patient, le médecin généraliste et le médecin urgentiste.

Il est alors courant de différencier les soins urgents et les soins dits « non programmés » .

Pour le patient l'urgence est avant tout une notion ressentie, où le délai d'action et d'obtention d'une consultation médicale prime sur la gravité de leur état de santé.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence, est d'abord une situation de décompensation clinique rapide, qui met en jeu le pronostic vital du patient, avec des soins qui doivent être immédiats.

Pour le médecin généraliste l'urgence vitale est rare, elles se définissent plutôt comme des soins non programmés rajoutés au milieu de ses consultations, ou lors de plages de consultations libres, ne pouvant attendre plus d'une demi-journée, ou ajoutées après les horaires de fermeture du cabinet. Ce sont donc des urgences plus relatives que pour le médecin urgentiste (7).

Le médecin généraliste est donc souvent placé comme acteur de premier recours, pour ces demandes de soins non programmés (8).

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009 modifiée par la loi 2016-141 du 28 janvier 2016 précise le rôle du médecin généraliste comme acteur de soins de premier recours (9).

On retient de cette loi que le médecin doit assurer une offre de soins ambulatoire et doit participer à la mission de permanence de soins.

La proximité des soins est également une condition essentielle mais non unique de l'accessibilité aux soins.

1.1.2. La permanence de soins ambulatoire

La permanence de soins ambulatoire (PDSA) concerne les demandes de soins en dehors des heures d'ouverture habituelle des cabinets, soit la période 20h/8h, les samedis après-midi, et les dimanches et jours fériés.(10)

Pour pourvoir à ces demandes de soins, les médecins généralistes s'organisent entre eux, sur la base du volontariat, pour assurer un tour de garde.

La régulation de cette organisation est assurée par les ARS (Agence Régionale de Santé).

La permanence de soins permet d'assurer sur tout le territoire la continuité et l'égalité d'accès aux soins des patients.

Il y a cependant certains territoires en manque de médecins généralistes volontaires, et dont la permanence de soins ne peut être assurée que par les services d'urgence.

Il existe 443 lieux fixes de la permanence des soins : les maisons médicales de garde, les centres d'accueil permanence de soins ou les centres de consultations. Ces lieux sont implantés dans 85% des départements. (11)

1.1.3. Les structures d'accueil des urgences

Leur appellation a été modifiée en 2006 ; on distinguait auparavant les SAU (Services d'Accueil et de traitement des Urgences) qui pouvaient accueillir tout type d'urgence, les Pôles spécialisés d'Urgences (POSU) qui ne traitaient que certaines spécialités et les Unités d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des urgences qui traitent les cas simples en réorientant les patients lourds vers les autres structures (12).

Depuis le décret du 22 mai 2006, ces 3 structures sont regroupées sous le même nom : les structures d'urgences et doivent travailler en réseau avec les autres services hospitaliers mais aussi la médecine de ville.

Les POSU deviennent des plateaux techniques spécialisés.

Dans ces structures d'urgence, la prise en charge du patient est globale, de son admission jusqu'à

son hospitalisation. Elle prend également en compte un éventuel transfert vers un autre centre hospitalier ou autre structure d'urgence.

1.1.4. Le SAMU

Acronyme de Service d'Aide Médicale d'Urgence, il s'agit d'un service hospitalier chargé de la régulation médicale .

Ce service est lié au "Centre 15", ou centre de réception et de régulation des appels (CRRA), joignable par un numéro unique : le 15.

Il régule les appels des patients en demande de soins, adapte la réponse médicale à la gravité de la demande, simple réponse orale ou envoi de véhicule de secours et coordonne les secours aux victimes.

Il existe un SAMU par département, généralement situé dans l'hôpital de la ville de la préfecture.

1.2. Etat des lieux et données statistiques

1.2.1. Étude de la DRESS de 2004 sur les consultations non programmées en médecine générale

Cette étude comporte deux volets: un volet médecin et un volet patient (7).

L'étude a permis de recueillir des informations complémentaires sur la perception du patient sur son état de santé, et de comprendre les démarches et parcours de soins antérieurs au recours au médecin généraliste en urgence.

Résultats:

- 9 personnes sur 10 ont déclaré devoir soulager une douleur,
- 40% des patients attendent une prescription précise ou un document comme un certificat,
- 25% avaient déjà initié une démarche de soins pour le problème en cours et avaient initié un traitement, sans que cela améliore leur état de santé selon eux, ce qui motivait alors

une nouvelle consultation en urgence,

- 43% des patients s'étaient automédiqués ,
- le recours a un autre médecin était présent dans 17% des cas,
- aucune démarche antérieure n'était déclarée pour 40% d'entre eux.

La rapidité de la démarche dépend également de la nature du symptôme déclenchant la consultation: malaise, diarrhée et vomissements ainsi que les accidents accélèrent la décision de consulter contrairement au sentiment de gêne pousse le patient à temporiser plus de 48h avant la prise de décision d'un avis médical en urgence.

La décision de recourir au médecin en urgence a lieu:

- dans les 48h suivant l'apparition des symptômes dans 42% des cas,
- dans la demi journée pour 25% des patients,
- dans un délai d'une demi journée à 48h pour 1/3 des patients (7).

Enfin seulement 33% des patients ont sollicité une consultation en urgence pour un sentiment de gravité de leur état(7).

1.2.2. L'engorgement du système

En 20 ans, entre 1990 et 2001, on a assisté à un doublement du nombre de passages aux urgences avec un passage de 7 millions à 14 millions de patients consultants. Depuis, les chiffres ont encore progressé de 30% environ (13).

En France, 736 structures d'urgences ont été autorisées en 2012 pour l'activité de soins de médecine d'urgence (14).

Ces 736 structures ont enregistré près de 14,5 millions de passages en 2007, soit une augmentation de 8,2 % par rapport à 2001 (14).

En 2015, le nombre de passages annuels dans les urgences de France est de 16,7 millions(15).

Plus précisément sur la région PACA, entre 2008 et 2012, le nombre de passages a augmenté de 9,8% avec une forte progression entre 2010 et 2011.

Cette augmentation est accrue pour les patients de plus de 75 ans avec une augmentation de 19,8% du nombre d'entrées (16).

Cette progression constante est source d'une difficulté croissante pour les médecins et personnels soignants à assurer correctement leurs missions.

Agressions et faits divers aux urgences sont maintenant malheureusement quotidiens, et il n'est pas rare d'observer des mouvements de grève ou de démissions du personnel(17) .

1.2.3. Enquête de la DREES du mois de juin 2013

Une enquête nationale a été réalisée la journée du 11 juin 2013 entre 8h du matin et 20h le soir. Elle a été effectuée dans tous les points d'accueil des urgences de France et concerne tous les patients admis pendant ce créneau horaire.(18)

Elle avait pour but d'analyser la genèse du recours aux urgences (caractéristiques sociaux démographiques, mode habituel de recours aux soins, démarches entreprises avant l'arrivée aux urgences), décrire les modalités de prise en charge et les examens entrepris aux urgences (temps d'attente, agressivité, pathologie prise en charge, hospitalisation en UHCD).

Cinquante deux mille patients se sont rendus aux urgences le jour de l'enquête.

La population qui s'est rendue aux urgences le 11 juin 2013 se caractérise par une proportion plus élevée d'hommes que de femmes.

Elle comporte 26 % d'enfants de moins de 15 ans, et 19 % de personnes âgées de 65 ans et plus.

89 % des patients sont couverts par le régime d'assurance maladie, 1 % bénéficie de l'aide médicale de l'État, 1 % est sans couverture maladie en France.

Pour la couverture complémentaire, 71 % des patients sont couverts par une complémentaire privée, 7 % sont sans couverture complémentaire et 9% bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire(CMU C).

Ceci est proche de ce qu'on observe en population générale puisqu'au 31 décembre 2012, 7 % de la population résidant en France était couverte par la CMU C (19).

Pour les personnes âgées de 18 à 64 ans, la part des actifs ayant un emploi est de 53 %, celle des chômeurs est de 10 % avec un taux de non réponse de 13 %.

Les deux tiers des patients arrivent aux urgences par leurs propres moyens.

Pour la moitié des patients, la situation ayant conduit aux urgences date du jour même. Elle date de la veille pour 15 % des patients. Elle date de plusieurs jours pour 29 %.

Un patient sur trois a entrepris au moins une démarche relative à son état de santé au cours des 24 h précédant la venue aux urgences (un appel téléphonique ou consultation auprès d'une personne en raison de son état de santé).

1.3. Démographie médicale

1.3.1. En France

La France comptait en 2016, 285 840 médecins sur son territoire soit 1,7% de plus par rapport à l'année 2015, parmi eux 215 583 sont en activité totale et 70257 retraités dont 15878 en cumule emploi- retraite. (1)

Depuis les dix dernières années, le nombre de médecins retraités a augmenté de 87% tandis que le nombre de médecins actifs n'a augmenté que de 1,2%.

De plus, parmi les médecins en activité certains sont en inactivité temporaire et leur nombre a augmenté de 46% en 10 ans.

Les médecins en activité régulière sont âgés en moyenne de 51,3 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,1% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 18,6% des effectifs.

En ce qui concerne la médecine générale, ils sont 88 886 inscrits au tableau de l'ordre au 1er janvier 2016, en activité régulière (1).

Cet effectif est diminué de 8,4% entre 2007 et 2016.

Il existe également une forte disparité régionale et les régions ayant enregistré le plus de baisses

sont dans l'ordre la région Ile de France (-18,7%) puis la région Centre (-13,1%) et enfin la région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur) (-10,5%).

Âgés en moyenne de 52 ans, les médecins généralistes sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes. 27,3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

La désertification médicale ne concerne pas que les territoires ruraux mais également les espaces urbains.

Concernant les autres spécialités, actuellement, le tableau de l'Ordre recense 85 064 médecins en activité régulière, soit une augmentation de 7% des effectifs depuis 2007. Cela ne concerne malheureusement pas toutes les spécialités, comme la dermatologie ou la psychiatrie pédiatrique qui voient leurs effectifs diminuer (1).

Au 1er janvier 2016, la densité médicale métropolitaine est de 284,4 médecins pour 100 000 habitants.

La région PACA enregistre la plus forte densité avec 350 médecins pour 100 000 habitants.

Pour la spécialité de médecine générale la densité est de 132,1 médecins pour 100 000 habitants.

La région PACA enregistre la plus forte densité avec 152,6 médecins pour 100 000 habitants. La quasi totalité des départements enregistrent une baisse de cette densité médicale.

La densité des spécialités médicales est de 118 médecins pour 100 000 habitants, et il existe une disparité dans la variation de cette densité médicale entre les différents départements.

Le gouvernement met en place des mesures pour tenter de contrer ce phénomène de désertification médicale avec un «abandon» des campagnes et autres zones rurales par les médecins comme le Contrat d'engagement service publique ainsi que le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG).

Le gouvernement essaie également de promouvoir le développement de maisons de santé plus attractives pour les jeunes qu'un exercice isolé, et plus commode également pour le patient avec réduction des délais de rendez-vous et des transports entre différents cabinets.

La télémédecine est également envisagée pour contrer cette désertification.

1.3.2. En PACA

Au 1er janvier 2016, 26 060 médecins sont inscrits au tableau du conseil de l'Ordre de la région PACA, toutes spécialités confondues et tous modes d'exercices confondus (1).

Parmi eux, 73,7% sont en activité et donc 26,3% à la retraite.

Il y a eu entre 2007 et 2016, un passage de la part des médecins retraités de 17,5% à 26,5%, suivant la tendance nationale.

Ils ne sont donc plus que 17 606 en activité régulière, soit une baisse de 3,6% entre 2007 et 2016, le département du Vaucluse étant le département qui enregistre la plus forte baisse.

Ceci est d'autant plus inquiétant que la variation des effectifs des médecins est opposée à la variation démographique de la population.

De plus l'âge moyen des médecins est de 52 ans, avec plus de 28% des médecins âgés de 60 ans et plus, et seulement 15,4% pour les moins de 40 ans (1).

Toutes spécialités confondues, lors de leur première inscription au tableau de l'ordre, les médecins sont 56,5% à choisir le secteur salarié, 20,7% activité de remplaçant et seulement 16,1% en libéral. 7% ont une activité mixte salarié/ libéral.

Concernant les médecins généralistes, ils sont 5425 au 1er janvier 2016, et ont vu leur effectif baisser de 14,2% en 8 ans.

Leur âge moyen est de 54 ans et ils sont à 65% des hommes. Plus de 30% d'entre eux ont plus de 60 ans et seulement 11% moins de 40 ans. Cette dernière tranche d'âge est représentée à 60% par

des femmes.

Le territoire PACA est divisé en 120 bassins de vie avec en moyenne 44 médecins par bassin de vie. Il existe une très forte disparité entre les différents bassins allant d'une densité médicale considérée comme forte dans la région de Marseille notamment à faible autour d'Avignon et Orange, ou dans l'arrière pays Varois (20).

Depuis 1968, la population de la région a augmenté de moitié, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de près de 1 %. Ces dernières années, la progression se ralentit pour se situer à environ + 0,7 % en moyenne annuelle (21).

1.3.3. Secteur d'Orange

1.3.3.1. Offre libérale

L'offre de soins de proximité dans le département du Vaucluse est relativement bien répartie sur l'ensemble du territoire hormis les secteurs de Sault et de Sorgues qui sont considérés comme fragiles (20).

Le département compte 84 bassins d'activité et 580 médecins généralistes (21).

La ville d'Orange compte à elle seule 30 000 habitants soit une progression de 7,2% entre 1999 et 2013, date du dernier recensement (22).

Les spécialités médicales y sont presque toutes représentées hormis la neurologie. On y trouve des professionnels paramédicaux des hospitalisations de court, moyen et long séjour ainsi qu'une maternité niveau 1.

Il n'y a plus de maison médicale de garde.

Pour le bassin d'Orange, l'URPS (Union Régionale pour la Permanence des Soins) faisait état en 2015 de 29 généralistes libéraux, le niveau de risque démographique est estimé à 3 c'est à dire un bassin dont 50% des praticiens sont âgés de 50 ans et plus (22 généralistes sur 29 sont âgés de plus de 50 ans, et depuis ce rapport plusieurs médecins sont partis à la retraite , 5 d'entre eux étant âgés de 65 ans et plus) (21).

La desserte médicale était de 1 médecin pour 935 habitants en 2009, puis 1 médecin pour 1035 habitants en 2013 et enfin 1 médecin pour 1263 habitants avant le premier départ à la retraite en 2015.

La permanence des soins du secteurs d'orange est organisée par l'URPS PACA en collaboration avec l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Le territoire d'Orange comprend Orange et Caderousse. De 20h à 8h et il n'y a qu'une seule ligne de garde pour ce créneau horaire ainsi que pendant les week-end et jours fériés.

1.3.3.2. Offre hospitalière

Actuellement 7 services d'urgences (Avignon, Carpentras, Orange, Cavaillon, Apt, Valréas, Vaison la Romaine) couvrent le Vaucluse, et 6 antennes SMUR couvrent le territoire.

En 2011, la structure d'urgence d'Avignon enregistrait 86792 passages tandis que les structures d'Orange ou de Carpentras environ de 26 000. Les plus petites structures comme Vaison la Romaine 8000 passages ou Valréas 9700 passages annuels (20).

L'hôpital Louis Giorgi est le centre hospitalier d'Orange, inauguré en 1992.

Il est au cœur d'un territoire de 120 000 habitants(23).

Son service des urgences a accueilli 26 649 patients en 2009, puis 28121 en 2014 et 29519 en 2015.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Cette étude est une étude quantitative, descriptive transversale.

2.2. Objectif

L'objectif de notre étude est d'analyser le parcours en amont des patients résidents d'Orange se présentant spontanément au service d'accueil des urgences d'Orange, et déterminer si il existe des facteurs prédisposant à ce recours aux urgences plutôt qu'auprès d'un médecin généraliste.

En parallèle, l'offre de soins non programmés dans l'agglomération d'Orange a été étudiée.

2.3. Populations étudiées

Pour la partie concernant les usagers des urgences, nous avons sélectionné les patients de tout âge, enfant comme adulte, se présentant spontanément au service d'accueil des urgences, pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux (9h/19h), se présentant spontanément, sans courrier du médecin traitant, et qui sont domiciliés sur la ville d'Orange.

