



HAL
open science

Impact de la démographie médicale en Dordogne sur les passages aux Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux : étude prospective réalisée du 17 octobre 2016 au 30 octobre 2016 à propos de 787 passages

Anaïs Pelletier

► **To cite this version:**

Anaïs Pelletier. Impact de la démographie médicale en Dordogne sur les passages aux Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux : étude prospective réalisée du 17 octobre 2016 au 30 octobre 2016 à propos de 787 passages. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01933613

HAL Id: dumas-01933613

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01933613>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N° 188

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2018
Par Anaïs PELLETIER
Née le 24/11/1988

Impact de la démographie médicale en Dordogne sur les passages aux Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux
Étude prospective réalisée du 17 octobre 2016 au 30 octobre 2016 à propos de 787 passages

Directeur de thèse

Docteur LORENDEAU Jean-Paul

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Jury de thèse

Monsieur le Professeur Universitaire Jean-Philippe JOSEPH, président

Monsieur le Professeur Universitaire Roger SALAMON

Monsieur le Professeur Associé François PETREGNE

Docteur GAUTRON Michel

Résumé :

Introduction : La Dordogne est un des plus grand désert médical du pays avec un effectif de médecins généralistes réduit de 14% depuis 2007. En parallèle, en France et en Dordogne le nombre de passage aux urgences ne cesse d'augmenter avec un accroissement de 3,5% en moyenne par an.

Objectifs : Évaluer l'impact de la désertification médical chez les patients se rendant aux urgences et déterminer les modalités des passages aux urgences.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude prospective réalisée à l'aide d'un questionnaire rempli pour tout patient de plus de 18ans, non reconvoqué, venant aux urgences de l'hôpital de Périgueux entre le 17 et 30 octobre 2016. Deux groupes de démographie médicale ont été définis : élevée (>8MG/10000habitants) (DME), faible (<8MG/10000hab) (DMF).

Résultats : 787 questionnaires ont été analysés. 65% des patients étaient du groupe DME dont 78,5% vivaient à moins de 15km de l'hôpital. Les patients du groupe DMF sont proportionnellement plus « graves » mais ceux du groupe DME viennent plus directement aux urgences (61,3% vs 38,7%, $p < 0,001$). 10,9% des patients issus d'une zone DME n'ont pas de médecin traitant déclaré contre 4,8% dans les zones DMF. La démographie médicale n'influe pas sur les horaires et jours de passage aux urgences.

Conclusion : La désertification médicale n'impacte pas directement les passages aux urgences, au contraire, les patients des zones désertiques ont plus de contact médical préalable à leur venue alors que les patients des fortes démographies médicale, vivant proche des urgences, s'y rendront plus directement.

Mots clés : désertification médicale, passage aux urgences, démographie médicale.

Abstract :

Introduction: The Dordogne is one of the largest medical desert in the country with a staff of general practitioners reduced by 14% since 2007. In parallel, in France and Dordogne the number of emergency unit admissions continues to increase with a rise of 3,5% on average per year.

Objectives: To evaluate the impact of medical desertification on patients attending emergency departments and determine the modalities for emergency unit visits.

Material and method: This is a prospective study conducted using a questionnaire completed for any patient over 18 years, not recalled, coming to the emergency department of the hospital of Périgueux between 17 and 30 October 2016 Two groups of medical demographics were defined: high (> 8MG / 10,000 inhabitants) (DME), low (<8MG / 10,000hab) (DMF).

Results: 787 questionnaires were analyzed. 65% of the patients were from the DME group, 78.5% of whom lived within 15km of the hospital. Patients in the DMF group are proportionally more "severe" but those in the DME group come more directly to the emergency department (61.3% vs. 38.7%, $p < 0.001$). 10.9% of patients from an DME zone have no registered physicians, compared to 4.8% in DMF. Medical demographics do not affect the schedules and days of consultation.

Conclusion: The medical desertification does not directly affect the passages to the emergencies, on the contrary, the patients of the desert zones have more medical contact prior to their arrival whereas the patients of the strong medical demographics, living near the emergencies, will go there more directly.

Key-words : medical desertification, emergency unit visits, medical demographic.

REMERCIEMENTS

Au jury de cette thèse,

Au Professeur JOSEPH Jean-Philippe,

Vous me faites l'honneur d'être le Président de ce jury. Je vous remercie pour l'attention portée à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Au Professeur SALAMON Roger,

Je vous remercie d'avoir été le rapporteur de cette thèse, et de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance .

Au Professeur PETREGNE François,

C'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury. Je vous remercie pour votre disponibilité. A vous, mon immense gratitude.

Au Docteur GAUTRON Michel,

Je te remercie d'avoir accepté d'être juge de mon travail. C'est pour moi un immense honneur que de bénéficier de ton expertise.

Au Docteur LORENDEAU Jean-Paul,

Merci à toi de m'avoir accompagnée et supportée dans ce long cheminement. Tu as su me guider, être disponible pour cette thèse mais aussi lors de nos gardes.

A ma famille,

A mes parents, pour votre générosité, votre altruisme, et votre soutien sans faille. Vous m'avez inculqué toutes ces valeurs que j'espère transmettre à nouveau dans ma vie professionnelle et personnelle. J'ai une chance formidable de vous avoir. Je vous aime.

Lolo, ma grande sœur, tu m'as prise sous ton aile, tu m'as vue et laissée grandir en restant toujours là si besoin. Merci d'avoir sorti ta petite sœur, en soirée, en concert, en activités. Tu m'as offert des Barbies avec des pieds tous neufs, tu as su m'écouter petite et tu continues à le faire maintenant que suis plus vieille mais pas vraiment plus grande.

Mimi, mon frère chéri, merci pour tous ces souvenirs emplis de rire, les vols tests en luge sur les tremplins, les traces de l'appareil dentaire dans ma peau, les trucs à la pomme pour aller avec le boudin... Tu es devenu un mari et un papa comblé et je me sens toujours la bienvenue dans votre cocon qui sent l'amour grâce à toi, Laurence, Chloé, Lucie et Arthur.

A mes neveux et nièces : je suis heureuse de vous voir grandir, vous faites de moi une tata nana joyeuse.

A Mathieu, merci pour l'aide énorme que tu m'as apportée. Tu es d'un soutien indéfectible. Je suis fière et tellement heureuse de partager ma vie avec l'homme fondamentalement bon que tu es. Tu es mon évidence.

A mes grands-parents, pour leur accompagnement depuis ma plus tendre enfance. Mamie, merci pour tes pensées et tes bons mots. Merci d'être toujours partante pour un repas familial, et pour tes knepfles dont je raffole.

A Sandrine, ma marraine, tu as toujours pris soin de moi, par tes pensées, tes conseils, et tes présents. Je suis heureuse de pouvoir vous trouver toi et tes hommes quand je rentre.

A mes tantes, et leurs hommes, merci pour votre soutien et vos attentions qui m'accompagnent depuis si longtemps.

Sissi, merci de m'avoir hébergée et permis de profiter d'Ilan et Marion.

Aux canadiens, merci de m'avoir accueillie à plusieurs reprises,

A mes amis,

Gri, mon coup de foudre au féminin. Merci d'être toi, toujours présente, tellement généreuse, et toujours à l'écoute pour mes chonchonneries. Tu sais me comprendre et m'apaiser, tu sais me faire rire et me motiver. Merci d'être là, un soutien permanent, ma force tranquille, quelque soit la distance, je sais que tu m'accueilleras.

Delphinounette, tu as été mon pilier durant l'externat, tu m'as soutenue, écoutée et tu le fais encore. Merci pour ces heures passées sur ton canapé, à avoir des discussions sérieuses -ou moins sérieuses-, à nous cultiver -ou pas- devant la télévision.

Steph, merci pour tous ces moments de détente, lors de nos petits repas bordelais en tête à tête, merci pour tes rires à mes attaques de frontalité. Merci pour ton aide pour cette thèse avec nos tentatives de travail plus ou moins efficaces.. A toi de jouer !

Chloé, mon amie Périgourdine. Merci de m'accueillir toujours les bras ouverts, merci pour les moments passés ensemble, pour les petits déj ou les goûters.

Antho, mon plus vieil ami ! Toujours à prendre de mes nouvelles, je sais que je peux compter sur toi. Hâte de rencontrer ton mini-toi.

Aux Bordelais :

1^{er} semestre, plein de joie et de rencontres à Mont-de. Hélène et Flo, vous êtes toujours aussi pétillants, vous m'évoquer un rayon de soleil brillants et chaleureux. Nadia, j'entend encore ton rire. Soso, ta joie de vivre me fait toujours un bien fou.

A la Team Urgences Pellegrin dans son intégralité, chefs et internes, pour ce semestre de rêve ! Pam, merci pour ta bonne humeur, tes chaussures, les verres en ville.

Aux Périgourdins : si nombreux.. Mona, ça a été une joie de travailler avec toi. Romboul', Aïda, pour les soirées endiablées. Adri, à bientôt pour une session jeu Paloise suivi d'une soirée jusqu'à 9 du mat ?

Aux Carabins Nancéiens :

Aux rencontres de ma P2 : Jeajea, Bibi, Ad, Chris, Virg, Pauline que de souvenirs, plus ou moins flous, des fous rires, des années partagées ensemble qui nous ont fait grandir.

Et aux suivants : Alex, Marion, SelThieu, Brice, Sorci, Natacha, Marie..tellement de temps passé ensemble, merci d'avoir été là, merci de l'être encore.

A mes amis du lycée :

Nico, notre humour à 2 balles et notre complicité sont un bien que je veux conserver.

Fanny, Céline, Lyz, merci pour les souvenirs construits dans notre chambre, les cappucinos partagés.

A mes collègues et amis

Aux plus jeunes : Jean-Paul, Georges, Eve, Marie, Pierre, Benou : force et honneur ! C'était un plaisir de travailler à vos côtés, merci pour votre bonne humeur et m'avoir donné votre force pour finir cette thèse !

Aux « moins » jeunes , Oliv, Denis, Bruno, Isa, Domi merci pour votre partage d'expérience.

Aux équipes paramédicales dans leur ensemble pour tout ce qu'elles m'ont appris et apportées, plus particulièrement aux urgences de Périgueux. Merci Céline de m'avoir motivée pour cette thèse. Coco, Marie les mamans, Manon, Isa, Cécile, merci pour votre gentillesse et votre joie de vivre. Merci Brice pour l'esprit Alsacien. Merci Karima pour ton grand cœur.

Aux secrétaires de cardio, Elo et Marianne, pour votre gentillesse, vos attentions, le thé détox.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cité, mais qui m'ont aidé dans ce parcours de longue haleine !

TABLE DE MATIERES

I.	INTRODUCTION	9
1)	LES URGENCES.....	9
A.	<i>L'urgence en médecine : une définition floue</i>	<i>9</i>
B.	<i>La prise en charge en urgence des patients en France</i>	<i>11</i>
b.	La PDSA	12
2.	Les urgences à l'hôpital.....	13
a.	Les Structures d'Urgences (SU) Hospitalières	13
b.	Mission et organisation des SU	13
3.	Organisation des urgences au centre hospitalier de Périgueux	15
2)	L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES :	15
	UN CONSTAT.....	15
A.	<i>Nombre de passage aux urgences : définition</i>	<i>16</i>
B.	<i>Evolution des passages en France.....</i>	<i>16</i>
C.	<i>Evolution des passages aux urgences au centre hospitalier (CH) de Périgueux</i>	<i>17</i>
3)	LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN DORDOGNE.....	18
A.	<i>La démographie en Dordogne.....</i>	<i>18</i>
B.	<i>La démographie médicale.....</i>	<i>18</i>
1.	Généralités	18
2.	La désertification médicale : un enjeu.....	19
3.	La démographie médicale de la médecine générale	19
a.	En France	19
b.	En Dordogne	20
4)	OBJECTIFS DE L'ETUDE	22
A.	<i>Objectif principal</i>	<i>23</i>
B.	<i>Objectif secondaire.....</i>	<i>23</i>
II.	MATERIEL ET METHODE	23
1)	TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE RECUEIL.....	24
2)	POPULATION DE L'ETUDE.....	24
3)	TECHNIQUE DE RECUEIL.....	24
4)	ETHIQUE	24
5)	ANALYSE STATISTIQUE.....	24
III.	RESULTATS	25
1)	DIAGRAMME DE FLUX	26
2)	ANALYSE STATISTIQUES	26
A.	<i>Analyse descriptive.....</i>	<i>26</i>
B.	<i>Analyse comparative : influence de la démographie médicale</i>	<i>29</i>
1.	Démographie médicale et distance par rapport aux urgences	30

2.	Démographie médicale et type de jour	31
3.	Démographie médicale et heure de passage	31
4.	Démographie médicale et âge des patients	32
5.	Démographie médicale et recours médical initial	32
6.	Démographie médicale et déclaration du médecin traitant	33
7.	Démographie médicale et mode de transport d'arrivée	33
8.	Démographie médicale et gravité à l'entrée	34
9.	Démographie médicale et devenir.....	34
C.	<i>Autres éléments</i>	35
1.	<i>Score CCMU et hospitalisation</i>	35
2.	Contact médical préalable en fonction de leur distance à l'hôpital.....	36
3.	Distance et mode de transport d'arrivée.....	36
4.	Gravité et contact médical initial	37
IV.	DISCUSSION	38
1)	POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	38
2)	LIMITES DE L'ÉTUDE	38
3)	IMPACT DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE SUR LES PASSAGES AUX URGENCES	39
4)	DES FACTEURS EXPLIQUANT L'AUGMENTATION DES PASSAGES AUX URGENCES	40
A.	<i>Modification du comportement des patients des urgences</i>	41
B.	<i>L'implication moindre du secteur libéral dans l'urgence ?</i>	43
V.	OUVERTURE	45
VI.	BIBLIOGRAPHIE	46
VII.	ANNEXES	51

LEXIQUE

ARS = Agence Régionale de Santé

CCMU = classification clinique des malades des urgences

CDOM = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHP = Centre Hospitalier de Périgueux

CNOM = Conseil Nation de l'Ordre des Médecins

CRRA = Centre de Réception et de Régulation des Appels

DIM = Département de l'Information Médical

DMMG = Démographie Médicale en Médecins Généralistes

DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

D = distance domicile-hopital

IAO = Infirmière d'Accueil et d'Orientation

PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SU = Structures d'urgences

SAU = Service d'Acceuil des Urgences

SAUP = Service d'Acceuil des Urgences Psychiatriques

SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente

SFMU = Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR = Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV = Véhicule de Secours et Assistance aux Victimes

I. INTRODUCTION

1) LES URGENCES

A. L'urgence en médecine : une définition floue

Dans le dictionnaire Larousse, l'urgence est définie comme une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (1)

Dans la littérature médicale comme dans la législation, l'urgence médicale a vu sa définition évoluer au fil des années. Ainsi, suivant l'époque et les personnalités, des définitions différentes de l'urgence sont retrouvées (2).

En 1971, l'urgence se rapporte au "*malade ou l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des consultations, ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai*". (3)

En 1989, Pr A. STEG définit l'urgence comme « *un phénomène qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient et son entourage* » (4). La circulaire du 14 mai 1991 (5) entérine cette notion d'urgence ressentie : le service d'accueil des urgences (SAU) a pour mission "*d'accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgence lourde ou d'urgence ressentie* ».

D'un point de vue législatif, la dernière circulaire du 16 avril 2003 (6), relative aux urgences, souligne que la notion d'urgence est source de confusion, les usagers ayant « tendance à confondre soins non programmés ou soins ressentis comme urgents et soins urgents ». Elle propose une gradation des urgences exprimées, selon le besoin de soins et les moyens nécessaires pour y répondre :

- le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds ;
- le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ;

- le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Sur le plan des sociétés médicales, là encore l'urgence voit sa définition varier. Ainsi, dans le dernier Collège National des Généralistes Enseignants (7), l'urgence est définie selon plusieurs niveaux:

- Urgence vitale : mettant en jeu le pronostic vital.
- Urgence vraie : n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides.
- Urgence ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie.
- Urgence de confort : Majoration des symptômes par le patient pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) quant à elle, ne donne pas de définition précise de l'urgence médicale, disant clairement qu'il est difficile de la définir(8). Ils retiennent néanmoins la définition de René Capitant, juriste non médecin, qui définit l'urgence comme « caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai ». Sur son site internet, elle donne des symptômes évoquant l'urgence tout en précisant que « beaucoup d'autres facteurs peuvent influencer la notion d'urgence » : l'horaire, les antécédents, l'état d'esprit du malade sont «susceptibles de modifier le caractère d'un symptôme et en faire une Urgence. » (9)

Dans les services d'urgences, la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) (10) est un moyen simple et reproductible pour statuer sur le degré d'urgence des patients. Elle répartit les patients en cinq classes :

- **Classe I** : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.
- **Classe II** : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences.
- **Classe III** : état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences.

- **Classe IV** : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manoeuvres de réanimation aux urgences.
- **Classe V** : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manoeuvres de réanimation aux urgences.