Pour l'enquête concernant l'offre de soins non programmés en libéral, nous avons interrogé tous les médecins généralistes de la ville d'Orange, ainsi que les médecins spécialistes susceptibles d'intervention de premier recours, c'est à dire les ophtalmologues, cardiologues, pneumologues, dermatologues, Oto-rhino-laryngologues, gynécologues, pédiatres, chirurgiens orthopédiques, angiologue.

Nous avons également interrogés les cabinets de radiologie accessibles en ambulatoire pour connaître leurs délais de rendez-vous en cas de prescription d'un examen complémentaire en

urgence.

2.4. Période de recueil

Les données concernant les patients des urgences ont été recueillies sur 8 journées, durant la période du 06 au 27 juin 2017, de 09h à 19h.

Les données concernant l'offre de soins ambulatoire ont été recueillies pendant les mois de mai, juin et juillet 2017.

2.5. Méthodes

Les patients des urgences ont été interrogés grâce à un questionnaire papier. Pour une meilleure compréhension et une meilleure adhésion, les questions leur ont été posées à l'oral et le questionnaire rempli par nos soins. Ce questionnaire est disponible en Annexe 1.

La sélection des patients à inclure était faite en amont, à l'accueil administratif des urgences, où nous pouvions connaître la ville de domiciliation ainsi que le caractère spontané de la venue aux urgences.

Les questions étaient ensuite posées dans le bureau de l'infirmier d'accueil et d'orientation, après que celui-ci ait fini son travail de première évaluation.

Les questionnaires ont ensuite été analysés de manière anonymisée.

Concernant l'étude de l'offre de soins libérale, nous avons démarché les professionnels directement à leur cabinet, et non par téléphone, dans l'objectif d'obtenir une meilleure adhésion.

Il était alors proposé aux praticiens en personne, ou au secrétariat lorsqu'il y en avait un, soit un questionnaire papier, soit de nous communiquer leur adresse e-mail pour leur envoyer une version numérique du questionnaire. Ce questionnaire est disponible en Annexe 2 pour les médecins généralistes et en Annexe 3 pour les médecins spécialistes.

Les questionnaires imprimés ont été récupérés après un délai de quinze jours suivant le dépôt.

Concernant les cabinets de groupe de médecins de même spécialité, leur prise en charge des soins non programmés étant mutuelle, un seul questionnaire par groupe a été distribué pour éviter les doublons.

Les différents médecins généralistes et spécialistes ont été trouvés grâce au site internet des Pages Jaunes, comme pourrait le faire un patient à la recherche d'une consultation en urgence.

Les praticiens à la retraite, ayant déménagé en dehors d'Orange, ou ayant changé d'activité (salariée, activité uniquement de sophrologie/ gestion du stress), ont été exclus.

Concernant les délais de rendez-vous pour les examens d'imagerie, nous sommes allés demander le délai de rendez-vous directement auprès des cabinets de radiologie existant sur la commune d'Orange. Nous avons précisé que nous cherchions à connaître le délai de rendez vous qui serait proposé à un patient porteur d'une ordonnance signifiant le caractère urgent de l'examen complémentaire.

2.6. Caractéristiques étudiées

Pour l'étude concernant les patients des urgences, les données recueillies sont les suivantes :

- l'âge,
- le sexe,
- la couverture sociale,
- la situation professionnelle (pour les patients mineurs, la situation professionnelle retenue est celle du parent accompagnant),
- l'existence d'un médecin traitant déclaré,
- les contacts antérieurs à la venue aux urgences,
- la consultation antérieure du médecin traitant pour le problème en cours,

- le type de symptôme dont se plaint le patient,
- les facteurs déterminant sa venue aux urgences,
- la durée du problème en cours,
- leur appréciation concernant l'accessibilité de leur médecin traitant,
- leur appréciation concernant l'accessibilité des examens complémentaires en ville,
- leur nombre de passages antérieurs aux urgences sur un an,
- leur motivation à consulter une maison médicale de garde si elle était créée,
- le fait d'avoir choisi ou d'avoir été contraint de venir aux urgences.

Pour l'étude concernant les médecins généralistes, les données recueillies sont les suivantes :

- les horaires de consultations,
- la nature libre ou sur rendez-vous des consultations,
- la présence ou non de plages horaires réservées aux urgences du jour,
- la présence d'un secrétariat,
- le nombre de consultations demandées en urgence par jour,
- le caractère complet ou non de la patientèle,
- les pratiques en cas de demande d'avis spécialisé,
- les pratiques en cas de demande d'examen biologiques en urgence,
- les difficultés ressenties à obtenir des avis spécialisés, des examens biologiques et des examens d'imagerie en urgence,
- Les pratiques concernant les actes de sutures,
- les pratiques concernant les confections de plâtre.

Pour l'étude concernant les médecins spécialisés, les données recueillies sont les suivantes:

- les horaires de consultation,
- la nature libre ou sur rendez-vous des consultations,
- les conditions d'obtention d'une consultation en urgence,
- le nombre de consultations urgentes demandées chaque jour,
- les difficultés ressenties à contenter les demandes de consultations en urgence,
- les difficultés ressenties à faire hospitaliser un patient le nécessitant.

2.7. Analyse des données et méthodologie statistique

L'ensemble des données recueillies a été retranscrit dans un tableur à double entrée, permettant leur hiérarchisation et leur analyse statistique. Les données ont été saisies dans le logiciel de traitement de données Gnumeric© et la base de données R©. L'intégralité des calculs a été réalisée dans R©. Les variables qualitatives sont décrites par leur pourcentage. Au vu du faible effectif de la population étudiée, les statistiques analytiques ont été réalisées avec le Test de Fisher, avec un seuil de significativité de $p < 0,05$.

3. RESULTATS

3.1. Questionnaire patient

98 patients ont été sélectionnés dans l'étude pendant les journées du 06, 07, 12, 14, 19, 21, 26 et 27 juin 2017 de 09h à 19h.

3 ont refusé de répondre au questionnaire.

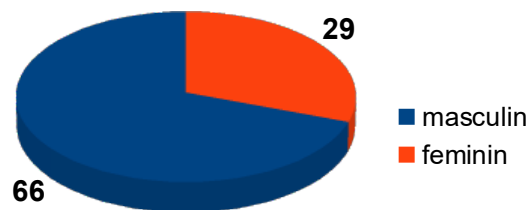
95 patients ont donc été inclus.

3.1.1. Statistiques descriptives

3.1.1.1. Caractéristiques sociaux démographiques

3.1.1.1.1. Sexe

Parmi les 95 patients inclus, 66 (69,5%) sont des hommes et 29 (30,5%) des femmes soit un sexe ratio homme/ femme de 2,27.

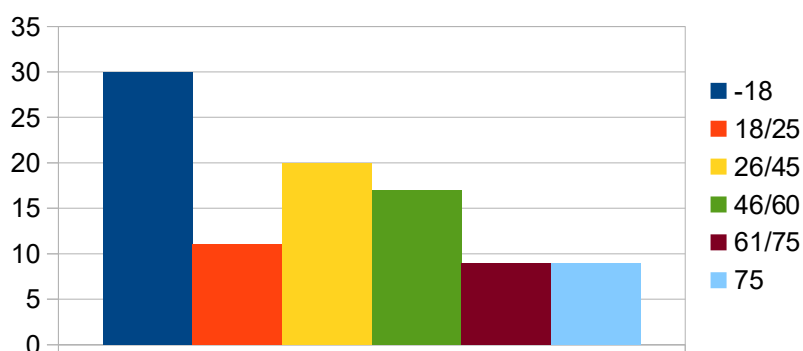


Graphique 1: Sexe des patients inclus

3.1.1.1.2. Age

La tranche d'âge la plus représentée est la population pédiatrique avec 30 patients sur 95 ayant moins de 18 ans (31,6%), 11 ont entre 18 et 25 ans (11,6%), 20 entre 26 et 45 ans (21%), 17 entre 46 et 60 ans (17,9%), 9 entre 61 et 75 ans (9,5%) , 9 ont plus de 75 ans (9,5%).

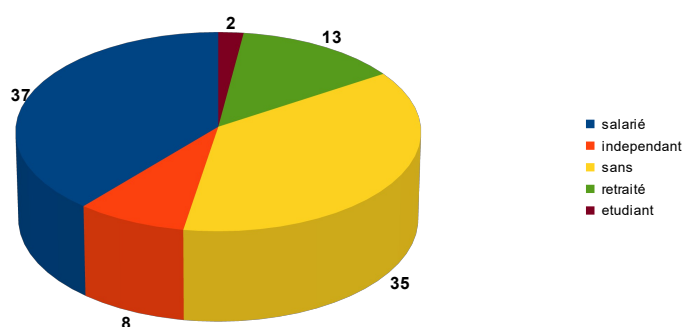
Ils sont donc 64,1% à avoir moins de 45 ans.



Graphique 2: Age des patients inclus

3.1.1.1.3. Activité professionnelle

Concernant leur activité professionnelle ou celle du parent accompagnant, 37 (39%) ont un emploi salarié, 8 (8,4%) ont un emploi indépendant, 35 (36,8%) sont sans emploi, 13 (13,7%) sont retraités, 2 (2,1%) sont étudiants.

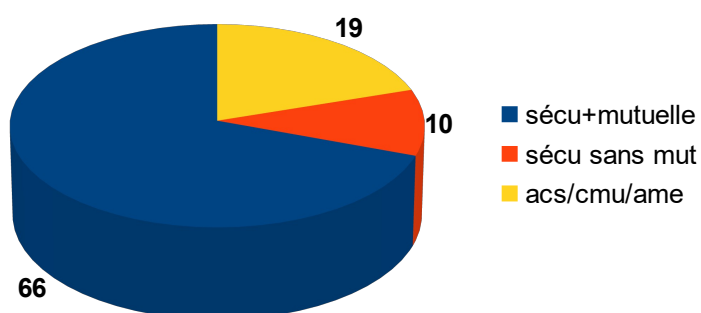


Graphique 3: Activité professionnelle des patients inclus

3.1.1.1.4. Couverture sociale

Concernant leur couverture sociale, 66 (69,5%) sont couverts par la sécurité sociale et possèdent une mutuelle complémentaire personnelle, 10 (10,5%) sont couverts par la sécurité sociale mais sont dépourvus de mutuelle complémentaire, et 19 (20%) bénéficient de la CMU (couverture mutuelle universelle) ou AME (Aide médicale d'État).

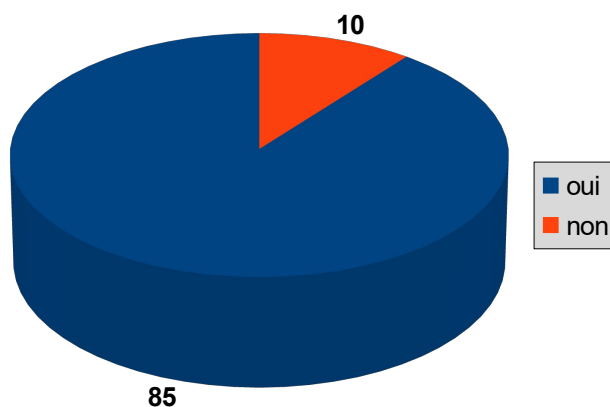
Aucun n'était sans couverture sociale.



Graphique 4: Couverture sociale des patients

3.1.1.1.5. Déclaration d'un médecin traitant

85 patients (89,5%) ont un médecin traitant déclaré et 10 n'en ont pas (10,5%) .



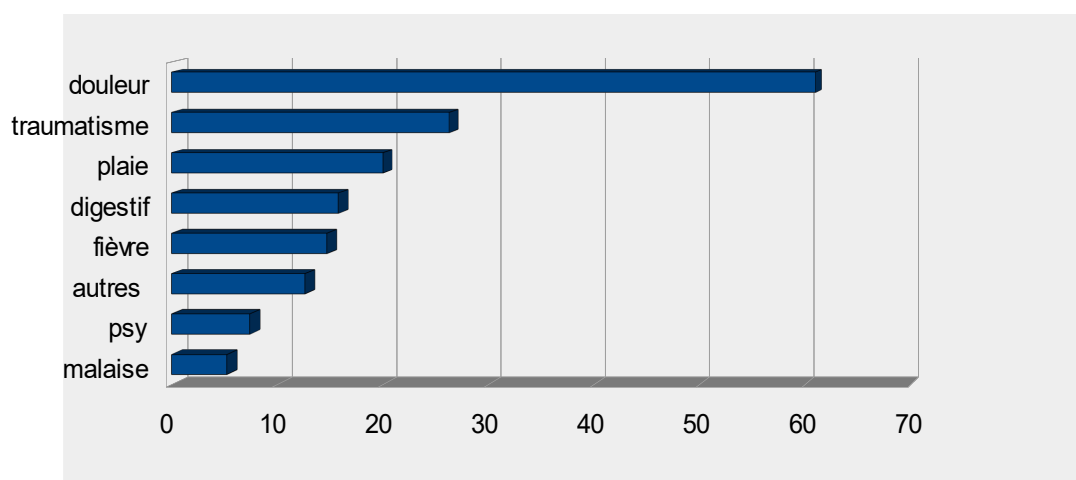
Graphique 5 : Déclaration d'un médecin traitant

3.1.1.2. Motif d'admission

3.1.1.2.1. Type de motifs d'admission

Les patients évoquaient les motifs d'admission suivants :

- 58 (61%) patients ont déclarés une douleur,
- 14 (14,7%) une fièvre,
- 15 (15,8%) des symptômes digestifs type vomissements / diarrhées,
- 5 (5,2%) un malaise,
- 25 (26,3%) un traumatisme,
- 19 (20%) une plaie,
- 7 (7,4%) des symptômes psychologiques ou psychiatriques,
- et 12 (12,6%) d'autres plaintes ; parmi eux trois motifs dermatologiques, un coton tige coincé dans le conduit auditif, le renouvellement d'un traitement substitutif, trois piqures d'insecte, un motif gynécologique, une crise d'asthme, une pièce avalée et la présence d'un ganglion cervical.

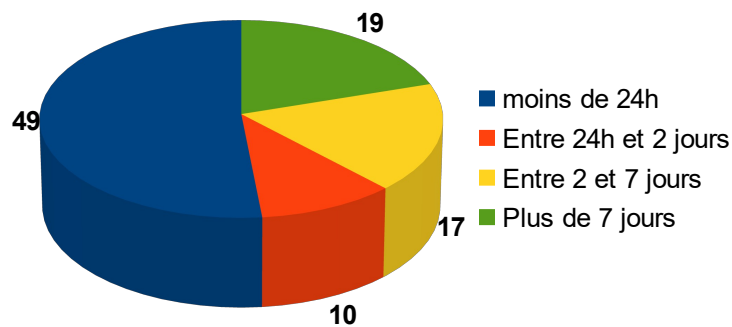


Graphique 6: Motifs d'admission des patients inclus (%)

3.1.1.2.2. Durée d'évolution des symptômes

Ces symptômes évoluent:

- pour 49 patients depuis moins de 24h (51,6%)
- pour 10 patients entre 24 et 48h (10,5%)
- pour 17 patients entre 2 et 7 jours (17,9%)
- pour 19 patients depuis plus d'une semaine (20%)



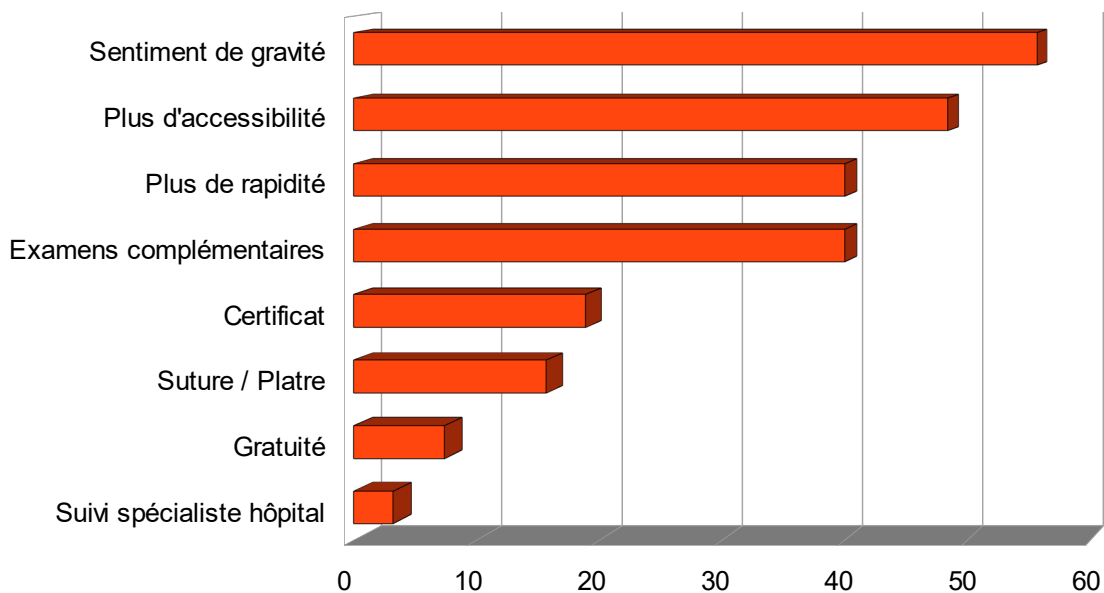
Graphique 7: Durée d'évolution des symptômes

3.1.1.3. Autres facteurs déterminants

En dehors des symptômes évoqués à leur admission, les facteurs déterminant la venue aux urgences exprimés par les patients sont les suivants :

- un sentiment de gravité de leur état de santé pour 53 patients (55,7%),
- le besoin d'un certificat ou d'un document administratif pour 18 patients (18,9%),
- le sentiment de devoir passer rapidement des examens complémentaires pour 38 patients (40%),

- le fait d'être suivi par un médecin spécialiste de l'hôpital pour 3 patients (3,2%),
- l'apparente gratuité des soins pour 7 patients (7,4%),
- le sentiment de devoir être suturé ou plâtré pour 15 patients (15,7%),
- le fait que la prise en charge soit selon eux plus rapide que chez le médecin traitant pour 38 patients (40%),
- le fait que les urgences soient plus facilement accessibles que le cabinet du généraliste pour 46 patients (48,4%) .