Ainsi les patients instables sont classés en classes IV et V, les potentiellement instables en classe III et les stables en classes I et II.

Tous ces exemples reflètent la différence des définitions de l'urgence en médecine qui reste subjective et multifactorielle. Elle dépend du ressenti des médecins, des patients, de leur connaissances médicales et des moyens à disposition pour y répondre.

Ainsi, pour l'urgentiste, l'urgence est en premier lieu l'urgence vitale. Pour le patient, l'urgence se rapporte souvent au délai de sa prise en charge. Pour le médecin généraliste, l'urgence, outre l'urgence vitale, prend la forme du soin non programmé, c'est à dire non prévu dans ses consultations habituelles (2,11).

B. La prise en charge en urgence des patients en France

En France, la prise en charge en urgence pour les patients concerne aussi bien le secteur libéral que le secteur public hospitalier.

1. La gestion de l'urgence dans le secteur libéral

a. Rôle du médecin généraliste

Comme le souligne la définition européenne de 2002 de la World Organization of Family Doctors (WONCA), la médecine générale « gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » et devrait être le « premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée »(12).

Ainsi, le médecin généraliste, en tant que premier contact dans le système de soin, a bien un rôle dans les problèmes de santé « aigus » et donc relatifs à l'urgence, comme la définition large

l'entend. Dans ce sens, il reçoit entre six et dix appels par jour en dehors des heures de la permanence de soins(13).

En fonction du degré d'urgence, il sera amené à prodiguer lui mêmes les soins ou à réorienter le patient. En effet, il se doit d'utiliser de « façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient »(12).

Pour pallier aux absences des médecins généralistes, en dehors de leurs horaires de travail, le système de permanence des soins ambulatoires (PDSA) a donc été mis en place.

b. La PDSA

La mission de PDSA est de pallier aux absences du médecin généraliste durant les horaires de fermeture du cabinet, et donc de répondre aux besoins de soins non programmés tous les jours de 20 heures à 8 heures ; les dimanches et jours fériés de 8h à 20 heures et, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié (14).

La PDSA s'appuie sur :

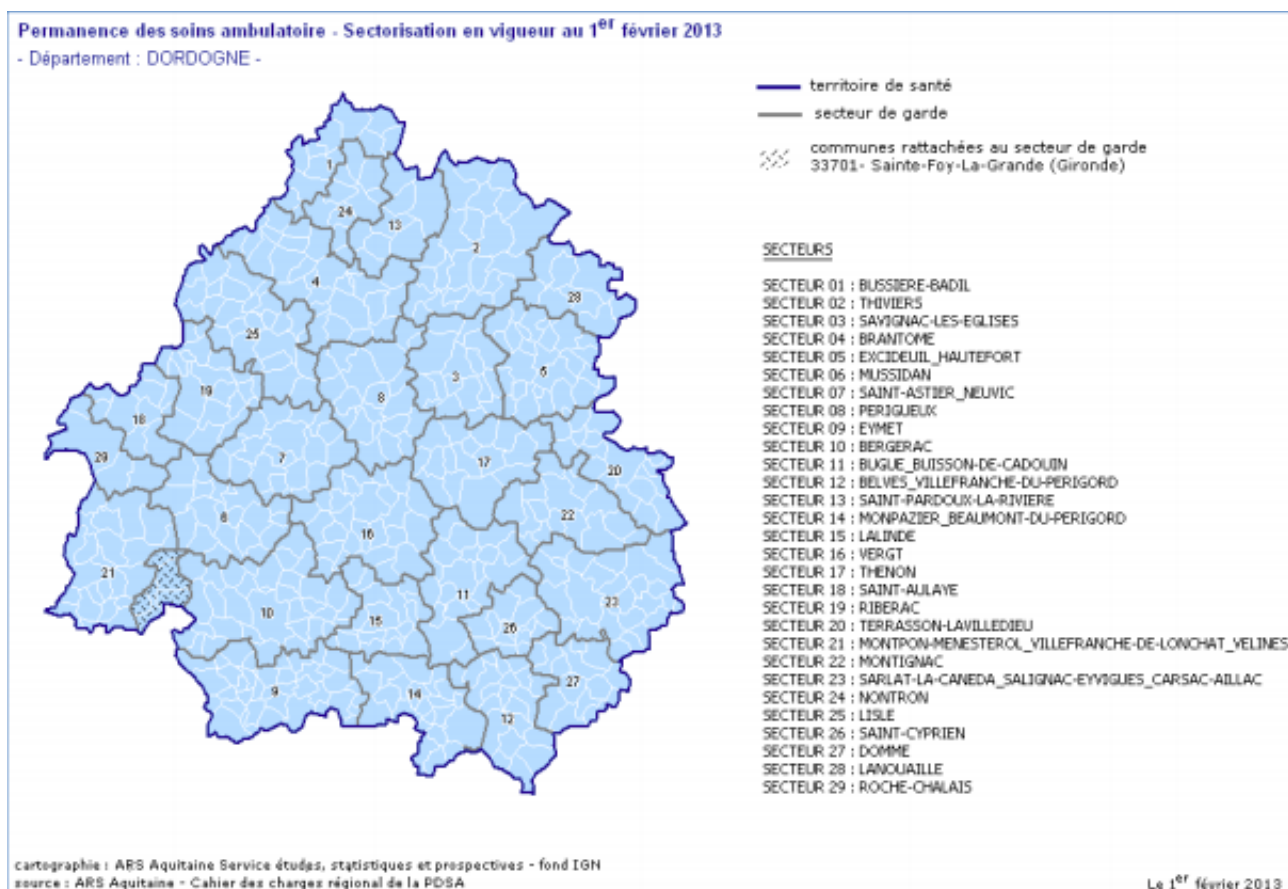
- En premier recours : une régulation médicale et un découpage en « territoires de permanence des soins » avec la présence d'au moins un médecin effecteur sur chaque territoire.
- En deuxième recours : Les services d'urgences des établissements de santé.

En Dordogne, la PDSA s'appuie sur :

- En premier recours, un découpage en 29 territoires avec 13 secteurs assurant le PDSA en nuit profonde de minuit à 8h a été mis en place.

A noter, l'existence d'une Maison Médicale de Garde, c'est-à-dire lieu fixe de dispense de soins de médecine générale uniquement durant les horaires de la PDSA, située au sein de l'hôpital Samuel Pozzi à Bergerac.

Sectorisation en 29 territoires de la PDSA Dordogne. Source ARS Aquitaine, Cahier des charges régional de la PDSA, Fev 2013.



- En deuxième recours, les Structures d'Urgences (SU) sont au nombre de quatre en Dordogne :
 - Centre Hospitalier Jean Leclaire à Sarlat-la-Caneda.
 - Centre Hospitalier de Samuel Pozzi à Bergerac.
 - Clinique Francheville à Périgueux.
 - Centre Hospitalier de Périgueux.

2. Les urgences à l'hôpital

a. Les Structures d'Urgences (SU) Hospitalières

En 2015, on comptait 655 structures d'urgence permettant d'assurer de façon continue la prise en charge de soins urgents ou non urgents, non programmés et 80% appartiennent au service public hospitalier (15).

b. Mission et organisation des SU

Les missions des services des urgences sont définies par la circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

« Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents[...]. Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. »

Les services d'urgences s'articulent autour de 3 structures, pré-hospitalières et hospitalières (16) :

- service d'aide médicale urgente (SAMU). Ce centre d'appel, le Centre de Réception et de Régulation des appels (CRRRA)- répond 24h/24 aux besoins de santé de la population. Il donne des conseils médicaux et si besoin oriente vers une structure d'urgence adaptée.
- les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Régulés par le SAMU, les SMUR sont un service hospitalier, assurant en permanence la prise en charge d'un patient nécessitant une prise en charge médicale en urgence vitale.
- les structures des urgences : elles assurent la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

La mission première des SU est donc d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. Pour cela, les SU disposent (17,18) :

- D'une zone d'accueil préservant la confidentialité. C'est dans cette zone que se fait l'enregistrement administratif des patients, ainsi que le premier contact paramédical permettant l'orientation du patient.
- D'un espace d'examen et de soins. Organisé en fonction des structures, on peut retrouver un circuit dit « court » et une filière longue (19) : le circuit court pour les patients à la prise en charge rapide ; le long pour les patients pouvant s'aggraver nécessitant une prise en charge plus longue, plus complète avec surveillance accrue ou examens complémentaires par exemple.
- D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;

- D'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.
- Si un nombre important de passages d'enfants ou de patients nécessitant des soins psychiatriques est retrouvé dans l'activité des urgences, l'organisation de la prise en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée est adaptée à ces patients.