Graphique 8: Éléments déterminants dans la venue aux urgences (%)

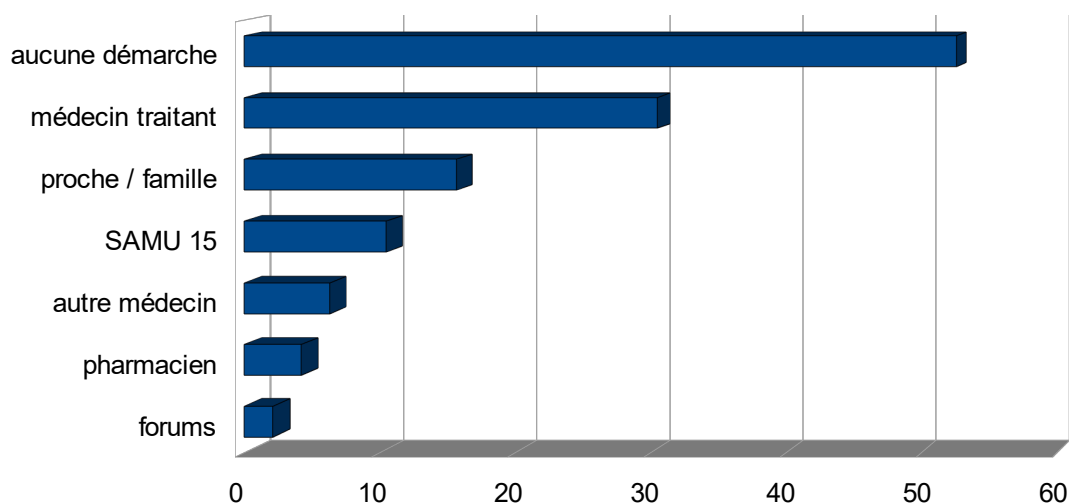
3.1.1.4. Parcours en amont de l'arrivée aux urgences

3.1.1.4.1. Démarches globales

Parmi nos 95 patients,

- 50 (52,6%) n'ont pris aucun avis médical avant de venir,
- 15 (15,7%) ont pris l'avis d'un proche,
- 2 (2,1%) se sont renseignés sur internet ou des forums,
- 10 (10,5%) ont appelé le centre 15,
- 29 (30,5%) ont pris contact ou ont tenté de joindre leur médecin traitant par téléphone,
- 4 (4,2%) ont pris conseil auprès d'une pharmacie,
- 6 (6,3%) ont pris contact ou ont tenté de prendre contact auprès d'un autre médecin (remplaçant, autre médecin généraliste, médecin spécialiste).

A noter que les démarches effectuées pouvaient se cumuler.



Graphique 9: Contact ou tentative de contacts antérieurs à la venue aux urgences (%)

3.1.1.4.2. Démarches auprès du médecin traitant

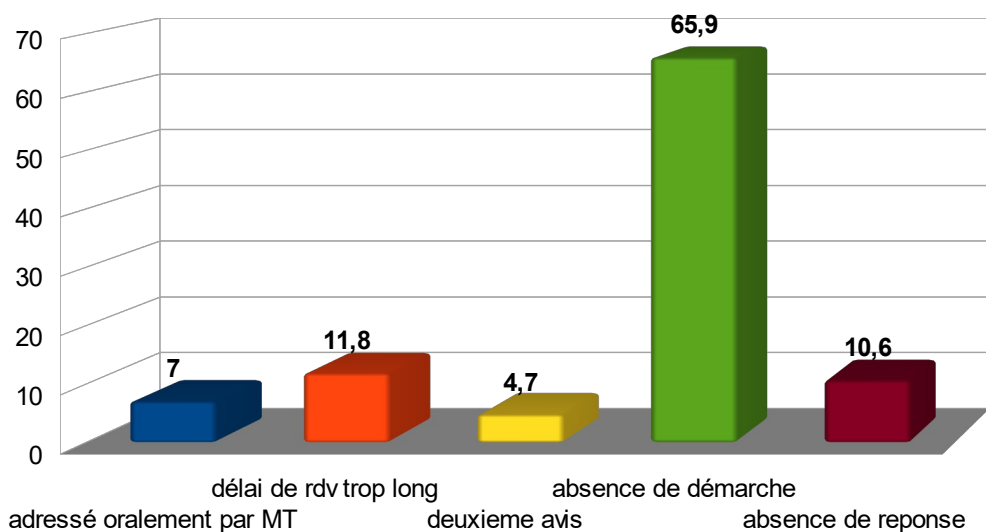
Concernant les démarches auprès du médecin traitant, parmi les 85 patients ayant un médecin traitant déclaré:

- 56 (65,9%) n'ont effectué aucune démarche auprès de lui,
- 29 (34,1%) ont pris contact ou ont tenté de prendre contact avec lui,
- les autres patients se répartissent entre un appel au SAMU pour 10 d'entre eux (soit

11,8% des patients ayant un médecin traitant) et 3 qui ont appelé un autre médecin que leur médecin traitant (généraliste ou spécialiste) (soit 3,5% des patients ayant un médecin traitant), le reste des patients n'ayant effectué aucune démarche médicale (50,6%).

Parmi les 29 patients ayant pris ou tenté de prendre contact avec leur médecin traitant:

- 6 déclarent avoir été adressé oralement aux urgences par la secrétaire ou le médecin par défaut de rendez-vous disponible (soit 7 % de la totalité des patients ayant un médecin traitant et 20,7% des patients ayant tenté un contact avec le médecin traitant antérieurement),
- 10 ont été confronté a un délai de rendez-vous trop long selon eux (soit 11,8% de la totalité des patients ayant un médecin traitant et 34,5% de ceux ayant tenté de joindre leur médecin traitant),
- 4 ont eu une consultation mais n'étaient pas satisfait ou voulaient un second avis (soit 4,7% de la totalité des patients ayant un médecin traitant et 13,8% des patients ayant pris contact avec leur médecin traitant),
- 9 ont tenté de joindre leur médecin traitant sans réponse (répondeur ou cabinet fermé) (soit 10,6% de la totalité des patients ayant un médecin traitant et 31% des patients ayant pris contact avec leur médecin traitant).



Graphique 10: Démarches auprès du médecin traitant déclaré(%)

Parmi les 10 patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré:

- 7 (70%) sont venus aux urgences sans contact ou tentative de contact antérieur,
- 3 (30%) ont tenté ou ont eu un contact médical avec un autre médecin avant leur venue aux urgences,
- aucun n'a tenté de joindre le centre 15.

Parmi les 85 patients ayant un médecin traitant:

- 29 ont tenté ou ont eu un contact médical avec leur médecin traitant soit 34,1% des patients ayant un médecin traitant
- 43 n'ont eu aucun contact médical soit 50,6%
- 13 ont tenté de prendre contact avec un autre médecin ou le centre 15 soit 15,3%

3.1.1.5. Opinion sur le système ambulatoire

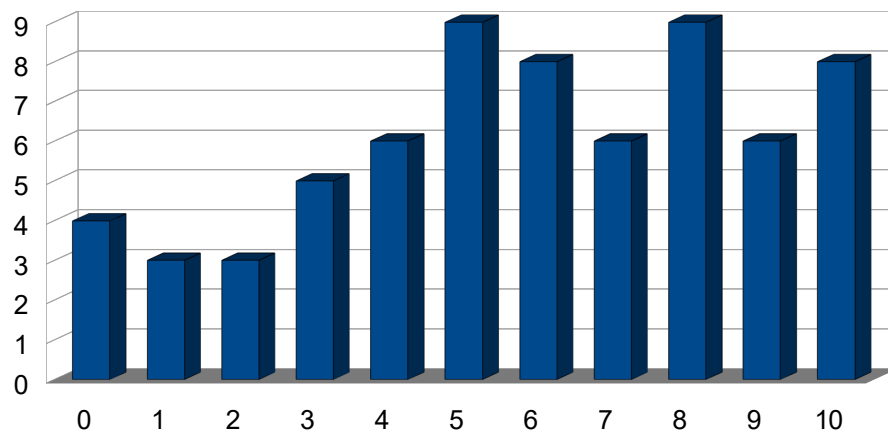
3.1.1.5.1. Accessibilité du médecin traitant

Pour les 85 patients ayant déclaré un médecin traitant, à la question : "quelle note donneriez-vous à l'accessibilité de votre médecin traitant en urgence de 0 à 10" :

- 4 patients ont répondu 0,
- 3 ont répondu 1,
- 3 ont répondu 2,
- 5 ont répondu 3,
- 6 ont répondu 4,
- 9 ont répondu 5,
- 8 ont répondu 6,

- 6 ont répondu 7,
- 9 ont répondu 8,
- 6 ont répondu 9,
- 8 ont répondu 10,
- 18 ne savaient pas répondre,

soit une moyenne de 5,8 sur 10 et une médiane de 6 sur 10.



Graphique 11 : Estimation de l'accessibilité du médecin traitant par leur patient (Note de 1 à 10)

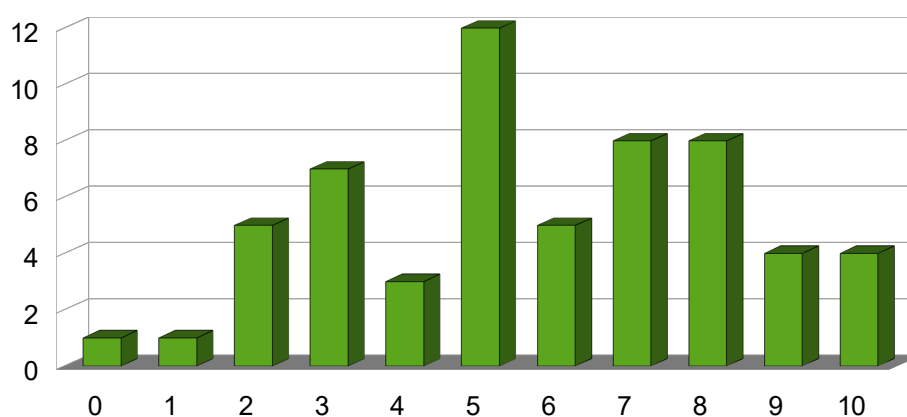
3.1.1.5.2. Accessibilité des examens complémentaires

A la question : "quelle note donneriez-vous à l'accessibilité des examens complémentaires en urgence en ville", sur les 95 patients inclus:

- 1 patient a répondu 0,
- 1 patient a répondu 1,
- 5 patient ont répondu 2,
- 7 patients ont répondu 3,
- 3 patients ont répondu 4,
- 12 patients ont répondu 5,
- 5 patients ont répondu 6,

- 8 patients ont répondu 7,
- 8 patients ont répondu 8,
- 4 patients ont répondu 9,
- 4 patients ont répondu 10,
- 37 ne savaient pas répondre,

soit une moyenne de 5,86 sur 10 et une médiane de 5 sur 10.

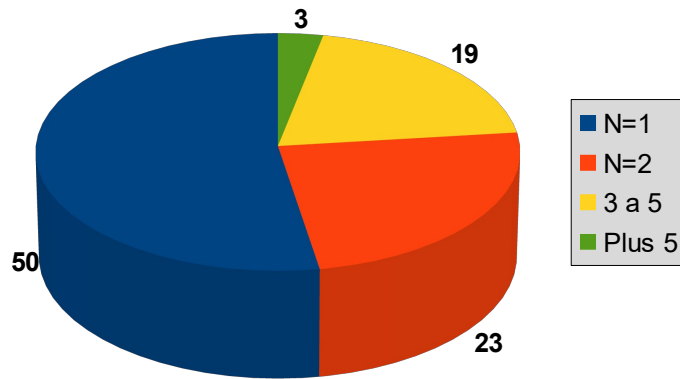


Graphique 12 : Estimation de l'accessibilité aux examens complémentaires en ville par les patients (Note de 1 à 10)

3.1.1.6. Nombre de passages aux urgences sur une année

Pour les patients inclus, le nombre de passage au cours des 12 derniers mois est de :

- passage uniquement ce jour pour 50 patients soit 52,6%
- 2 passages avec celui du jour inclus pour 23 patients soit 24,2%
- 3 à 5 passages pour 19 patients soit 20%
- et plus de 5 passages pour 3 patients soit 3,15%

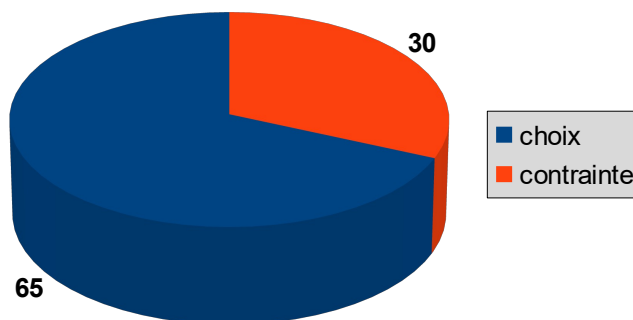


Graphique 13 : Nombre d'admission aux urgences par patient sur les douze derniers mois (n)

3.1.1.7. Qualification de la venue du jour aux urgences

Nous avons demandé aux 95 patients s'ils estimaient que leur venue aux urgences aujourd'hui étaient un choix ou une contrainte:

- 65 patients (68,4%) ont répondu un choix,
- 30 (31,6%) ont répondu une contrainte.



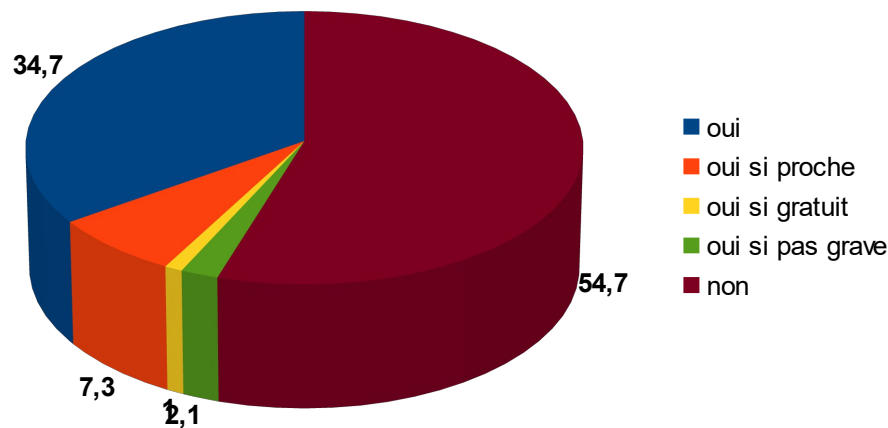
Graphique 14: qualification de la venue aux urgences (n)

3.1.1.8. Motivations à consulter une maison médicale de garde

Nous avons testé la motivation des patients à consulter une maison médicale de garde, si elle

était créée:

- 52 patients (54,7%) n'iraient pas et préfèrent consulter les urgences,
- 33 patients (34,7%) consulteraient sans conditions à la maison médicale,
- 7 patients (7,3%) accepteraient d'y aller seulement si elle est proche de l'hôpital,
- 1 patient (1%) accepterait d'y aller uniquement si il n'a pas à avancer les frais,
- 2 (2,1%) accepteraient d'y aller uniquement s'il juge leur état de santé non grave.