3. Organisation des urgences au centre hospitalier de Périgueux

Le Département de Médecine du CH de Périgueux, dont le Chef de Service est le Dr Michel GAUTRON, se divise en deux structures distinctes (20) :

- Le SAMU composé du CRRRA - SMUR - CESU24. Comme expliqué ci-dessus, le CRRRA assure une écoute médicale permanente et oriente les patients. Le SMUR permet la prise en charge en pré-hospitalier des patients, mais aussi les transferts secondaires. Le CESU assure l'enseignement et la formation relative aux prises en charge d'urgences.
- Le service d'Accueil des Urgences (SAU) : l'accueil des patients se fait initialement par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) qui l'oriente dans la zone adaptée.

Ainsi en fonction du recours aux urgences, le patient se présentant aux urgences de Périgueux sera orienté par l'IAO soit vers :

- le circuit long ou « box » pour la prise en charge médicale plus lourde,
- le circuit court et consultation médicale pour les actes courts (population adulte et pédiatrique),
- les urgences psychiatriques,
- les urgences médicales pédiatriques pour les moins de 18ans,
- les urgences gynécologiques ayant un protocole spécifique.

2) L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES : UN CONSTAT

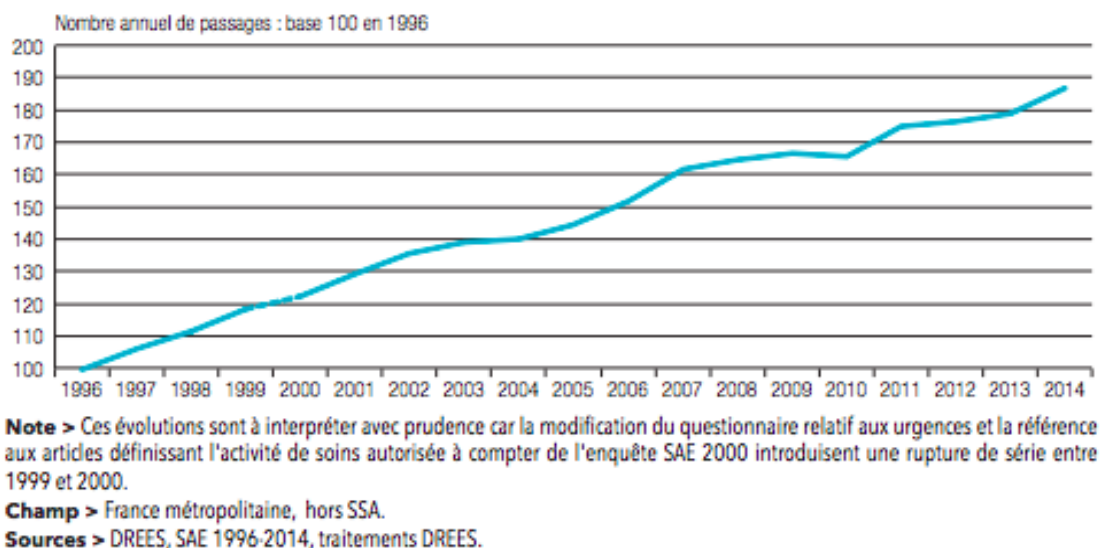
A. Nombre de passage aux urgences : définition

Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut « l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Sont pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant l'autorisation pour les activités d'urgences générales et pédiatriques. Ne sont pas pris en compte ceux déclarés par les établissements sans autorisation et les structures d'urgences spécialisées ».(21)

B. Evolution des passages en France

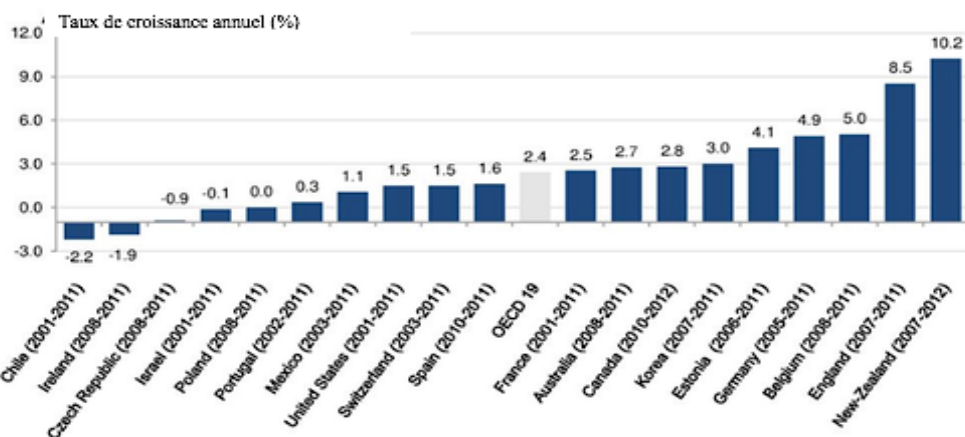
Dès dans les années 90, la DREES faisait le constat d'une forte croissance du taux de passages aux urgences (22). Ainsi entre 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers de la France métropolitaine est passé de 7 203 000 à 10 331 000, soit une augmentation de 43 % en huit ans (+4,6 % par an).

Bien que ce phénomène soit admis et que des solutions soient proposées, cet accroissement se poursuit, avec un nombre annuel de passages aux urgences est en moyenne de 3,5% par an entre 1996 et 2014.



Cette évolution suit celle des structures des urgences de façon internationale (23). En effet, une étude de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) montre que ce phénomène se retrouve dans presque tous les pays de l'organisation

Taux de croissance annuel moyen des passages dans les services d'urgence (calcul basé sur le nombre de visit pour 100 personnes)



Source: Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand

2015(31)

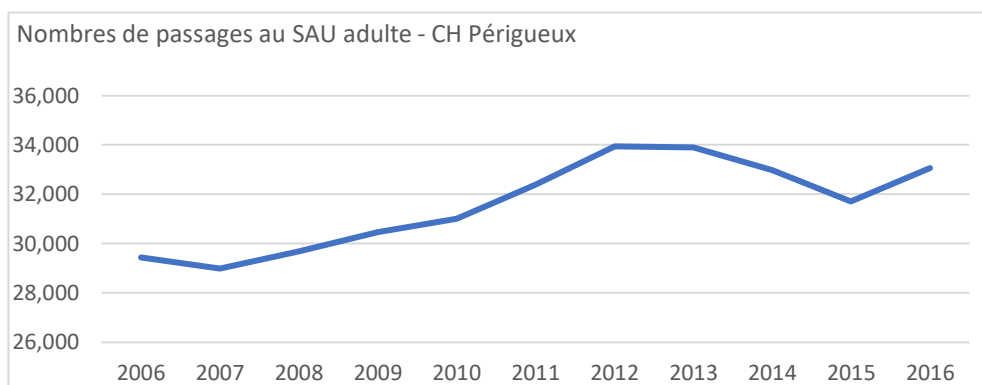
C. Evolution des passages aux urgences au centre hospitalier (CH) de Périgueux

Les données issues des données du DIM (Département de l'Information Médical) du CH de Périgueux, via M. Thomas CHOURREAU, rapportent depuis 2006, date d'information du service, une évolution similaire à celle de la France, avec une augmentation des passages annuels.

Année	Nombre de passages aux urgences	Patients Hospitalisés (%)	Age moyen des patients hospitalisés
2006	29 456	44,1%	60,6
2007	28 994	44,4%	60,6
2008	29 687	44,6%	60,8
2009	30 479	44,3%	61,6
2010	31 004	44,6%	62,6
2011	32 403	41,9%	64,3
2012	33 948	38,9%	66,3
2013	33 908	36,9%	67,4
2014	32 982	38,5%	68,5
2015	31 716	40,2%	67,5
2016	33 071	38,1%	67,6

PASSAGES AU SAU ADULTE – CH PÉRIGUEUX – PAR ANNÉE

On remarque, que malgré l'augmentation des passages, le taux d'hospitalisation décroît en passant de 44% à 38% entre 2006 et 2016. Dans ces hospitalisations, l'âge moyen a augmenté, passant de 60,6 années à 67,6 en 2016.



Depuis l'informatisation des données aux urgences de Périgueux, le nombre de passages a augmenté de 12 % en 10ans , avec une évolution par année fluctuant de -3 % à + 4,7 % .

3) LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN DORDOGNE

A. La démographie en Dordogne

La Dordogne compte 418 200 habitants, pour une superficie importante de 9060 km².

Au 1^{er} janvier 2015 la population âgée de moins de 24 ans représentent 23.9% de la population totale du département, les 25-59 ans représentent 41.8% et les personnes ayant 60 ans ou plus représentent 34.3% de la population dont 13.6% ont au moins 75 ans. La moyenne française est de 24.5% pour les 60 ans et plus dont 9.1% de plus de 75 ans.(24)

D'après les relevés de l'INSEE la Dordogne est à la troisième place des départements ayant la population la plus vieille de France.

B. La démographie médicale

1. Généralités

La démographie médicale est l'étude des populations médicales visant à connaître leur effectif, leur composition par âge, sexe, statut matrimonial, etc. et leur évolution future.

Elle utilise les informations statistiques fournies par les recensements et l'Etat, mais les données brutes, notamment celles des fichiers de l'Ordre des médecins et du ministère de la Santé ne suffisent pas à rendre compte de l'offre de soins réelle (25).

Ainsi, afin d'améliorer la gestion en matière de démographie médicale, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) est créé par le décret du 19 juin 2003, modifié en 2010 (26).

2. La désertification médicale : un enjeu.

En France, la densité médicale est actuellement équivalente à celle des pays de l'OCDE (3,3 médecins pour 1 000 habitants)(27).

Néanmoins, la situation n'est pas rassurante, en effet plusieurs éléments inéluctables vont conduire à des difficultés de qualité et d'accès aux soins de plus en plus marqués :

- baisse de la densité médicale prévue jusqu'en 2020, du fait des 45% des médecins ayant plus de 55ans, alors que se présente un accroissement des demandes de soins dans une population de plus en plus nombreuse et âgée (28) ;
- déséquilibre de l'implantation géographique des médecins : 8 % de la population française souffre d'une faible accessibilité au médecin généraliste, estimée à moins de 2,5 % consultations par habitant et par an (29) . Les zones sous-médicalisées concernent principalement les communes rurales des grands pôles et les communes isolées.

En 2011, l'accès géographique aux médecins généralistes était globalement satisfaisant : plus de 99% de la population avait accès à un médecin généraliste en moins de 15min de trajet (30). Néanmoins, une étude plus approfondie de la DREES (31) s'était penchée sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine.

Ainsi :

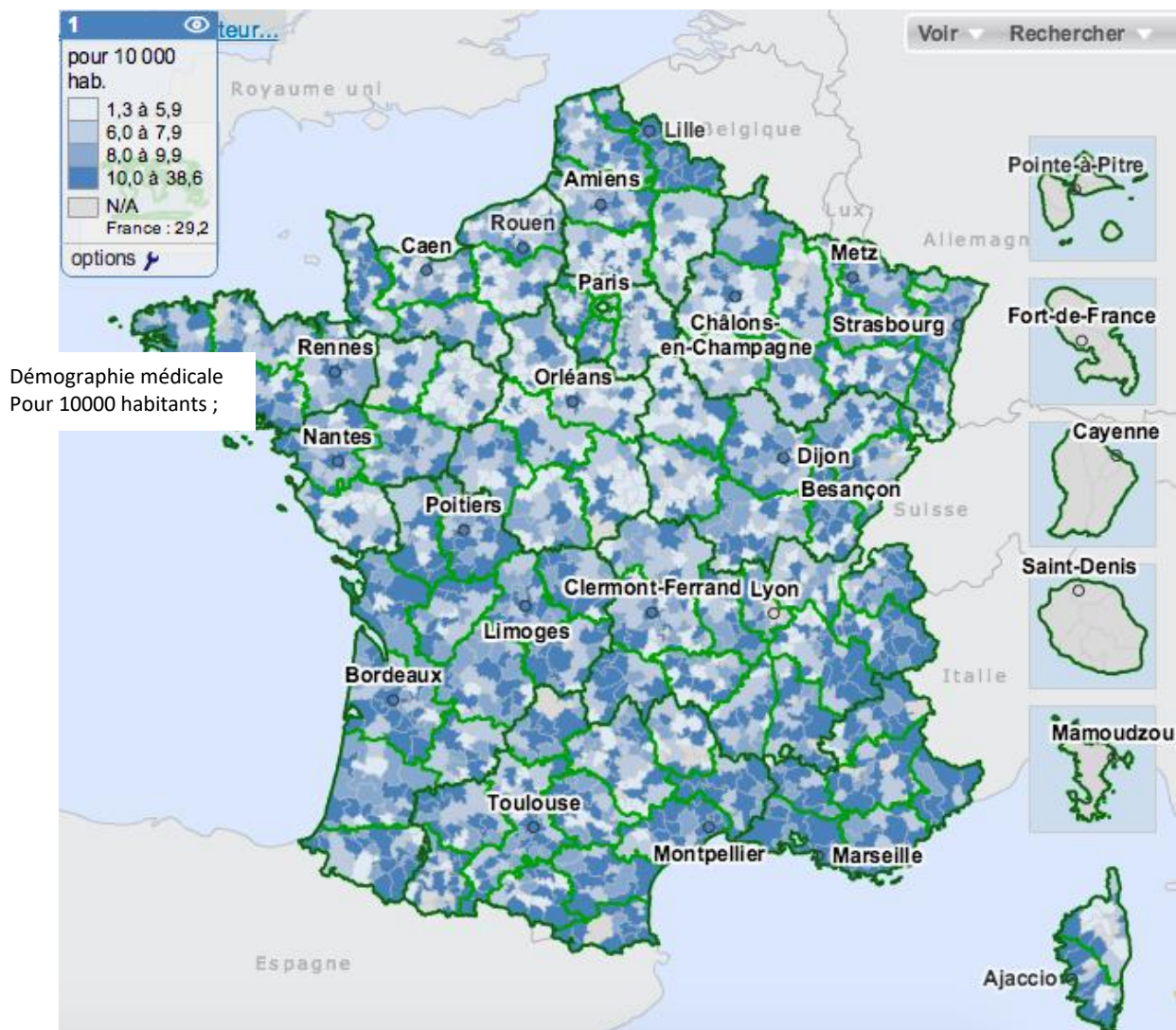
- À l'échelle des bassins de vie, les médecins généralistes libéraux sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires.
- Les médecins généralistes de moins de 40 ans ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères.
- Pour les médecins généralistes libéraux, 90 % des inégalités de répartition entre les bassins de vie s'observent au sein d'une même région et seulement 10 % des inégalités sont interrégionales.

Avec le départ en retraite des plus de 55ans, le risque de voir se creuser les inégalités de répartition sur le territoire est majeur.

3. La démographie médicale de la médecine générale

a. En France

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 8,4% des effectifs depuis 2007. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière(32).



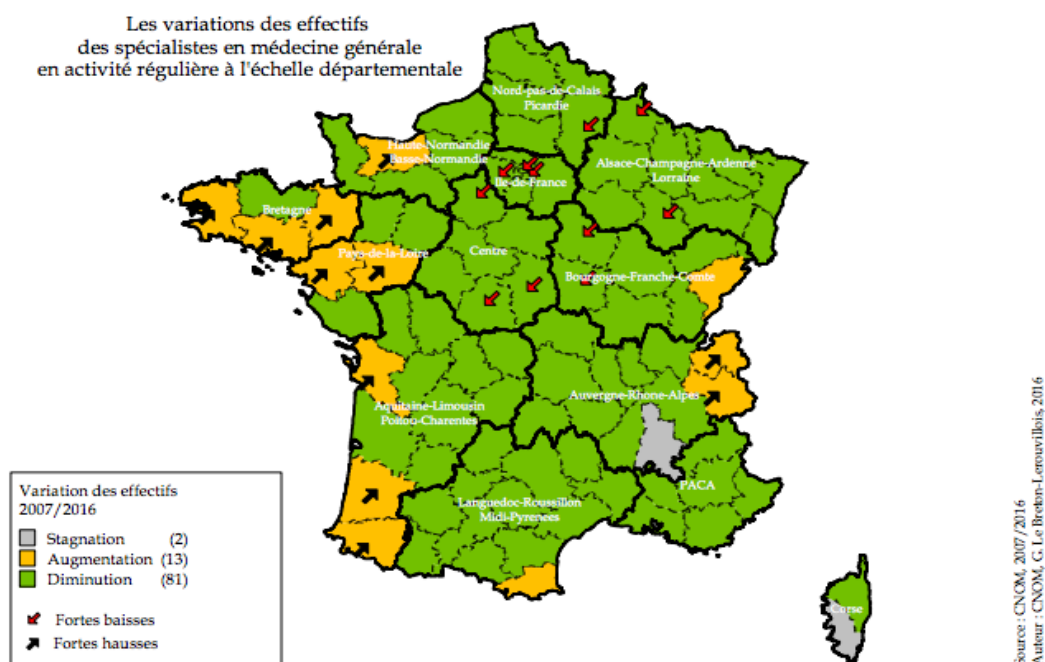
Densité des médecins spécialistes en médecine générale. Source Cartographie Interactive de la Démographie médicale, 2016.

b. En Dordogne

Au 31 août 2016, 362 cabinets de médecins généralistes libéraux sont répertoriés sur la Dordogne tenus par 356 médecins généralistes libéraux. En équivalent temps plein, cela correspondait à 346,7 médecins généralistes exerçant au 31 août 2016 (33).