Graphique 15 : Dispositions à consulter une maison médicale de garde (%)

3.1.2. Statistiques analytiques

49,4% (42) des patients ayant un médecin traitant déclaré effectuent des démarches préalables auprès d'un médecin de ville avant de se présenter aux urgences, contre 30% (3) des patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré. Cette différence n'est pas significative ($p = 0,32$).

27,4% (26) des patients ne présentant pas de traumatisme ou de plaie comme motif d'admission effectuent des démarches préalables auprès d'un médecin de ville avant de se présenter aux urgences, contre 9,4 % (9) des patients présentant un traumatisme ou une plaie comme motif d'admission. Cette différence est significative ($p = 0,03$).

13,7% (13) des patients estimant nécessiter un examen complémentaire en urgence effectuent des démarches préalables auprès d'un médecin de ville avant de se présenter aux urgences, contre 23,2% (22) des patients n'estimant pas nécessiter d'examen complémentaire rapidement. Cette différence n'est pas significative ($p = 0,83$).

14,7% (14) des patients ne souhaitant pas avoir recours à une maison médicale de garde si elle existait effectuent des démarches préalables auprès d'un médecin de ville avant de se présenter aux urgences, contre 22,1% (21) des patients qui souhaiteraient pouvoir avoir accès à une maison médicale de garde. Cette différence est significative ($p = 0,03$).

3.2. Questionnaires concernant l'offre de soins non programmés en ambulatoire

3.2.1. Médecins généralistes

La recherche internet par les Pages Jaunes en tapant « médecin généraliste » à « Orange » a fait ressortir 22 médecins généralistes sur la ville d'Orange.

Parmi eux, 4 avaient changé d'activité (médecine hospitalière) ou déménagé, ou étaient partis à la retraite.

Nous avons donc sollicité 18 médecins généralistes ; parmi eux, 14 ont accepté de répondre au questionnaire.

Il y a donc 14 médecins généralistes inclus pour cette étude.

3.2.1.1. Horaires de consultations

La moyenne des horaires de début et de fin de consultation matin et soir se présente ainsi:

lundi: matin de 8h36 à 11h45 et l'après-midi de 14h15 à 18h08

mardi: matin de 8h41 à 11h57 et l'après- midi de 14h21 à 18h14

mercredi: matin de 8h51 à 11h54 et l'après-midi de 14h18 à 18h30

jeudi: matin de 8h38 à 11h54 et l'après-midi de 14h07 à 18h08

vendredi: matin de 8h46 à 11h53 et l'après-midi de 14h17 à 18h10

samedi: matin de 8h07 à 12h36

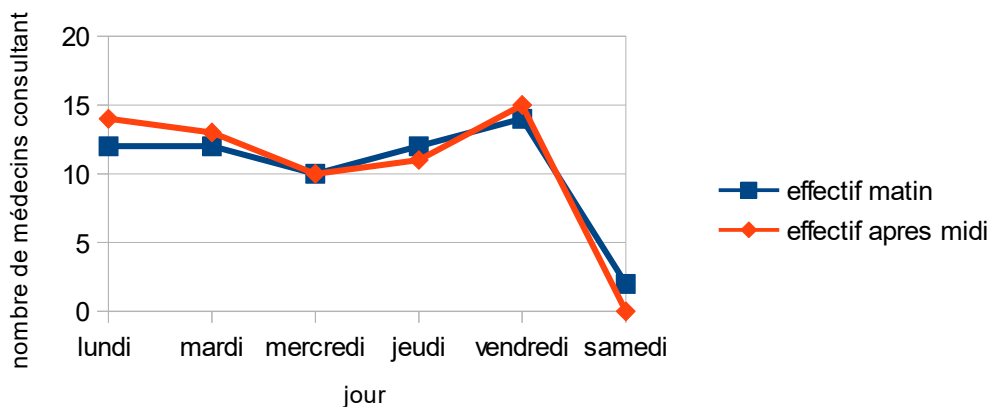
La moyenne des horaires de consultation sur l'ensemble de la semaine est donc de 8h36 à 12h et de 14h16 à 18h13.

3.2.1.2. Effectif des consultants

Le nombre de médecins généralistes ouverts pour consultation, en fonction des demies-journées de semaine, se répartit de la manière suivante :

Effectif	Matin	Après-midi
Lundi	12	14
Mardi	12	13
Mercredi	10	10
Jeudi	12	11
Vendredi	14	15
Samedi	2	

Tableau 1 : Effectifs de médecins généralistes recevant en consultation pour chaque demie-journée (n)



Graphique 16 : Effectif des médecins généralistes consultant par jour (n).

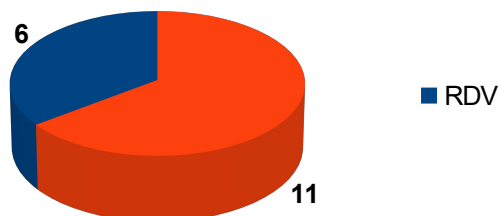
3.2.1.3. Mode de consultation

Nous avons demandé aux médecins comment s'organisent leurs consultations, 14 ont répondu avec le reste du questionnaire et 3 autres horaires et mode de consultation ont pu être analysés en supplément, par récupération de carte de visite ou de pancarte avec les horaires de consultation au cabinet.

Au total 17 horaires et mode de consultation sur 18 médecins de la ville ont pu être analysés.

Parmi eux:

- 6 médecins sur 17 consultent uniquement sur RDV (35,3%),
- 11 médecins sur 17 partagent leur temps de consultation entre RDV et consultations libres (64,7%),
- Aucun ne travaille qu'en consultations libres.



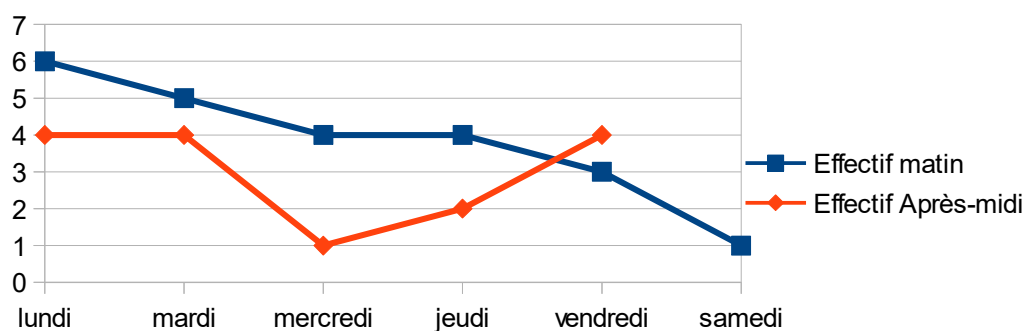
Graphique 17 : Mode de consultation (n)

Les consultations libres interviennent:

- tous les jours de la semaine chez 5 des 11 médecins les pratiquant,
- certains jours seulement pour 6 médecins.

Les consultations libres, tous médecins confondus couvrent tous les jours de la semaine:

- Le lundi matin , 6 médecins consultent de 8h40min à 11h40min en moyenne
- le lundi après-midi, 4 médecins consultent de 14h30min à 18h22min en moyenne
- le mardi matin, 5 médecins consultent de 9h12min à 11h48min en moyenne
- le mardi après-midi 4 médecins consultent de 15h00min à 18h22min en moyenne
- le mercredi matin, 4 médecins consultent de 9h15min à 11h45min en moyenne
- le mercredi après-midi, 1 médecin consulte de 14h30min à 18h30min en moyenne
- le jeudi matin, 4 médecins consultent de 8h45min à 11h45min en moyenne
- le jeudi après-midi, 2 médecins consultent de 14h45min à 18h30min en moyenne
- le vendredi matin, 3 médecins consultent de 9h20min à 11h40min en moyenne
- le vendredi après-midi, 4 médecins consultent de 14h52min à 18h22min en moyenne
- le samedi matin, 1 médecin consulte de 10h30 à 12h00.



Graphique 18 : nombre de médecins généralistes ayant des plages de consultation sans rendez-vous (n)

Parmi les 6 médecins qui ne travaillent que sur rendez-vous:

- 4 réservent des horaires de consultations pour les demandes de consultation urgentes (soit 66,7%),
- 2 n'en réservent pas (soit 33,3%).

3.2.1.4. Patientèle

La patientèle est évaluée comme complète par 7 des 14 médecins répondant et les 7 autres acceptent encore de nouveaux patients, (50% / 50%).

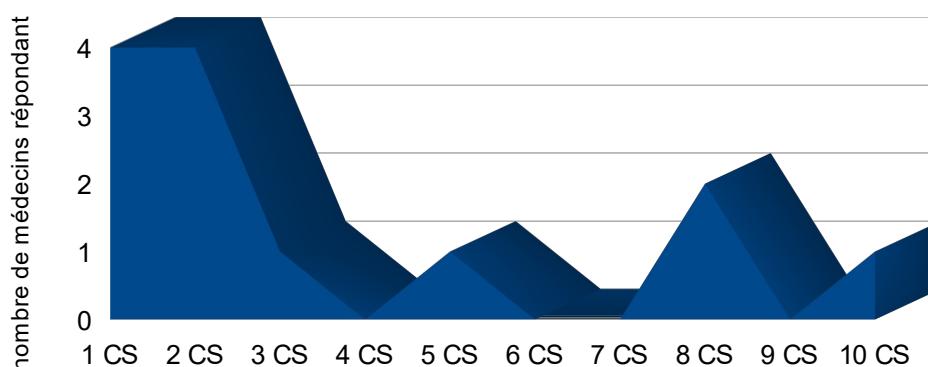
3.2.1.5. Nombre de consultations en urgence

Nous avons demandé aux 14 médecins répondant, à combien de demandes de consultations en urgences ils estiment devoir faire face tous les jours:

La dispersion des valeurs est de 9 avec des réponses allant de 1 à 10.

Le nombre moyen de consultations demandées est de 3,54.

La médiane du nombre de consultations demandées chaque jour est de 2.



Graphique 19 : Nombre de consultations non programmées par jour estimées par chaque médecin généraliste

Parmi les 14 médecins, 9 (64,3%) se disent en difficulté pour contenter toutes les demandes de consultations urgentes, tandis que les 5 (35,7%) autres n'éprouvent pas de difficulté à assurer ces demandes de consultations urgentes.

3.2.1.6. Recours aux confrères spécialistes

Nous avons demandé aux 14 médecins généralistes libéraux de préciser leur pratique habituelle lorsqu'ils ont besoin d'un avis spécialisé pour un patient, en urgence:

- 6 (42,8%) font appel à un confrère en ambulatoire préférentiellement,
- 2 (14,4%) envoient leur patient aux urgences préférentiellement,
- 6 (42,8%) n'ont pas de préférence entre ces 2 alternatives,
- aucun n'a soumis d'autre méthode de prise en charge.

Concernant les demandes d'avis spécialisés en ambulatoire,

- 12 (85,7%) estiment ne pas avoir de difficulté à obtenir l'avis du confrère sollicité en urgence,
- 2 (14,3%) estiment faire face à des difficultés pour obtenir cet avis.

Pour obtenir cet avis en urgence, on constate plusieurs manières de procéder selon le cas:

- tous (100%) disent appeler dans certains cas le confrère sollicité,
- 6 (42,8%) rédigent parfois uniquement un courrier remis au patient.

3.2.1.7. Examens biologiques

13 (92,8%) médecins estiment ne pas avoir de difficultés à obtenir un examen biologique en urgence.

Pour spécifier le caractère urgent de l'examen:

- 1 médecin (7,1%) appelle le laboratoire,
- 1 médecin (7,1%) appelle le laboratoire et spécifie urgent sur l'ordonnance,
- 12 (85,8%) médecins spécifient uniquement le caractère urgent sur l'ordonnance.

Les résultats sont obtenus:

- dans la demi journée pour 10 médecins (71,4%),
- dans les 24h pour les 4 autres (28,6%),
- aucun n'estime devoir attendre plus de 24h.

Le délai estimé est satisfaisant pour 100% d'entre eux.

3.2.1.8. Examens d'imagerie

Concernant les examens d'imagerie en ambulatoire

- 10 (71,4%) estiment avoir des difficultés à obtenir une radiographie en urgence,
- 11 (78,6%) estiment avoir des difficultés à obtenir une échographie en urgence,
- 12 (85,7%) estiment avoir des difficultés à obtenir un scanner en urgence,
- 12 (85,7%) estiment avoir des difficultés à obtenir une IRM en urgence.

3.2.1.9. Pratique d'actes

- 13 médecins (92,8%) ne font pas la confection de plâtre.
- 11 médecins (78,6%) ne font pas d'acte de suture.

3.2.2. Médecins spécialistes

33 médecins spécialistes actifs, et susceptibles de recevoir des demandes de consultation non programmées, sont répertoriés par les Pages Jaunes.

Ces 33 spécialistes se répartissent dans 15 cabinets médicaux.

Les cabinets regroupent des médecins de même spécialité sauf dans 2 cabinets où 2 spécialités sont représentées.

Nous avons sollicité les 15 cabinets.

- 10 cabinets de groupe de même spécialité ont répondu représentant 20 médecins,
- 3 spécialistes sur 4 des 2 cabinets où plusieurs spécialités sont représentées ont répondu,
- et 1 cabinet représentant 6 médecins orthopédistes n'ont pas pu répondre au questionnaire car ne pratiquaient pas d'actes en urgence.
- 2 cabinets n'ont pas souhaité répondre au questionnaire représentant 3 médecins.

Les médecins interrogés sont des cardiologues (7) dermatologue (1), ophtalmologues (6 dont 3 répondant), gynécologues (1), pédiatres (3), chirurgiens orthopédiques (6, non concernés), gastro-entérologues (4), ORL (3), angiologue (1) pneumologue (1, non répondant) .

Au total, 23 spécialistes sur 33 ont pu répondre (69,7%), 6 ne pratiquent pas de consultations non programmées (18,2%) et n'ont donc pas répondu au questionnaire, et 4 n'ont pas souhaité répondre soit (12,1%).

3.2.2.1. Horaires de consultations

Les horaires moyens d'ouverture des cabinets médicaux spécialisés sont :

- le matin de 8h39 à 12h40
- l'après-midi de 13h54 à 18h20 en moyenne

En détail:

- lundi de 8h33 à 12h24 et de 14h à 18h22
- mardi de 8h33 à 12h27 et de 13h54 à 18h22
- mercredi de 8h37 à 12h23 et de 13h54 à 18h23
- jeudi de 8h34 à 12h24 et de 13h45 à 18h20
- vendredi de 8h30 à 12h25 et de 13h54 à 18h16
- samedi matin de 9h10 à 14h00

3.2.2.2. Accessibilité hebdomadaire des consultants spécialisés

Le nombre de cabinets médicaux spécialisés ouverts selon les jours de la semaine est le suivant :

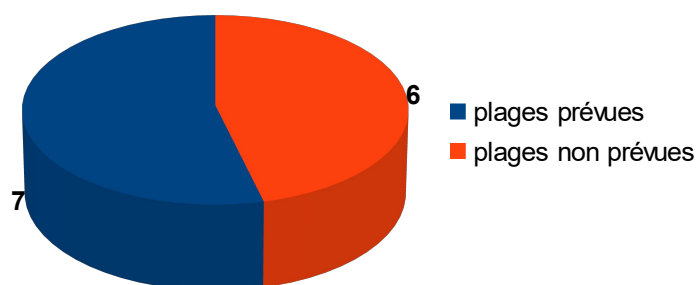
	Matin	Après-midi
Lundi	10	13
Mardi	10	9
Mercredi	9	9
Jeudi	10	8
Vendredi	12	13
Samedi	3	1

Tableau 2 : Effectif des cabinets spécialisés ouverts selon les jours (n)

3.2.2.3. Mode de consultation

Les 13 cabinets médicaux ayant répondu travaillent uniquement sur RDV.