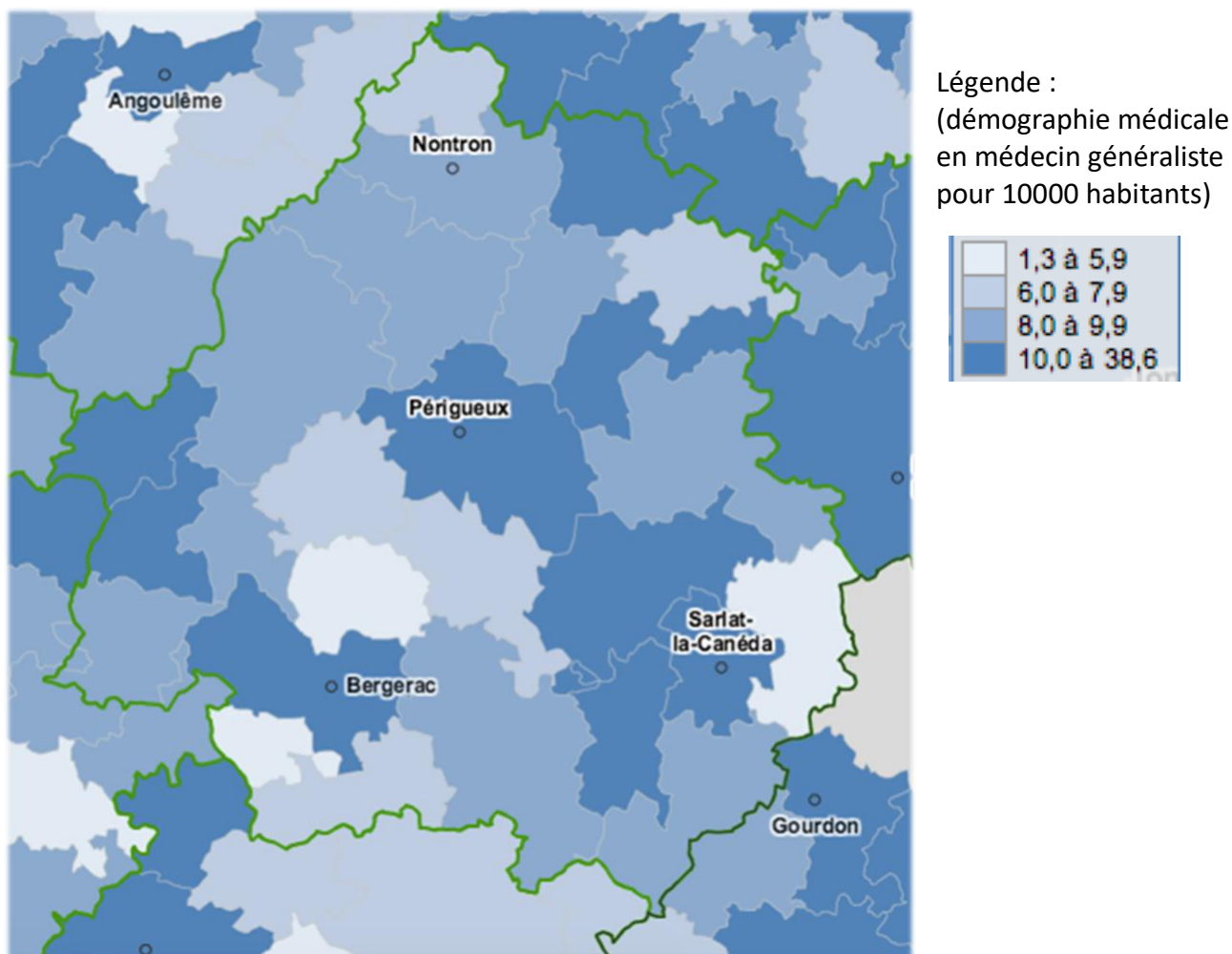
Globalement, l'offre en médecins généralistes libéraux est déficitaire en Dordogne avec une densité de 87 pour 100 000 habitants (103 pour 100 000 habitants pour la région). 35 % sont âgés de 60 ans ou plus, comparativement à 30 % en Nouvelle- Aquitaine et 32 % en France métropolitaine (34) .

Entre 2007 et 2015, la Dordogne a présenté une baisse significative des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière : sur la période 2007/2015, la variation des effectifs médicaux en activité régulière est de -9,5%. Ainsi, 95 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes. Le bassin de vie de Mareuil enregistre la plus forte baisse des effectifs avec -80% d'effectif.(35)



Variations des effectifs de spécialistes en médecine générale en activité régulière à l'échelle départementale. Source CNOM 2016.

A l'intérieur du département de la Dordogne, la démographie médicale varie énormément en fonction des territoires. Ainsi, la démographie médicale du Grand Périgieux est de 20,8 médecins généralistes pour 100000 habitants, alors que pour la communauté de communes du Pays de Villamblard, elle n'est que de 3,5 médecins généralistes pour 100000 habitants, bien en deça du taux moyen français.



Démographie médicale des médecins généralistes en Dordogne en 2016
selon les territoire de garde

4) OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ainsi, nous notons une augmentation des passages aux urgences d'une part, et d'autre part une diminution de la démographie médicale en médecine générale d'autre part. Il serait donc facile

de conclure à une relation entre ces deux constats, mais nous manquons d'éléments objectifs pour y répondre.

En conséquence, nous avons réalisé une étude pour évaluer l'impact de la démographie médicale sur les passages aux Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux.

A. Objectif principal

Déterminer si il existe une relation entre démographie médicale et les modalités de passage des patients aux urgences.

B. Objectif secondaire

Déterminer les caractéristiques de ces patients : âge, mode de venue, distance parcourue, la gravité, et leur devenir.

II. MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude et période de recueil

Il s'agissait d'une étude prospective, épidémiologique, descriptive et analytique, menée à l'aide d'un questionnaire rempli par le personnels faisant l'admission des patients aux urgences de Périgueux puis le médecin le prenant en charge.

Le recueil a eu lieu du 17 octobre 2016 8h00 au 30 octobre 2016 minuit. Période hors vacances scolaires pour éliminer le facteur touristique, important dans le département de Dordogne.

2) Population de l'étude

Les critères d'inclusions étaient : tous les patients plus de 18 ans consultants aux urgences de Périgueux durant la période de recueil.

Les critères d'exclusion étaient : les enfants de moins de 18ans, les patients reconvoqués pour avis.

3) Technique de recueil

Le recueil s'est effectué à l'aide d'un questionnaire en deux parties (**cf. Annexe**).

La première partie était remplie par les admissionnistes le jour et les infirmiers d'accueil la nuit.

La seconde partie était remplie par le médecin qui prenait en charge le patient.

4) Ethique

Les questionnaires ont été remplis après consentement éclairé.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données ont été rendues anonymes avant traitement informatique.

5) Analyse statistique

Les réponses au questionnaire papier ont été transformées en variables numériques et données qualitatives afin d'être reportée sur un fichier Excel.

Les données ont été ensuite analysées avec l'aide du Docteur Sébastien BOUTREUX de l'unité de recherche clinique du CH-Périgueux.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi-Info 7.2.1.0.

Dans un premier temps, une analyse descriptive simple des variables étudiées a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon.