7 des cabinets (53,8%) réservent des plages de consultations aux demandes de consultations urgentes et 6 (46,2%) n'en réservent pas.



Graphique 20 : Nombre de cabinets prévoyant des plages de consultations non programmées (n)

3.2.2.4. Nombre de consultations non programmées par jour

Parmi les 13 cabinets médicaux ayant répondu:

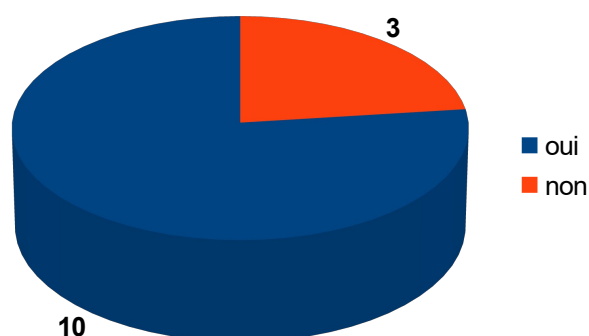
- 3 cabinets (23,1%) estiment recevoir 0 à 2 demandes de consultations urgentes par jour,
- 5 (38,4%) estiment en recevoir 3 à 5 par jour,
- 3 (23,1%) estiment en recevoir 5 à 10 par jour,
- 2 (15,4%) estiment en recevoir plus de 10 par jour.

La médiane du nombre de consultations non programmées demandées par jour est donc entre 3 et 5 consultations par jour.

38,5% estiment devoir faire face à plus de 5 demandes de consultations non programmées par jour.

10 cabinets (76,9%) estiment avoir des difficultés à contenter ces demandes et 3 (23,1%)

n'éprouvent pas de difficulté à les contenter.

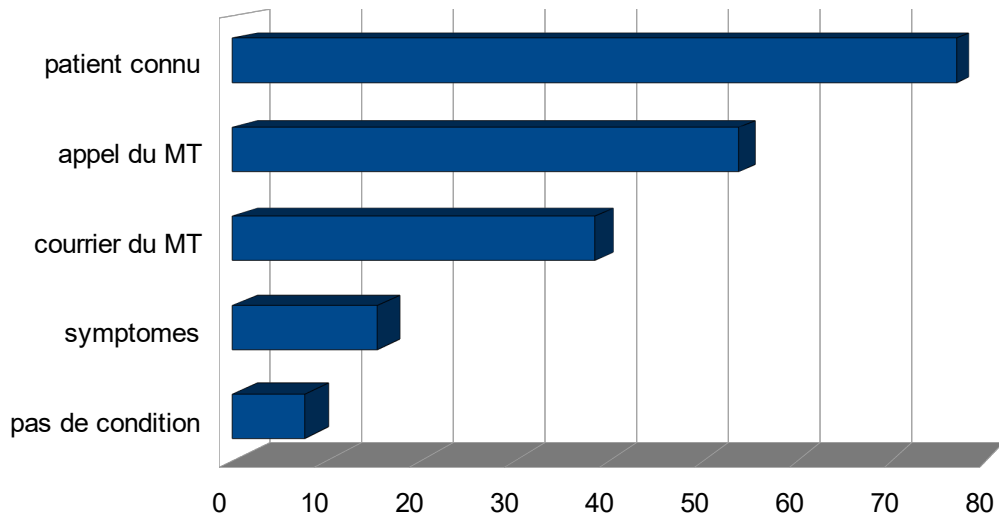


Graphique 21 : Difficulté ressentie à répondre aux demandes de consultations non programmées par les cabinets spécialisés (n)

3.2.2.5. Conditions d'obtention d'une consultation en urgence

Nous avons demandé de préciser quels éléments étaient nécessaires pour l'obtention d'une consultation en urgence :

- le fait d'être un patient déjà connu du cabinet est cité dans 10 cas (76,9%),
- Et/ ou le fait d'être appelé par le médecin traitant est cité dans 7 cas (53,8%),
- Et/ ou le fait de détenir un courrier du médecin traitant spécifiant le caractère urgent est spécifié dans 5 cas (38,5%),
- Et/ ou les symptômes dans 2 cas (15,4%),
- Aucune condition en particulier dans 1 cas (7,7%).



Graphique 22 : Conditions pour l'obtention d'une consultation en urgence (%)

3.2.2.6. Hospitalisation d'un patient

Les spécialistes estiment :

- ne pas avoir de difficulté à faire hospitaliser leur patient dans 10 cas (76,9%),
- éprouver des difficultés à l'hospitalisation des patients pour 1 cabinet (7,7%) ,
- 2 cabinets ne savent pas répondre (15,4%).

3.2.3. Imagerie ambulatoire

Orange dispose de 3 sites de radiologie accessibles en ambulatoire:

- Le service de radiologie de l'hôpital qui regroupe un service de radiologie, d'échographies, de scanner et d'IRM,
- un service au sein de la clinique d'Orange qui dispose de matériel de radiologie, d'échographie et de scanner,
- Un cabinet de radiologie indépendant qui dispose de matériel de radiologie simple et

d'échographie.

Concernant les délais d'obtention d'un examen dans le cadre d'une prescription d'examen en urgence, les réponses données ont été les suivantes :

	Radiographie	Echographie	Scanner	IRM
Hôpital	Le jour même mais pas interprétée	5 jours	Rendez-vous urgent délivré uniquement sur avis du radiologue	Sur avis du radiologue Lendemain
Clinique	10 jours Le jour même sur avis radiologue	10 jours Le jour même sur avis radiologue	Le jour même sur avis du radiologue	
Cabinet	Lendemain	Lendemain		

Tableau 3 : Délais de réalisation annoncé d'un examen d'imagerie

Il nous a par ailleurs été précisé que les délais peuvent-être de quelques heures seulement en cas d'appel du radiologue par le médecin généraliste pour justifier sa demande d'examen, sur le site de l'hôpital et de la clinique.

Les délais en cabinet de ville semblaient incompressibles.

4. DISCUSSION

4.1. Les patients des urgences

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les patients de notre étude sont jeunes avec près de 65% des patients ayant moins de 45 ans, avec une part importante de pédiatrie.

Ce sont en grande majorité également des hommes, représentés à 66%.

Ces données sont concordantes avec les différentes études que l'on peut trouver dans la littérature concernant l'âge des patients.

La DREES s'est intéressée à plusieurs reprises aux patients consultant spontanément dans les services d'urgences, et selon ses rapports de 2002 (24) la population est jeune avec 43% des consultants ayant moins de 25 ans; le taux de passage par des patients de plus de 70 ans représentaient que 14%, ce qui est proche de notre résultat de 9,5% pour les plus de 75 ans.

Une deuxième enquête effectuée dans 736 centres d'urgences pendant les horaires de consultations 8h/20h le 11 juin 2013(18), trouve quant à elle 26% d'enfants de moins de 15 ans et 19% de patients de plus de 65 ans.

Il faut également analyser le taux de recours par tranche d'âge par rapport à la population générale de cette tranche d'âge; Pour notre secteur, nous avons alors un taux de recours pour 1000 habitants plus élevé pour les plus de 85 ans (1,55 pour 1000) et les enfants de moins de 1 an (2 pour 1000).

Cette jeune population consultant spontanément aux urgences est aussi retrouvée dans différents travaux de thèses précédents : Marie Lerat-Gavalowski, en février 2015, dans sa thèse sur les «motifs, motivations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre

hospitalier de Cambrai» en février 2015, trouve une population de 40 ans en moyenne pour les hommes et 48 ans en moyenne pour les femmes(25), et Elsa Fagot Griffin, dans sa thèse «Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre»(26) montre un âge moyen de 19,6 ans.

Le sexe prédominant n'est pas unanime selon les études.

La DREES, dans ses études des usagers des urgences en 2013 (18) tend à trouver des patients majoritairement masculins représentant 52% des passages contre 46% pour les femmes.

Les travaux de nos consocuteurs E.Fagot et Marie Lerat-Gavalowski retrouvent une majorité féminine, au contraire de L. Meunier dans sa thèse intitulée « Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre »(27) , ainsi que Mr Julien Hascoët(28) qui retrouvent une majorité d'hommes, comme dans notre travail.

Les patients de notre étude bénéficient en grande majorité de la sécurité sociale avec une mutuelle personnelle complémentaire (69,5% des patients).

Les patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME comptabilisent 20% des passages.

Notre échantillon de patients travaillent dans 47,4% des cas.

Julien Hascoët (28) retrouvait 52% d'actifs ayant un emploi,et 7,5% de bénéficiaires de la CMU, et L.Meunier 59,2% d'actifs avec emploi avec seulement 19,5% des patients sans activité professionnelle (27).

Dans l'étude du 11 juin 2013 (18), la DREES retrouve 89% des patients couverts par le régime d'assurance maladie, 71 % des patients détenant une mutuelle privée et 9% de la CMU , 1% de l'AME (soit 10% AME ou CMU).

La part des actifs ayant un emploi représente 53% des patients et 10% de chômeurs.

Cette discordance entre le nombre de patients bénéficiant de la CMU ainsi que dans le nombre de personnes sans activités plus élevés dans notre étude peuvent-être l'indicateur d'un bassin de population plus défavorisé que la moyenne nationale. Selon l'INSEE, Orange comptait 57,5% d'actifs avec un emploi , et le taux de chômage y était de 19,7%(22) en 2014, alors que la France

comptait au niveau national un taux de chômage de 10,3% à la même époque.

Le taux de bénéficiaires de la CMU dans le Vaucluse est un des plus élevés de France avec un taux entre 8 et 13,9% en 2014 selon la DREES (19).

Les études sur le comportement des patients dits précaires concernant la consommation de soins peuvent-être contradictoires comme les études de Mandelberg (29) qui cherche à déterminer si il existe des caractéristiques chez les patients coutumiers des urgences, et qui annonce que des conditions précaires de vie sont des facteurs prédictifs d'une fréquentation accrue des urgences par rapport au reste de la population, ou l'étude de l'INSERM (30) qui étudie l'impact de la CMU sur la consommation de soins et souligne également que le recours injustifié sont significativement plus important chez les jeune, les personnes issues de quartiers prioritaires, bénéficiant d'au moins une allocation familiale, dont le français n'est pas la langue maternelle, ou qui n'ont pas de médecin traitant déclaré.

Toujours selon cette même étude, ces mêmes facteurs sont retrouvés dans la disposition à ne pas recourir au médecin généraliste.

Au contraire, Pisarek montre dans son étude (31) qu'il n'y a pas de différence entre les patients couverts par une assurance maladie et les patients non couverts dans la fréquentation des services d'urgences.

Dans notre étude 89,5% des patients ont déclarés un médecin traitant, ce qui peut être comparable avec d'autres études comme la thèse de Griffin (26) où 92% des patients ont un médecin traitant déclaré ; cette caractéristique n'a pas été étudiée dans l'enquête de la DRESS de 2013.

4.1.2. Motivations et Symptômes

4.1.2.1. Traumatologie et Douleur

Dans notre étude, les patients sont 61% à avoir déclaré une douleur comme motivant leur admission aux urgences et ils sont 41% à avoir déclaré un traumatisme ou une plaie, constituant les motifs de recours majoritaires.

Concernant la traumatologie, les études précédemment citées sont unanimes pour dire que ce motif arrive en première position des motifs de recours aux urgences de manière auto-référée.

La DREES précise que la traumatologie représente 36% des recours dans l'enquête de 2013 (18) (motif majoritaire de consultation) et 48% des motifs lors de leur première enquête en 2002 (24).

Dans la même catégorie de résultats, Julien Hascoët (28) trouve 52,6% de recours concerné par la traumatologie chez ses patients auto-référés au service d'urgences.

Laure Meunier va plus loin et nous précise que les patients consultant pour de la traumatologie ont souvent déjà eu recours au même service d'urgence pour un autre problème traumatologique (27), dans 83,8% des cas c'était de la traumatologie qui les avaient également amené aux urgences lorsqu'ils avaient fait au moins 2 passages dans le service.

Dans l'étude de la DREES de 2004 dirigée par Marc Collet et Marie Gouyon (7), la douleur est déclarée comme symptôme motivant une consultation non programmée en médecine de ville chez 75% des patients interrogés; toujours selon cette étude, la douleur n'est déclarée que dans 42% des motifs de recours hospitaliers; la traumatologie, regroupée dans le motif accident/agression, ne représente que 10% des demandes de soins non programmés.

On peut croiser ces données avec celles de notre étude estimant la note donnée à l'accessibilité des examens complémentaires en urgence. Leur médiane étant de 5 sur 10.

Les patients semblent anticiper leur parcours de soins après le premier contact médical, et préfèrent une prise en charge potentiellement complète d'emblée aux urgences, plutôt qu'un parcours compliqué selon eux, avec 3 temps de consultation en ville dans certains cas (consultation du généraliste, examen complémentaire, nouvelle consultation du généraliste pour résultat et parfois 4ème temps avec la consultation du généraliste) avec pour chaque temps une démarche de prise de rendez-vous et un déplacement.

La consultation aux urgences est un gain en facilité et en rapidité évident dans ce cas précis.

Ceci a d'ailleurs été prouvé dans travail de Julien Hascoët (28) qui a déterminé que les patients se présentant de manière auto référée pour un motif traumatologique, faisaient parti d'un groupe créé après régression logistique, pour qui la venue aux urgences avait été motivé par un souci de facilité.

4.1.2.2. Durée d'évolution des symptômes

51,6% des patients s'étant rendus aux urgences ont consulté pour un symptôme évoluant depuis moins de 24 heures. Ils sont cependant plus de 37,9% à avoir consulté pour un symptôme évoluant depuis 2 jours et plus, ce qui peut poser légitimement la question du caractère «urgent» de la situation clinique.

L'enquête de la DRESS du 11 juin 2013 (18) fait le même constat avec dans 50% des cas, des symptômes qui évoluent depuis le jour même de la consultation, et pour plus de 30% des cas, des symptômes qui évoluent depuis plusieurs jours.

Pour Monsieur Frankowski, dans sa thèse sur l'évaluation du recours aux urgences de l'hôpital de la Trinité, dans 60% des cas où les consultations sont jugées inappropriées par le médecin urgentiste qui reçoit le patient, les symptômes évoluent depuis plus de 48h.(32)

Selon l'enquête de la DRESS sur la genèse des recours aux urgences en médecine de ville(7), ces délais de consultations sont superposables en ville et à l'hôpital, avec 25% des patients qui consultent pour un problème survenu dans la demi- journée et 33% pour un symptôme évoluant de la demi journée à 2 jours. Il y a 42% des patients qui requièrent une consultation non programmée pour un problème évoluant depuis plus de 2 jours.

Plus le patient est jeune et plus le délai de demande de consultation est court, et ce délai varie également en fonction du type et de l'intensité du symptôme dont se plaint le patient; il semble normal que plus une douleur est forte et plus la décision de consultation en urgence interviendra rapidement.

4.1.2.3. Autres facteurs déterminants amenant à consulter aux urgences

A la question des éléments ont poussé le patient à consulter aux urgences ce jour, pour 55,7% le sentiment de gravité de leur état intervenait dans ce choix, 40% venaient pour passer des examens complémentaires, 40% jugeaient que la prise en charge allait être plus rapide que chez leur médecin traitant, et 48,4% trouvait l'accès aux urgences plus facile que leur médecin traitant.

Seulement 7,36% ont déclarés être motivés par la dispense d'avance des frais ce qui met à mal beaucoup de préjugés sur la question.

On peut cependant se demander si les patients ont osé citer cette réponse devant l'examineur qui fait partie du corps médical de crainte d'être jugés et peut être par crainte d'être ensuite mal pris en charge selon leurs réponses.

Ces motifs se retrouvent dans les données de littérature disponibles comme dans le travail de thèse de L.Meunier qui cite le sentiment de gravité à 61%, suivi par la durée de la gêne, et la proximité des urgences (27).

Pour S.Gentile(33), le sentiment de gravité, d'urgence ressentie par le patient concernant son état clinique, est un élément déterminant dans son choix de s'adresser plutôt à un service d'urgence, qu'à un médecin de ville.

C'est certainement le critère le plus subjectif de l'étude et sur lequel on ne peut pas vraiment avoir d'emprise, car patient-dépendant.

Les deux autres critères retrouvés dans le choix des urgences est selon notre étude le caractère traumatique, comme nous l'avons développé un peu plus haut dans cette discussion, et l'horaire d'apparition des symptômes; en effet un patient consultera selon l'enquête plus facilement les urgences, même si il ne ressent pas son état comme grave, si le symptôme apparaît pendant les heures de fermeture des cabinets médicaux.

Nous discuterons plus loin de cette problématique avec la motivation des usagers des urgences à avoir recours à une maison médicale de garde si elle existait.

La DREES va plus loin et décrit 4 grands groupes de patients pour décrire les usagers des urgences dans son enquête du 11 juin 2013 (18):

- les patients motivés par le motif médical , ce qui rejoint l'analyse de S,Gentile (33) sur les éléments déterminant l'arrivée aux urgences, et qui correspond également aux résultats de notre étude, concernant le sentiment de gravité de l'état de santé, et le caractère traumatologique du motif médical. Cela concernerait selon la DREES, près de 80% des patients.
- Les patients motivés par l'accessibilité des urgences (horaires, gratuité, plateau technique à disposition, proximité géographique) pour 60% des patients.

Ces résultats peuvent également être mis en parallèle avec notre étude qui retrouve ces motifs pour plus de 40% des patients interrogés.

- Les patients qui viennent par défaut d'avoir trouvé une solution alternative en ville,ils sont 20% selon la DREES.

Dans notre étude, 37,9% ont déclaré avoir fait la démarche d'appeler leur médecin traitant ou un autre médecin avant leur venue aux urgences.

On peut se demander si un tel écart peut s'expliquer une nouvelle fois par le mode de recueil des informations, et par la surdéclaration de démarches du fait de la présence de l'enquêteur.

- Un quatrième groupe est cité par la DRESS mais n'est pas concerné par notre étude du fait des critères d'inclusion : ce sont les patients amenés aux urgences par les pompiers ou le SMUR.

4.1.3. Nombre de consultations en un an

Pour plus de la moitié des patients, le passage du jour aux urgences constitue le seul passage recensé en un an (52,6% des patients), mais pour 47,4% d'entre eux, le passage du jour constitue déjà au minimum un deuxième passage, avec pour 20% des cas au minimum un 3ème passage.

Ceci pose à nouveau la question de l'adéquation de ces recours multiples au service d'urgences avec la situation clinique.

Dans le travail de Julien Hascoët, le fait d'être un patient auto-référent augmente la probabilité qu'il y ait un autre passage aux urgences dans les 6 mois précédents le passage étudié; ils sont en effet 26% à présenter un autre passage (28).

La comparaison est plus significative avec le travail de S.Gentile (33) car le nombre de passages est également étudié sur 12 mois; il est retrouvé au moins un deuxième passage pour 69% des patients consultant pour un motif jugé non sévère par le médecin examinateur.

Pierre Frankowski (32) retrouve quant à lui 58% de patients consultant pour la première fois aux urgences.

Nous sommes amenés à nous demander si cette proportion importante de patients consultant plusieurs fois en une année est le reflet d'un nouveau mode de «consommation» de soins.

Dans un rapport de Clémence de Blasi aux rencontres de La Baule de Septembre 2016(34), le Dr Jean Claude Etilé, médecin généraliste de la Creuse, s'est posé la question de l'éducation des patients vis à vis de la «consommation» de soins, et s'interroge : "on a l'impression que certains patients ont l'habitude qu'on dise oui à tout, est ce qu'on ne pourrait pas se poser la question de l'éducation des patients?".

Pour J. Peneff (35), professeur de sociologie à l'université d'Aix-Marseille, le malade des urgences représente une forme de consommation médicale; «elle est devenue une chose ordinaire, un phénomène de masse, révélateur des évolutions récentes dans le rapport à la médecine et à la maladie.»

Dans son travail sur l'analyse des nouveaux comportements de santé à travers l'étude de consultants des services d'urgences relevant de la médecine générale(33), S. Gentile a interrogé les professionnels des services d'urgences. Selon ce travail, pour les professionnels de santé des services d'urgences, deux raisons expliquent le recours inapproprié aux urgences :

- la première raison serait due aux patients eux-mêmes, qu'ils perçoivent comme des «consoméristes de soins», pour qui les prestations offertes par les services d'urgences en terme d'accessibilité et de technicité sont plus attractifs que la médecine de ville;
- la deuxième raison serait liée à l'organisation des soins, comme l'absence d'avance des frais aux urgences uniquement et la programmation de la médecine de ville sur rendez-vous, ce qui induirait des délais trop important pour les patients.

4.1.4. Démarches en amont de l'arrivée aux urgences

Par nos résultats et l'analyse statistique de ces résultats, nous avons pu faire ressortir globalement 2 groupes de patients venus consulter aux urgences:

- les patients venus par défaut d'avoir obtenu facilement une solution à leur problème de santé en ville
- les patients venus en premier choix aux urgences sans avoir tenté de solutionner leur problème en ambulatoire

Sur les 95 patients inclus, 52,6% n'ont pris aucun avis médical en amont de leur arrivée aux urgences.

Si on s'intéresse spécifiquement aux relations malade-médecin traitant, parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant, 65,9% n'ont même pas tenté de le joindre avant de décider de venir aux urgences; seulement 34,1% des patients ayant un médecin traitant ont tenté une démarche auprès de lui.

Parmi les patients ayant effectué cette démarche, 20,7% se sont vus adressés aux urgences par téléphone soit par le médecin soit par la secrétaire du fait des symptômes ou de la non

disponibilité rapide du médecin, 34,5% se sont vus proposer un rendez-vous mais dont le délai a été jugé trop long par le patient, 13,8% avaient déjà bénéficié d'une consultation mais n'étaient pas satisfaits du résultat ou voulaient un deuxième avis, et 10,6% ont déclaré ne pas avoir réussi à joindre leur médecin.

Ce constat est encore plus sévère dans l'étude de L.Meunier (27) qui parle de 11% seulement des patients à avoir tenté de joindre un médecin traitant.

La DREES, dans son enquête du 11 juin 2013 (18), retrouve un tiers des patients qui auraient tenté une démarche de santé dans les 24h précédant leur admission, et précise qu'à 95% ce n'est auprès que d'un seul interlocuteur.

Nous avons également vus dans nos résultats qu'avoir ou non un médecin traitant n'a pas d'incidence sur les démarches effectuées en amont de l'arrivée aux urgences, ce qui vient contredire certaines idées que les urgences sont le lieu d'accueil privilégié des personnes en défaut de couverture sociale et en rupture avec le système de soins.

Un résultat plus étonnant est le fait qu'il n'existe pas de différence significative entre les patients pensant avoir besoin d'un examen complémentaire dans leur comportement vis à vis des démarches ambulatoires antérieures à la venue aux urgences et ceux qui n'estiment pas avoir besoin d'examen.

En effet toutes les études, travaux de thèse et enquête de la DREES ont montré que la disponibilité d'un plateau technique aux urgences est un des facteurs motivant leur venue.

Pour exemple dans l'étude de S. Gentile(33), les patients sont 43,1% à avancer cet argument comme un facteur déterminant de leur venue aux urgences. La DREES (18) retrouve 23% des patients motivés par l'accessibilité du plateau technique.

Ces chiffres ne sont pas discordants avec le résultat de notre enquête qui retrouve cette motivation chez 40% des patients interrogés, mais il est étonnant de constater que bien que déclaré comme «élément motivant», ils sont statistiquement autant à avoir essayé une démarche en ville lorsqu'ils pensaient avoir besoin d'examen complémentaires que ceux qui ne pensaient pas en avoir besoin.

On peut donc se demander si cet élément est réellement déterminant dans le choix de leur venue aux urgences.

En effet notre question telle qu'elle a été posée n'est pas «est ce que le fait que les urgences disposent d'un plateau technique accessible a motivé votre venue» mais bien «pensez vous avoir besoin d'examen complémentaire rapides?».

La forme de la question a pu influencer les résultats et induire un biais à notre étude : on ne demandait pas si les patients venaient pour l'accessibilité permanente du plateau technique aux urgences, mais si pour eux ils devaient subir un examen complémentaire rapide ; nous allions donc plus loin dans l'opinion qu'ils se faisaient a priori de leur parcours de soins. Le fait que ce soit motivant qu'il y ait un plateau technique disponible ne veut pas dire qu'ils estiment en avoir besoin dans l'immédiat.

De plus, si on regarde les notes attribuées à l'accessibilité des examens complémentaires en ville, la moitié des patients donne une note supérieure à la moyenne, il n'y a donc pas un rejet unanime des examens en ville comme on aurait pu s'y attendre.

Au contraire du sentiment de nécessiter des examens complémentaires rapides, le motif de consultation et en particulier celui de la plaie ou du traumatisme a entraîné des comportements différents chez les patients.

Les patients présentant ces types de motifs de consultation dans notre étude ont en effet statistiquement moins tenté de démarches auprès du médecin traitant que les patients consultant pour d'autres motifs.

Ceci rejoint le travail de S. Gentile (33) que nous avons cité plus haut et qui détermine que ce type de motif est un des 3 éléments déterminant du recours spontané aux urgences avec le sentiment de gravité et l'horaire d'apparition du symptôme.

4.1.5. L'alternative d'une maison médicale de garde

Nous avons demandé aux patients venus consulter aux urgences, s'ils seraient allé consulter la maison médicale garde si elle existait, pour le même type de problème que celui qui les amenait

ce jour, et s'il était survenu pendant les horaires de la permanence des soins.

Nous avons tout d'abord dû expliquer à beaucoup de patients ce qu'était une maison médicale de garde.

54,7% des patients n'iraient pas car ils préféreraient continuer à consulter les urgences, tandis que 34,7% trouvent cette alternative intéressante ; 7,3% accepteraient d'y aller si la maison médicale est proche de l'hôpital et 1% accepterait d'y aller s'il n'y a pas non plus d'avances des frais.

Nous avons donc comparé les patients hostiles à la proposition de la maison médicale et ceux qui lui sont favorables dans leurs démarches antérieures à la venue aux urgences et il s'avère qu'il existe une différence significative, les patients qui ont tenté une démarche ambulatoire avant leur admission aux urgences étant les mêmes qui seraient intéressés par une maison médicale.

Il existerait donc 2 groupes de patients révélés par notre étude parmi ceux se présentant spontanément aux urgences : ceux qui viennent aux urgences par défaut d'une solution alternative en ville, et qui sont donc logiquement plus intéressés par les solutions ambulatoires comme la maison médicale de garde et ceux qui semblent consulter de manière convaincue aux urgences, pour qui les solutions ambulatoires ne sont pas attractives.

Suivant ce même raisonnement, il faut souligner que nos patients sont plus de 65% à avoir déclaré leur venue aux urgences comme un choix et non une contrainte par rapport à une démarche ambulatoire.

Rémy Bataillon, dans un article paru en 2000 dans l'Actualité et Dossier en Santé Publique n°33(36) estime que les usagers des urgences agissent vraisemblablement en «consommateurs éclairés», et que bien qu'ayant à plus de 80% un médecin traitant, comme dans notre étude, ils préfèrent se rendre directement aux urgences même pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux, sans démarches antérieures auprès du médecin traitant pour presque 80% de son échantillon de patients.

Cette étude montre que les patients pensent que leur médecin ne sera pas disponible assez rapidement en raison de l'ampleur de la charge de travail et de l'organisation de ses consultations, mais que paradoxalement très peu ont tenté de le joindre pour étayer ou infirmer cette hypothèse.

Il nous montre enfin que c'est un problème de lisibilité de l'offre de soins qui « avantagerait » le choix des urgences plutôt que le médecin généraliste.

Dans une autre étude, S. Gentile(37), s'intéressant à l'intérêt des patients ne présentant pas de critères d'urgence pour une réorientation vers une structure alternative comme une maison médicale de garde, trouve 2 facteurs uniquement qui interviennent dans l'acceptation ou le refus de la réorientation:

- plus le sentiment de gravité est élevé, moins le patient est enclin à être réorienté,
- les patients ayant une activité professionnelle sont les plus favorables à une réorientation.

Au total, ils sont 68,2% de l'étude à accepter d'être réorienté dès leur arrivée aux urgences. Dans notre étude ils ne sont qu'un peu de plus de 45%.

Si on suit la logique de cette étude, cette différence peut s'expliquer par une plus grande proportion de personnes sans activité professionnelle dans notre échantillon que dans celui de l'étude de S. Gentile, ce qui est un facteur prédictif d'un refus.

S'ils sont plus de 68% à bien vouloir être réorientés, ou dans notre étude 45%, nous sommes amenés à nous demander pourquoi il y en a si peu qui effectuent une démarche auprès d'un médecin de ville avant leur venue aux urgences.

Est ce le principe même d'effectuer une démarche, de devoir trouver des coordonnées, et d'appeler, parfois plusieurs fois avant d'avoir une réponse, pour ensuite être contraint à respecter ce rendez-vous qui pourrait constituer un frein à la consultation ambulatoire? Est ce une méconnaissance et des à-priori sur la disponibilité de leur médecin traitant ?

4.2. L'offre de soins libérale

4.2.1. État des lieux de l'offre de soins

Les médecins généralistes ayant participé à notre étude ont permis de déterminer que les patients venant du secteur d'Orange peuvent obtenir des consultations pour chaque demie-journée de la

semaine et ce sur des plages horaires moyennes de 8h36 à 12h et de 14h16 à 18h13.

Les médecins spécialistes consultent en moyenne le matin de 8h39 à 12h40 et l'après-midi de 13h54 à 18h20.

Il y a donc en moyenne 40 minutes de plus le matin et 30 min de plus l'après-midi dans les disponibilités des médecins spécialistes par rapport aux généralistes.

Concernant l'effectif des médecins généralistes consultants, il existe une variation entre les différents jours de la semaine. En effet on comptabilise entre 12 et 14 consultants les lundi, mardi et vendredi, et entre 10 et 12 consultants les mercredi et jeudi, le jour le plus pauvre étant le mercredi ou seulement 10 praticiens consultent parmi les 14 interrogés.

On constate également un effectif globalement plus élevés l'après-midi par rapport au matin les lundi, mardi et vendredi. Le mercredi se démarque encore avec un effectif stable dans la journée, et le jeudi après-midi est lui plus pauvre en médecin que le matin.

Le samedi matin, il apparaît très compliqué de consulter avec seulement 2 médecins présents.

Concernant le mode de consultation, 35,3% ne consultent que sur RDV, mais parmi eux, certains réservent des plages de consultations aux consultations demandées en urgence, ce qui représente 28,6% des médecins.

64,7% ont des plages de consultations libres. On peut donc en déduire que 93,2% ont un emploi du temps qui permet d'intégrer des consultations non programmées.

Les plages de consultations libres de chaque médecin ajoutées couvrent toute la semaine mais de manière inégale.

En effet le début de semaine est plutôt bien pourvu avec entre 4 et 6 praticiens pratiquants des consultations libre le matin et l'après-midi, puis leur nombre diminue le reste de la semaine avec un gros déficit les mercredi et les jeudi après-midi en particulier, comme il a déjà été remarqué dans l'analyse des effectifs de médecins généralistes totaux.

Concernant les médecins spécialistes, ils sont plus nombreux à consulter les lundi après-midi, et vendredi toute la journée avec 12 à 13 médecins présents, et sont au contraire moins nombreux

les mardis et jeudis l'après-midi et les mercredis toute la journée avec entre 8 et 9 médecins présents.

Il y a donc une tendance comparable entre les jours de consultations entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, avec un nombre plus élevé de consultants les lundi et vendredi, avec une chute des effectifs, les mercredi et jeudi après-midi notamment.

Les samedis matins sont également pauvres en consultants parmi les 2 effectifs comparés.

Les médecins spécialistes ne travaillent par contre que sur rendez-vous avec 7 des cabinets qui réservent des plages de consultations aux demandes de consultations urgentes (soit 53,8%) et 6 qui n'en réservent pas (46,2%).

Il y a toutefois un biais dans notre étude, puisque les effectifs de médecins spécialisés sont comptabilisés toute spécialités confondues, et il est probable que l'accès à l'ensemble de ces spécialités ne soient toutefois par comparables entre elles.