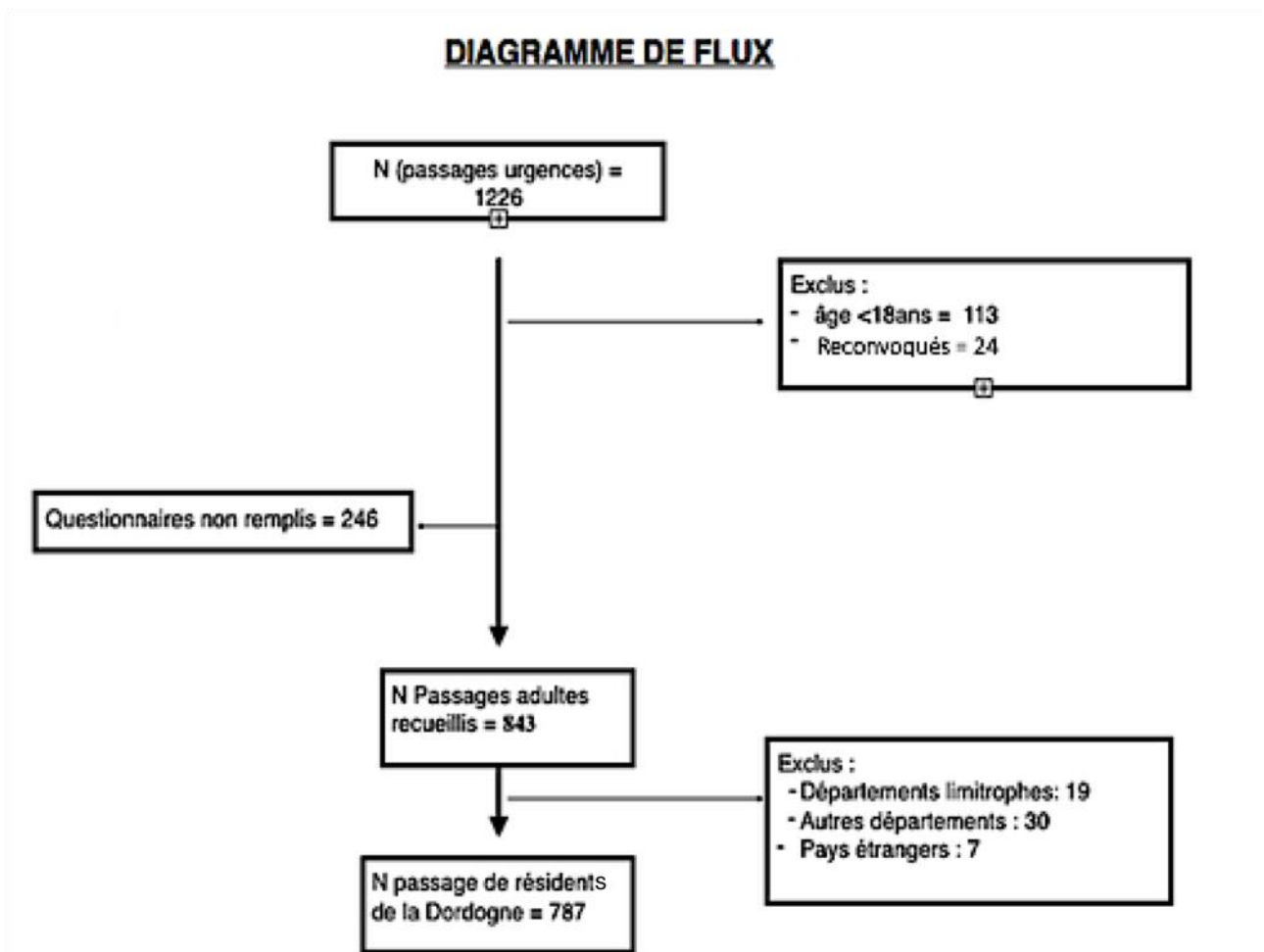
Dans un deuxième temps, une analyse comparative des variables, au moyen de tests statistiques de Chi2 pour les variables qualitatives a été effectuée sur l'échantillon de population ayant une domiciliation en Dordogne.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests a été fixé à 5 %.

Les variables avec plus de 20 % de non renseigné n'ont pu être utilisées, soit les informations concernant la caisse de sécurité sociale ou la présence de mutuelle

III. RESULTATS

1) Diagramme de flux



2) Analyse statistiques

A. Analyse descriptive

Caractéristique de la population

Item	Données, nombre de patient (%), n=787
Age	60ans (médiane)
Femme (moyenne)	59,5 ans (+/- 24,05)
Homme (moyenne)	53,9 ans (+/- 22,7)
Sexe	
Femme	386 (49)
Homme	401 (51)
Devenir	
Hospitalisation	221 (28)
Retour à domicile	432 (55)
Reconvoqué au lendemain	10 (1,2)
UHTCD	100 (13)
Transfert secondaire	5 (0,5)
Décès	1 (0,1)
Non renseigné (NR)	18 (2,2)
Heure de passage	
0h à 8h	56(7)
8h à 20h	643 (82)
20h à 0h	88 (11)
Médecin traitant déclaré	
Oui	721 (92)
Non	57 (7)
Ne sait pas	9 (1)
A prévenu	
Transfert d'un autre établissement	31 (4)
15	245 (31)
Médecin généraliste	245 (31)
Venue spontanée	266 (34)
Transport	
Police/centre pénitencier	13 (1,7)
Moyens poersonnels	354 (45)
SMUR	24 (3)
VSAV ou ambulances privées	396 (50,3)

Caractéristique de la population (suite)

Item	Données, nombre de patient (%), n=787
Démographie médicale du domicile	
1 : ≤6MG/10000hab	45 (6)
2 : Entre 6 et 8 MG/10000hab	230 (29)
3 : Entre 8 et 10MG/10000hab	107 (14)
4 : >10MG/10000hab	405 (51)
Distance domicile/hopital (en kilomètres)	
1 : entre 0 et 15	333 (42)
2 : supérieur à 15 jusqu'à 30	166 (21)
3 : > 30 jusqu'à 50	197 (25)
4 : > 50	91 (12)
Secteur d'urgences	
Circuit court	192 (24)
Consultation médicale	91 (11,5)
Box	446 (57)
SAUV	37 (5)
Urgences gynécologiques	3 (0,5)
Parti sans attendre	18 (2)
Score CCMU	
P	29 (4)
1	103 (13)
2	441 (56)
3	170 (21,5)
4	21 (3)
5	5 (0,5)
NR	18 (2)

Il y avait autant d'homme que de femme et l'âge médian était de 60ans.

La passages des patients se sont fait à 82% entre 8 et 20h, en heures dites ouvrables.

66% des patients ont eu un contact médical avant de venir aux urgences de Périgueux, tandis que 34% sont venus spontanément.

La moitié des patients étaient issu de la démographie médicale forte pour le département (51% issu d'une démographie médicale > 10MG/10000hab).

Les patients sont domiciliés pour 42% à une distance inférieure à 15km, 21% entre 15 et 30km, 25% entre 30 et 50km 12% vivent au-delà de 50km.

Après leur entrée, ils ont été pris en charge, en fonction du tri de l'infirmière pour 24% au circuit court, 11,5% en consultation médicale, 57% dans les box, 5% en SAUV.

Le score de gravité CCMU le plus fréquent est le CCMU 2 (56%) pour l'ensemble des passages adultes.

B. Analyse comparative : influence de la démographie médicale

La démographie médicale en médecin généraliste (DMMG) dont les patients sont issus sera classée en 2 groupes (groupe 1 et groupe 2) ou 4 sous- groupes (1,2,3,4) :

Groupe 1 <8 médecins généralistes pour 10000 habitants (MG/10000hab) = faible DMMG	Groupe 2 > 8 médecins généralistes pour 10000 habitants (MG/10000hab) = forte DMMG
1: ≤6 MG/10000hab 2 : Entre 6 et 8 MG/10000hab	3 : Entre 8 et 10MG/10000hab 4 : >10MG/10000hab

La distance domicile/urgences sera classée en 2 groupes (loin et proche) et 4 sous-groupes (a,b,c,d) :

Groupe proche	Groupe loin
a : <15km b : entre 15 et 30km	c : entre 30 et 50km d : > 50km