Une étude de Julie Micheau, Eric Molière et Plein Sens pour la DRESS en 2010 (3) s'est intéressée à l'emploi du temps des médecins libéraux; il en ressort que les médecins généralistes travaillent plus le lundi et le vendredi, dans une logique de gestion des urgences du week-end, avec une majorité des demi-journées non travaillées ayant lieu le mardi, jeudi et la journée entière le mercredi. Ces résultats sont donc comparables à ceux de notre étude à échelle locale.

Par contre ils retrouvent une participation des généralistes à hauteur d'un sur 2 le samedi matin, ce qui n'est pas du tout le cas dans les réponses recueillies dans notre étude.

Cette étude de la DRESS souligne également que les journées de travail des médecins généralistes et spécialistes confondus sont longues. En effet elles ne s'arrêtent pas aux horaires de consultations, il faut y ajouter le temps dédié à la gestion du cabinet et de la comptabilité, ainsi que les temps dédiés à la formation, aux réunions des groupes de pairs, à l'étude de dossiers de patients.

Elle nous apprend également que les horaires des généralistes varient beaucoup en fonction de la saison avec des pics d'activités en période hivernale, et pour ceux qui ne partent pas en vacances, pendant l'été du fait du report des activités des confrères manquants.

Concernant l'organisation des consultations, elles se passent également uniquement sur rendez-vous pour les spécialistes de leur échantillon et sont partagées entre consultations libre et rendez-vous pour les médecins généralistes, avec 65% des généralistes sur rendez-vous et les autres 35% qui proposent également des consultations libres.

On constate donc que les médecins d'Orange ont plus tendance à proposer des consultations sans rendez-vous que les médecins de l'étude nationale.

Les rendez-vous sont selon la DRESS une manière de réguler la charge travail (3).

4.2.2. Nombre de consultations non programmées

Les médecins généralistes ont eu une réponse très variable concernant le nombre de consultations non programmées auxquelles ils doivent faire face chaque jour avec des réponses allant de 1 à 10, une moyenne de 3,5 et une médiane à 2.

64,3% se disent en difficulté du point de vue organisationnel pour gérer ces demandes de consultations en urgence et 35,7% déclarent ne pas rencontrer de difficulté à leur gestion.

Les spécialistes ont répondu en majorité qu'ils doivent faire face à 3 à 5 consultations non programmées par jour et 38,5% estiment devoir répondre à plus de 5 demandes de consultations non programmées par jour.

10 cabinets estiment avoir des difficultés à contenter ces demandes soit 76,9% et 3 n'éprouvent pas de difficulté à les contenter soit 23,1%.

Il y a donc une grande majorité des médecins ambulatoires qui estiment être en difficultés concernant la gestion des consultations non programmées.

Selon un article de Anne Bayle-Iniguez dans le quotidien du médecin (38), l'URPS de Franche-Comté retrouve dans une étude auprès des médecins ambulatoires de sa région que 99% des généralistes interrogés et 90% des spécialistes reçoivent des consultations demandées en urgence. Le nombre moyen de consultations demandées par jour est de 5,4 toutes spécialités

confondues et de 6,6 pour les généralistes.

Notre étude révèle moins de demandes, mais peut-être est-ce aussi parce que nous avons constaté que les médecins d'Orange proposent plus de plages de consultations sans RDV, ce qui peut avoir pour effet de drainer certaines de ces consultations urgentes.

Toujours selon cet article, 59% des médecins se voient dans l'obligation de refuser des demandes au delà d'un certain seuil. Nous avons en effet vu dans notre étude du parcours en amont des patients, que 20,7% des patients ayant tenté de consulter leur médecin généraliste ont été redirigés par la secrétaire ou le médecin vers les urgences, ce qui traduit certainement une absence de possibilité de consultation à ce moment là.

La DRESS a étudié les recours en urgence à la médecine de ville en 2004 (7) : Comme aux urgences, les patients sont jeunes avec 48% ayant moins de 45 ans, mais ils consultent en majorité pour des problèmes somatiques (75%), contrairement aux urgences. La douleur est également signalée dans 40% des cas, ce qui est comparable aux résultats observés chez les patients des urgences de notre étude. Ces demandes de soins non programmés représenteraient 12% de l'activité générale d'un médecin généraliste. Les demandes de consultations ont un pic entre 10 et 11h ainsi qu'à 14h, heure de réouverture.

4.2.3. Interactions entre les différents acteurs de soins de l'ambulatoire

4.2.3.1. Interactions entre médecins

Pour obtenir l'avis d'un confrère en urgence, les médecins généralistes d'Orange ont déclarés avoir recours préférentiellement à un confrère en ambulatoire dans 42,8% des cas, 14,3% préfèrent envoyer leur patient aux urgences et 42,9% n'ont pas de préférence entre les 2 alternatives.

Les médecins généralistes semblent satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec leurs confrères spécialistes en ambulatoire puisqu'ils sont 85,7% à estimer ne pas avoir de difficultés à obtenir leur avis quand il est demandé en urgence, contre 14,3% qui disent avoir des difficultés à

obtenir cet avis.

Pour solliciter leur confrère, les médecins disent appeler si le cas est vraiment très urgent, ou adressent leur patient avec un courrier où la mention urgente est spécifiée pour 42,8% des répondants.

Les médecins spécialistes déclarent que pour pouvoir accéder à leurs consultations en urgence, il faut que le patient soit adressé par un médecin généraliste, soit avec un appel téléphonique de ce médecin (53,8%), soit avec un courrier du médecin spécifiant le caractère urgent (38,5%).

Les spécialistes déclarent que les patients peuvent également accéder directement à une consultation en urgence s'ils sont déjà connus du cabinet pour 76,9% des cas.

Le médecin généraliste est donc indispensable dans la plupart des situations pour les patients non connus du médecin spécialiste, mais une fois que le dossier est créé chez un médecin spécialiste, il semble pouvoir accéder aux consultations urgentes de façon facilitée, sans l'intervention de son médecin traitant.

4.2.3.2. Interactions entre médecins généralistes et cabinets d'imagerie

Les examens biologiques font l'unanimité concernant l'absence de difficulté d'accès et le délai des résultats estimés à une demi-journée dans 71,4% des cas; aucun médecin ne déclare devoir attendre plus de 24 heures.

Au contraire, les examens complémentaires d'imagerie semblent représenter une source de difficulté, tous examens confondus, pour plus de 70% des médecins généralistes; le chiffre varie en fonction de l'examen demandé avec 71,4% de médecins jugeant difficile l'obtention d'une radiographie en urgence, 78,6% qui ont des difficultés à obtenir une échographie en urgence et 85,7% qui estiment qu'obtenir un scanner ou un IRM en urgence est compliqué.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux issus de l'avis des patients concernant l'accessibilité des examens complémentaires en urgence qui était de 5,86 sur 10 en moyenne et de 5 sur 10 en médiane.

Il est à noter cependant que la majorité des patients n'a pas su répondre à cette question, et qu'il existe un biais de réponse, du fait que la question englobait à la fois les examens d'imagerie et les examens de biologie. On a vu dans les réponses des médecins généralistes que ces 2 spécialités leur inspiraient deux opinions très différentes. On peut donc se demander si la note n'aurait pas été plus sévère concernant les examens d'imagerie si on avait séparé biologie et imagerie dans le questionnaire patient également.

Selon la DRESS, dans une étude de 2008 s'intéressant à la satisfactions des patients ayant recours en urgence à la médecine générale en ville,(39) M.Collet et M. Guyon, estiment que 16% de ces recours aboutissent à une prescription d'examens complémentaires et 20% à une orientation vers un confrère spécialiste.

Selon une étude de la société ADEXSOL(40), en partenariat avec la société française de radiologie et la société française de médecine d'urgence, 40% des admissions aux urgences aboutissent à une prescription d'examens d'imagerie médicale (dans 71% des cas une radiographie).

On y apprend également que très peu de centres hospitaliers ont des appareils de scanographie dédiés aux urgences, et que les examens sont faites dans le service d'imagerie conventionnelle. Il n'y a également pas d'échographes dédiés aux urgences dans plus de 50% des cas.

Dans notre étude, lors de l'entretien auprès des 3 centres de radiologie disponibles sur Orange, les délais estimés était plutôt flous, le centre de radiologie de l'hôpital et de la clinique du Parc ayant répondu qu'un rendez-vous en urgence pouvait très bien être obtenu pour une radiographie, une échographie, un scanner ou une IRM mais que cela impliquait que le médecin généraliste devait appeler le radiologue travaillant ce jour là, ou joindre une ordonnance extrêmement détaillée.

De plus, l'obtention ou non du rendez-vous dépendait également, en dehors de la symptomatologie du patient adressé, de l'affluence des examens demandés ce jour là, et des compétences du radiologue travaillant à ce moment la également, car tous ne pratiquent pas tous les examens.

Dans le meilleur des cas, si le patient est jugé urgent par le radiologue et que l'affluence le permet, le rendez-vous peut être obtenu dans la journée même.

Il peut exister un biais de recueil de l'information, par notre présence physique, pouvant influencer les réponses des cabinets de radiologie ; il est en effet peut être difficile de dire que des patients urgents ne peuvent être reçus rapidement pour un examen demandé par un médecin, et très probablement justifié.

4.2.3.3. Interactions avec l'hôpital

La gestion de l'aval des patients consultant de façon non programmée, en ce qui concerne leur éventuelle hospitalisation, ne semble pas constituer un problème pour les médecins spécialistes interrogés à ce sujet.

En effet, 76,9% estiment ne pas avoir de difficultés à faire hospitaliser leur patient si nécessaire, contre 7,7% qui se trouvent en difficulté dans ce cas de figure, 15,4% ne sachant pas répondre.

4.2.4. Actes de suture et de confection de plâtre

Les médecins généralistes de la ville d'Orange ne pratiquent presque pas les actes de suture ou de confection de plâtre : seulement 7,2% font les plâtres et 21,4% les actes de suture.

Ceci peut être rapproché des résultats du questionnaire patient concernant les démarches antérieures en cas de traumatisme ou de plaie; les patients anticipent peut-être à raison le fait que leur médecin les adresseraient aux urgences pour suture ou confection de plâtre.

Selon la thèse de S. Daviau(41) , la pratique des sutures est plus importante chez les praticiens hommes, et chez les médecins âgés de plus de 45 ans, les médecins plus jeunes citant un défaut de compétence comme un obstacle à cette pratique. Dans notre étude, nous n'avons pas détaillé le profil démographique de notre population médicale.

4.3. Solutions envisagées

Quelques pistes d'améliorations et réflexions peuvent-être envisagées suite aux résultats que nous avons obtenus.

En effet nous avons vu que les patients des urgences ont initié pour 34,1% d'entre eux une démarche ambulatoire avant leur venue aux urgences.

Pour 20,7%, ils ont directement été redirigés aux urgences lors de la prise de contact téléphonique avec le praticien en ambulatoire, le plus souvent par absence de possibilité de proposition de consultation par la secrétaire, de manière urgente.

On pourrait imaginer un partenariat entre les différents médecins de la ville d'Orange, tout comme il existe pour le tour de garde de la permanence des soins, qui consisterait à la répartition sur la semaine des consultations libres entre tous les médecins, et à la redirection des patients en priorité vers ces consultations plutôt que vers les urgences. Sans pour autant être formellement invités à se présenter auprès de leur confrère, les patients pourraient être informés de l'existence de plages de consultations libres auprès de tel ou tel praticien.

Il faudrait pour cela qu'un planning des consultations libres soit établi pour la ville, qui serait à la disposition de chaque cabinet participant, pour que les patients qui ne peuvent pas être reçus, soit informés de la possibilité de se rendre vers le lieu de consultation prédéfini du jour. L'existence et la pérennité d'un tel système dépend initialement d'une volonté solidaire entre les médecins généralistes participants.

De plus, les consultations libres devraient être repensées pour être accessibles de façon plus uniformes sur la semaine, car nous avons vu que les mercredi et jeudi après-midi sont plutôt dépourvus.

Pour aller plus loin dans cette proposition, ce planning de consultations libres pourraient également être disponible à l'accueil des urgences d'Orange, et pourrait être utilisé en cas de forte affluence, pour les patients les moins graves, après une première évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation et en accord avec les médecins concernés. Ce planning pourrait également être mis à la disposition du Centre 15, afin de pouvoir orienter les patients de façon adaptée.

Une autre alternative, qui a déjà été testée dans d'autres villes de France, serait un centre de soins non programmés, organisé comme une maison médicale de garde, avec des médecins y effectuant des vacations, pendant les horaires d'ouverture habituelle des cabinets généralistes.

C'est ce qui a été fait à Montpellier en 2016(42), où les urgences étaient saturées, sur l'idée de deux médecins urgentistes. Ce centre accueille de 9h à 21h en semaine et de 9h à 13h le samedi matin les consultations non programmées somatiques et traumatologiques également, car ils bénéficient d'un accès privilégié au plateau technique d'imagerie d'une clinique toute proche.

Ce mode de fonctionnement pourrait s'imaginer près de la clinique d'Orange qui possède un centre d'imagerie mais également un cabinet de chirurgiens orthopédiques.

Ce centre de soins non programmés serait susceptible d'intéresser les patients consultant pour un traumatisme ou une plaie et qui, nous l'avons vu, sont beaucoup moins motivés à consulter en ville.

On peut également extrapoler cette idée, en imaginant un partenariat plus soudé entre les médecins généralistes et les centres d'imagerie, avec des créneaux horaires ou un nombre d'examens réservés pour les demandes urgentes ambulatoires, avec également un «tour de garde » entre les trois centres de radiologie pour assurer ces créneaux.

Ceci permettrait de limiter les difficultés d'accès à l'imagerie ressenties par plus de 70% des médecins généralistes, tous examens d'imagerie confondus.

On pourrait imaginer qu'à l'issue de l'examen, il y ait un contact téléphonique entre le radiologue et le médecin prescripteur, pour orienter le patient soit vers son cabinet soit vers une hospitalisation ou le service des urgences.

5. CONCLUSION

Notre étude incluant 95 patients résidents de la ville d'Orange, et consultant spontanément aux urgences a montré que ces patients en demande de soins non programmés sont plutôt jeunes (64,1% ayant moins de 45 ans) , sont en majorité des hommes (69,5%), ayant une activité professionnelle (47,4%), avec une couverture sociale complète personnelle (69,5%), et possédant un médecin traitant déclaré pour la plupart d'entre eux (89,5%). On note cependant une part également importante de patients sans emploi (36,8%).

Les motifs médicaux principaux de consultation sont un sentiment de gravité de leur état dans 55,7% des cas, un traumatisme ou une plaie pour 46,3% d'entre eux, mais également une douleur omniprésente dans 61% des cas.

Ces symptômes évoluent depuis moins de 24 heures chez 50% des patients, mais depuis plus de 2 jours dans 37,9% des cas.

Les autres facteurs déterminants de l'admission spontanée aux urgences sont le sentiment de devoir bénéficier d'examens complémentaires rapides dans 40% des cas, un sentiment d'une plus grande accessibilité (48,4%) et une prise en charge globalement plus rapide (40%) que lors d'une prise en charge en ambulatoire.

Ces patients n'ont en majorité entamé aucune démarche ambulatoire avant de venir aux urgences (52,6%) et leur venue est un choix éclairé déclaré chez 68,4% des patients.

Nous avons pu mettre en évidence que le fait d'avoir subi un traumatisme ou une plaie était un facteur prédictif de venue préférentielle aux urgences.

Dans plus de la moitié des situations, le passage aux urgences étudié est déjà le deuxième passage de l'année et dans 25% des situations il y en a eu 3 ou plus en un an.

Ces résultats montrent une certaine habitude de «consommation de soins» pour une partie des patients qui n'envisagent plus le secteur ambulatoire en première intention, comme cela a pu être démontré dans de précédentes études faites sur d'autres secteurs géographiques.

Chez les patients ayant tenté une démarche auprès de leur médecin traitant (34,1%), l'offre ambulatoire ne permettait pas à ce moment là d'éviter la venue aux urgences, pour cause selon eux d'une absence de disponibilité avec redirection vers les urgences (20,7%), d'un délai de rendez-vous proposé qu'il jugeaient trop long (34,5%), ou d'une absence de réponse de leur médecin (31%).

Le secteur libéral de la ville d'Orange offre pourtant la possibilité de consultations non programmées dans la plupart des cas, soit par l'existence de créneaux horaires de consultations libres, soit par la réservation de plages de consultations pour les demandes de soins non programmées (seulement 14,3% n'ont ni consultations libres ni créneaux réservés pour les consultations non programmées dans leur planning).

De plus près de la moitié des généralistes acceptent toujours de nouveaux patients.

Il existe peut-être un problème de lisibilité de l'offre de soins qui serait en défaveur de l'accès aux médecins de ville pour l'agglomération d'Orange, et nous pourrions suggérer un partenariat entre les médecins généralistes, en créant un planning des consultations libres accessibles chaque jour. L'accès à l'imagerie, qui constitue une difficulté majeure de la prise en charge des urgences selon les médecins généralistes (difficultés ressenties pour plus de 70% des généralistes pour les demandes de radiographie et pour plus de 85% pour les demandes de scanner), pourrait également être facilité par la création de créneaux horaires disponibles prioritairement pour les demandes urgentes ambulatoires.

Un centre de soins non programmés pourrait aussi amener une solution alternative, notamment pour la traumatologie, si un partenariat avec un ou plusieurs centres d'imagerie de la ville pouvait se créer en parallèle.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. Jan 2016 [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
2. Les évolutions du numéris clausus et des quotas pour les professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé DREES [Internet]. 2016 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
3. Micheau J, Moliere E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers solidarité et santé DREES [Internet]. 2010, n°15 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
4. Attal-Toubert K., Vandershelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats DREES [Internet]. Fev 2009 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
5. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août, 2004.
6. Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
7. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale . Premiers résultats . Etudes et résultats DRESS [Internet]. Mar 2006, n° 471, [cité 23 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
8. Médecine et soins de proximité . CISS médecine proximité [Internet] 28 juillet 2010, [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/100728_NOTE-POSITION-CISS-MEDECINE-PROXIMITE.pdf
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires .Legifrance [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.doc.idTexte>
10. L'organisation de la permanence et la continuité des soins. Agence Régionale de Santé [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
11. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014. Conseil National de L'ordre des médecins [Internet]. 2014 [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf
12. Médecine d'urgence. Conseil National de l'Ordre des médecins.[Internet].[cité 18 sept2017] Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/medecine-d-urgence-37>
13. Delea D. Saturation des urgences-1 : les fausses évidences . Carnets de santé [Internet].

- 2014 [cité 18 sept 2017].
Disponible sur: <http://www.carnetsdesante.fr/Saturation-des-urgences-les>
14. Viez MC. Les urgences, synthèse documentaire. Fédération de l'hospitalisation privée [Internet].Fev 2009, [cité 31 juill 2017].
Disponible sur <http://documentation.fhp.fr/documents/14912S.pdf>
 15. Vuagnat L. Les urgences hospitalières qu'en sait-on?. Etudes et résultats DREES [Internet]. 2013,[cité 09 juin 2017]. Disponible sur:
http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
 16. Noel G, Philippot B, Vig V. Atlas de l'activité des services d'urgence 2012. ORU PACA [Internet].Jan 2014, [cité 20 sept 2016]. Disponible sur:
http://www.orupaca.fr/documents/Documents/ATLAS_2012_ORUPACA_VWEB.pdf
 17. A propos des services d'urgence hospitaliers. Société Française de Médecine Générale [Internet]. 05 Avr 2015, [cité 24 oct 2016] Disponible sur:
http://www.sfmng.org/data/actualite/actualite_fiche/27/fichier_communique_urgences29818.pdf
 18. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Dossiers solidarité et Santé DREES [Internet]. Juin 2015, n°63,[cité 1 août 2017]. Disponible sur:
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
 19. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La complémentaire santé-Acteurs, bénéficiaires, garantie. DREES [Internet]. 2016, n° 18, [cité 11 sept 2017].
Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18.pdf>
 20. Schéma régional d'organisation de soins. Agence régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. [Internet]. 30 jan 2012, [cité 2 août 2017].Disponible sur:
https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_soins_arspaca.pdf
 21. Le schéma de démographie médicale de la régions Provence-Alpes-Côte d'Azur. Unité Régionale des Professionnels de Santé. [Internet]. 2015, [cité 2 août 2017]. Disponible sur:
http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2017/01/Vaucluse84_SDM-2015-v2.pdf
 22. Dossier complet commune d'Orange (84087). INSEE [Internet]. 04 août 2017 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-84087>
 23. Quelques chiffres pour mieux nous connaître. Centre Hospitalier Louis Giorgi [Internet]. [cité 3 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ch-orange.fr/activite-et-cooperations/quelques-chiffres-cles-pour-mieux-nous-connaître>
 24. Carrasco V, Baudeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale . Etudes et résultats DREES [Internet]. Jan 2003, n°212 [cité 11 sept 2017].
Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
 25. Lerat-Golasowski M. Motivations, Motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai . [Thèse].[Lille] : Faculté Henri Warembourg ; 2015, 63 p.

26. Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgences du Havre. [thèse]. [Rouen]: UFR de médecine - pharmacie de Rouen; 2012, 84 p. [Internet][cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
27. Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. [thèse]. [Paris]: Université de médecine Paris VII; 2009, 103 p. [Internet][cité 9 juin 2016]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3327_MEUNIER_Laure_these.pdf
28. Hascoet J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgence de Haute Normandie: Quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins?. [thèse] [Rouen]: UFR de médecine-pharmacie de Rouen; 2013, 133 p. [en ligne] [cité 31 juill 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/805992/filename/Hascoet_Julien.pdf
29. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. juin 2000;7(6):637-46. [cité 31 juill 2017]
30. Précarité et trajectoire de santé: Impact de la CMU dans l'accès et la consommation de soins, Une enquête au service d'accueil des urgences de Nice. Rapport scientifique final 2001 ORSPACA-INSERM [Internet]. Juin 2001 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sesstim-orspaca.org/depot/pdf/01-R3.pdf>
31. Pisarek W, Auwera J-CV der, Smet M, Damme PV, Stroobants J. Insured versus uninsured patients in the emergency room: is there a difference? *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. Déc 2003;10(4):314-7, [cité 18 sept 2017]
32. Frankowski P. Évaluation du recours au service d'accueil des urgences au centre hospitalier de Trinité. [thèse]. [Antilles et Guyane]: Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud; 2015, 75 p. [en ligne] [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <https://hal.univ-antilles.fr/dumas-01153518/document>
33. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. [Internet] 16(1):63-74. [cité 11 sept 2017]
34. Blasi C. Soins non programmés: l'éducation du patient pointée du doigt. *Société Française de Médecine d'Urgence* [Internet]. 08 sept 2016, [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58811-soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt>
35. Christophe G, Peneff J. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. *Genèses*. 2000;41(1):167-8.
36. Bataillon R. Les urgences hospitalières une offre lisible de soins. *Actualité et dossier en Santé Publique* [Internet]. Déc 2000, n° 33, [cité 12 sept 2017].

37. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients «non urgents» se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev Epidemiol Santé publique. fév 2009;57(1):3-9.
38. Bayle-Iniguez A. Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi . Le Quotidien du Médecin [Internet]. 19 nov 2014 , [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/11/19/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi_710161
39. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Études et résultats DREES [Internet]. Fév 2008, [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>
40. ADEXSOL. Accès aux examens d'imagerie médicale d'urgence. Base-urgentiste:39. [Internet]. 17 oct 2014, [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2014/20141022-083958-505/src/htm_fullText/fr/Enquete_Delai%20Access%20IRM_Rapport.pdf
41. Daviau S. La pratique de la petite chirurgie au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles au moyen [thèse]. [Créteil]: Faculté de médecine Paris Val de Marne; 2008, 59 p. [en ligne] [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0522404.pdf>
42. Dans la vie des établissements: le CLEM (Montpellier); Hôpital Forcilles (Seine et Marne); Clinique de Saint Omer (Pas de Calais); Centre Hospitalier Métropole Savoie. Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. 14 Sept 2016, [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58838-dans-la-vie-des-etablissements-le-clem-montpellier-hopital-forcilles-seine-et-marne-clinique-de-saint-omer-pas-de-calais-centre-hospitalier-metropole-savoie>

7. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patients des urgences.

Questionnaire pour les patients consultant aux urgences par leurs propres moyens, pendant les heures ouvrables de consultations 9h/19h, domiciliés sur Orange.

1/ Quel est votre age ?

- moins de 18 ans
- 18 – 25 ans
- 26 – 45 ans
- 46 – 60 ans
- 61 – 75 ans
- plus de 75 ans

2/ Quel est votre sexe ?

- masculin
- féminin

3/ Quelle est votre situation professionnelle ?

- actif avec emploi salarié
- actif avec emploi indépendant
- sans emploi
- retraité
- étudiant
- autre, précisez :

4/ De quelle couverture sociale bénéficiez -vous?

- sécurité sociale ou RSI ou MSA + mutuelle personnelle
- sécurité sociale ou RSI ou MSA sans mutuelle
- ACS ou CMU ou AME
- aucune

5/ Avez vous déclaré un médecin traitant ?

- oui
- non

6/ Avez- vous pris un avis auprès des personnes suivantes avant votre arrivée aux Urgences?

Cochez la ou les réponses exactes :

- votre médecin traitant
- un autre médecin
- le 15
- un pharmacien
- un proche
- des forums / internet
- je n'ai pris aucun avis

7/ Avez vous tenté de consulter votre médecin traitant avant votre arrivée ?

- oui mais votre médecin vous a adressé oralement aux urgences
- oui mais le délai de consultation disponible était trop long
- oui mais la réponse apportée ne vous a pas satisfaite
- oui mais vous vouliez un deuxième avis médical
- non vous êtes venus aux urgences tout de suite

7 bis/ Si vous n'avez pas de médecin traitant, avez- vous tenté d'obtenir un RDV chez un médecin généraliste ?

- oui
- non
- oui plusieurs tentatives

8/ Pour quel type de symptômes consultez-vous aux urgences aujourd'hui ?

- une douleur, une gêne
- une fièvre
- un malaise
- vomissements / diarrhée
- un traumatisme / une contusion (choc au niveau d'une jambe, d'un bras...)
- une coupure /une plaie
- une angoisse, un problème psychologique
- autre, précisez :

9/Quels éléments vous ont amenés à consulter aux urgences ce jour plutôt qu'un médecin généraliste?

- Vous avez besoin de soulager une douleur
- votre état de santé vous semble grave / préoccupant
- Vous avez besoin d'un certificat, d'un document administratif
- Vous pensez avoir besoin d'examens complémentaires rapides
- Vous êtes suivi régulièrement par un médecin de l'hôpital
- Vous avez besoin d'une suture / d'un plâtre et cela n'est pas effectué par votre médecin traitant
- Vous avez l'assurance d'être examiné rapidement.
- L'accès aux urgences est plus facile et rapide que prendre RDV en ville.
- Les soins aux urgences sont gratuits

10/ Depuis quand évolue le problème pour lequel vous consultez aujourd'hui ?

- Moins de 24h
- entre 24 et 48h
- entre 2 et 7 jours
- plus d'une semaine

11/ En cas d'urgence quelle note donneriez vous pour la facilité d'accès a votre médecin traitant ?

Entourez votre note

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
très difficile difficulté moyenne
aucune
aucun RDV en urgence
difficulté

je ne sais pas

12/ En cas d'urgence, quelle note donneriez vous a l'accès aux examens complémentaires (prise de sang , examen de radiologie etc ...)

Entourez votre note

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10
très difficile difficulté moyenne
aucune
aucun RDV en urgence
difficulté

je ne sais pas

13/ Depuis un an, combien de fois êtes vous venus consulter aux urgences ?

- c'est la seule fois aujourd'hui
- 2 fois
- 3 a 5 fois
- plus de 5 fois

14/ Si une maison médicale ouvrait sur la ville d'Orange, iriez vous consulter la bas plutôt qu'aux urgences, pour le même type de problème, le soir ou le week end ?

- Oui
- Oui mais uniquement si elle se trouve proche de l'hôpital
- Oui mais uniquement si les soins sont également gratuits
- Oui mais uniquement si les symptômes ne me semblent pas graves
- Non je préfère les urgences

15/ Venir aux Urgences pour vous faire soigner aujourd'hui c'est :

- un choix
- une contrainte

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes

1 / Quels sont vos horaires de consultation

(décrire chaque jour de la semaine, matin et après-midi, préciser consultations libres ou sur rendez-vous)

2/ Pouvez vous décrire comment s'organisent vos consultations:

- uniquement sur RDV
- RDV et plages de consultations libres
- consultations libres uniquement

3/ Si vous pratiquez les consultations libres, interviennent- elles tous les jours de la semaine

- oui
- non

4/Si vous travaillez uniquement sur RDV , réservez vous des plages de consultation aux consultations demandées en urgence (pour le jour même)

- oui
- non

5/ Rencontrez vous des difficultés a contenter toutes les demandes de consultation en urgence sur une journée?

- oui
- non

6/En cas de nécessité d'un recours en urgence à un confrère spécialiste quelle est votre pratique habituelle?:

- recours aux Urgences
- recours à un confrère en ambulatoire
- autre , précisez:

7/ Rencontrez vous des difficultés à obtenir l'avis rapide d'un confrère spécialiste?

- oui
- non

8/ Comment organisez vous la prise en charge du patient par le médecin spécialiste?

- appel téléphonique du confrère
- lettre et coordonnées du confrère données au patient
- pas d'organisation
- autre, précisez:

9/ Rencontrez vous des difficultés à accéder aux examens biologiques en urgence (RDV et délai de rendu des résultats)?

- oui
- non

10/ Comment spécifiez vous le caractère urgent de l'examen biologique au laboratoire?:

- note «urgent» ajoutée sur l'ordonnance:
 - oui
 - non
- appel téléphonique du laboratoire
- Fax

11/ Sous quel délai obtenez vous les résultats?

- dans les heures qui suivent la demande
- dans la journée
- plus d'une journée

11 bis/ Ce délai est-il satisfaisant pour vous?

- oui
- non

12/ Rencontrez vous des difficultés à accéder aux examens complémentaires de radiologie en urgence:

Radiographies simples: - oui / non

Échographie: oui /non

Scanner: oui /non

IRM: oui / non

13/ Pratiquez vous des actes de suture?

- oui
- non

14/ Effectuez vous les confections de plâtre?

- oui
- non

15/ expression libre sur la prise en charge urgente en ambulatoire:

En cas de choix multiple, Surlignez votre ou vos réponses SVP

1/ Quels sont vos horaires de consultation ?

	Matin	Après-midi
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		

2/ Travaillez- vous:

A/ Uniquement sur Rdv

B/ En consultations libres

C/ Les deux

3/ Réservez-vous des plages de consultation pour les demandes de consultation en urgence?

A/ oui

B/ non

4/Quelles sont les conditions pour accéder aux consultations en urgence si elles existent?

A/ Patient déjà connu du cabinet

B/ Patient envoyé par n'importe quel médecin traitant

C/ Patient envoyé par un médecin traitant avec lequel vous travaillez régulièrement

D/Appel téléphonique préalable du médecin traitant

E/Courrier du médecin traitant spécifiant le caractère urgent

5/Diriez-vous que vous rencontrez des difficultés à contenter toutes les demandes de consultations demandées en urgence?

A/ Oui

B/ Non

6/En moyenne combien de consultations en urgence sont demandées chaque jour?

A/ 0 à 2

B/ 3 à 5

C/ 5 à 10

D/ plus de 10

7/ En cas de nécessité, diriez-vous que vous rencontrez des difficultés à faire hospitaliser vos patients?

A/ Oui

B/ Non

C/ Ne sait pas

8. ABREVIATIONS

AME: Aide Médicale d'État

ARS: Agence Régionale de Santé

CMU: Couverture Maladie Universelle

CRRA: Centre de Réception et de Régulation des Appels

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques

HPST: Hôpital, Patient, Santé, Territoire

INSERM: Institut National de la santé et de la recherche médicale

INSEE: Institut National de la statistique et des études économiques

MCS: Médecin Correspondant SAMU

POSU: Pôle spécialisé d'Urgence

URPS: Union régionale pour la permanence des soins

SAMU: Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU: Service d'Accueil des Urgences

SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

PDSA: Permanence des soins ambulatoires

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

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

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

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

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

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