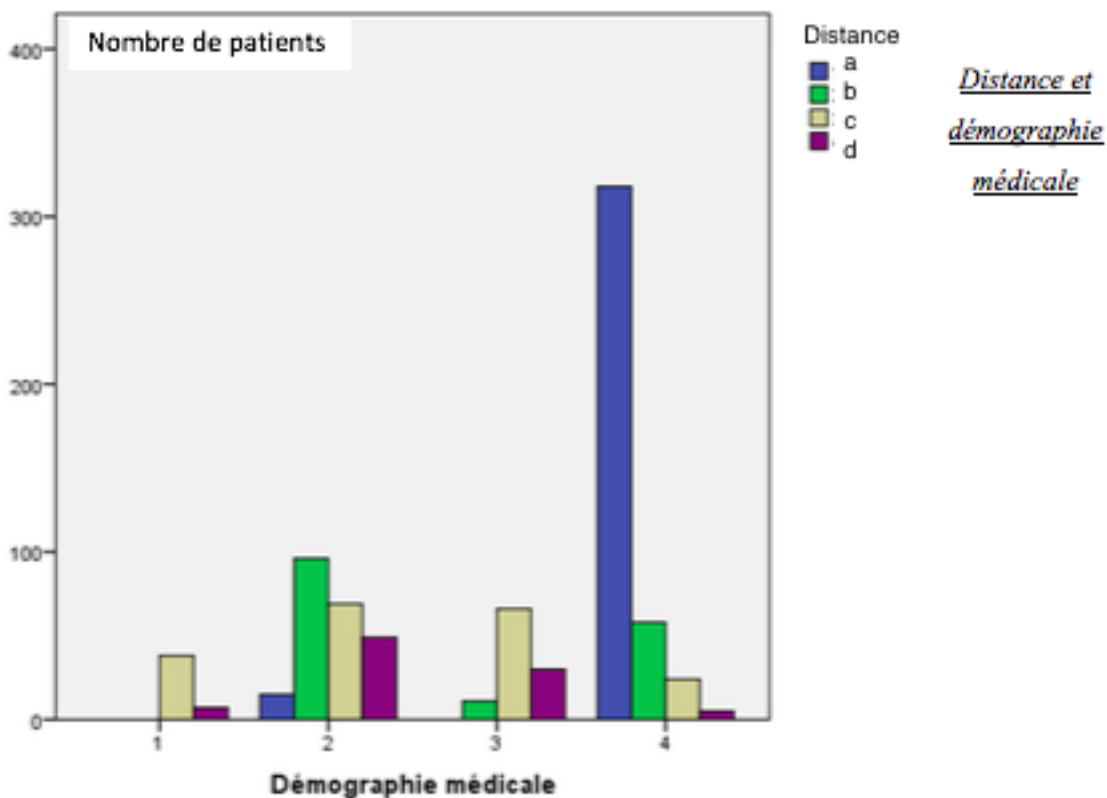
Le score de gravité à l'entrée, la CCMU a été regroupée en :

CCMU 1 et 2	Non grave
CCMU 3	Intermédiaire ou stable
CCMU 4 et 5	Grave ou instable
CCMU P	Psychiatrique

1. Démographie médicale et distance par rapport aux urgences

Démographie médicale	Distance domicile/hopital				Total
	a	b	c	d	
< 6	0	0	84,4% (38)	15,6% (7)	45
6 ≤ DM < 8	6,5% (15)	42,2% (97)	30% (69)	21,3% (49)	230
8 ≤ DM < 10	0	10,3% (11)	61,7% (66)	28% (30)	107
DM ≥ 10	78,5% (318)	14,3% (58)	5,9% (24)	1,3% (5)	405
Total	333	165	197	91	787

Les patients provenant des zones de faible densité médicale, vivent aux distances les plus éloignées de l'hôpital soit > 30 km (p=0,001).



Les patients issus des zones à démographie médicale > 10MG/10000hab étaient 78,5% à vivre à moins de 15km de l'hôpital.

2. Démographie médicale et type de jour

Démographie médicale	Type de jour							Total
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
1	13,3% (6)	11,1% (5)	17,8% (8)	17,8% (8)	6,7% (3)	20% (9)	13,3% (6)	100% (45)
2	19,1% (44)	14,8% (34)	12,2% (28)	12,6% (29)	13% (30)	17% (39)	11,3% (26)	100% (230)
3	12,1% (13)	16,8% (18)	12,1% (13)	11,2% (12)	22,4% (24)	11,2% (12)	14,% (15)	100% (107)
4	13,1% (53)	15,6% (63)	15,6% (63)	11,6% (47)	15,3% (62)	14,8% (60)	14% (57)	100% (405)
TOTAL	14,7% (116)	15,3% (120)	14,2% (112)	12,2% (96)	15,1% (119)	15,3% (120)	13,2% (104)	100% (787)

La démographie médicale n'a pas d'influence sur les jours de passage aux urgences ($p = 0,4479$).

3. Démographie médicale et heure de passage

Démographie médicale	Heure de passage			Total
	0h-20h	8h-20h	20h-0h	
1	8,89% (4)	84,44% (38)	6,67% (3)	100% (45)
2	5,65% (13)	83,91% (193)	10,43% (24)	100% (230)
3	6,54% (7)	83,18% (89)	10,28% (11)	100% (107)
4	7,90% (32)	79,75% (323)	12,35% (50)	100% (405)
TOTAL	7,12% (56)	81,70% (643)	11,18% (88)	100% (787)

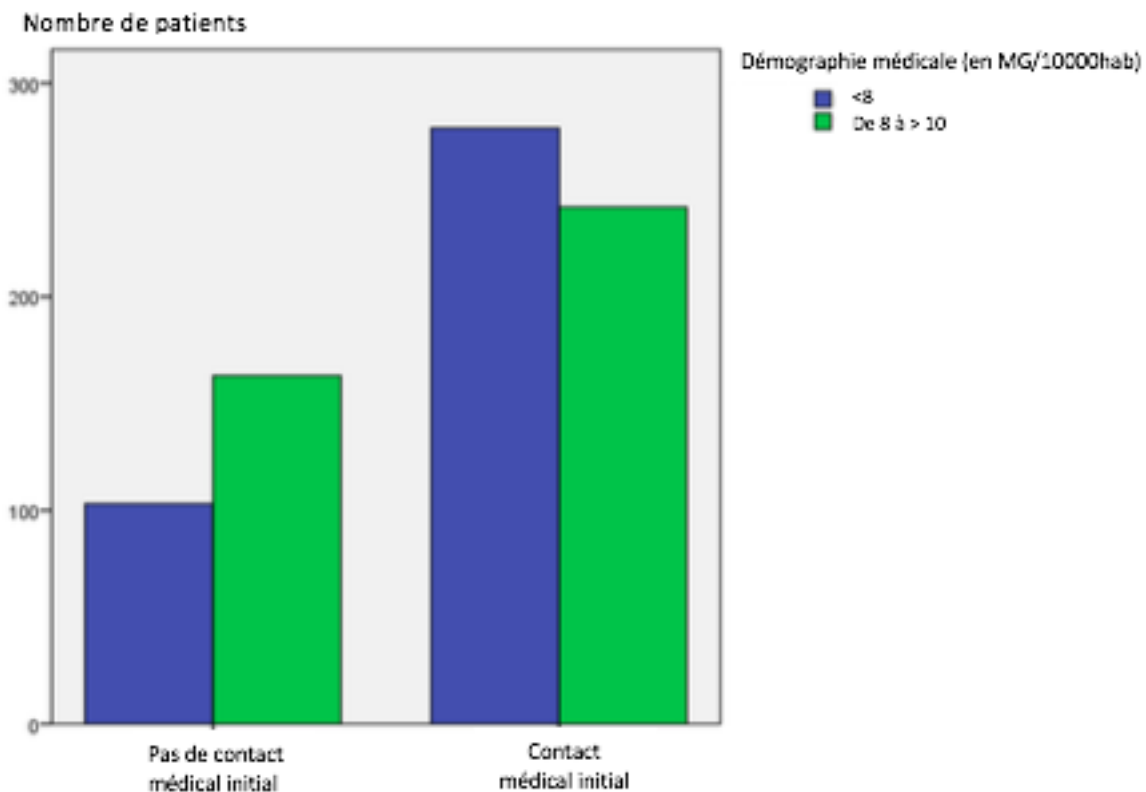
La démographie médicale n'a pas d'influence sur l'heure de passage aux urgences ($p=0,7845$).

4. Démographie médicale et âge des patients

		Moyenne d'âge
Démographie médicale (MG/10000hab)	>8	55ans
	<8	63ans
Distance	< 30km	57ans
	> 30km	63ans

Les patients venant de plus loin et des zones de faible densité médicale pour le département sont aussi des patients plus âgés (63ans vs 57ans et 63ans vs 55ans).

5. Démographie médicale et recours médical initial



Les contacts médicaux initiaux correspondent à un contact avec le 15, un médecin généraliste et les transferts d'un autre hopital. Pas de contact médical initial correspond aux patients venus d'eux-mêmes.

Il y a plus de patients venus sans contact médical initial dans les zones de forte démographie médicale qu'à faible démographie (61,3% vs 38,7%, $p < 0,001$).

6. Démographie médicale et déclaration du médecin traitant

		Démographie médicale				Total
		1	2	3	4	
Médecin traitant	Non déclaré	0,0% (0)	4,8% (11)	1,9% (2)	10,9% (44)	7,2% (57)
	Déclaré	100,0% (45)	94,3% (217)	96,3% (103)	87,9% (356)	91,6% (721)
	Non renseigné	0,0% (0)	0,9% (2)	1,9% (2)	1,2% (5)	1,1% (9)
	Total	100,0% (45)	100,0% (230)	100,0% (107)	100,0% (405)	100,0% (787)

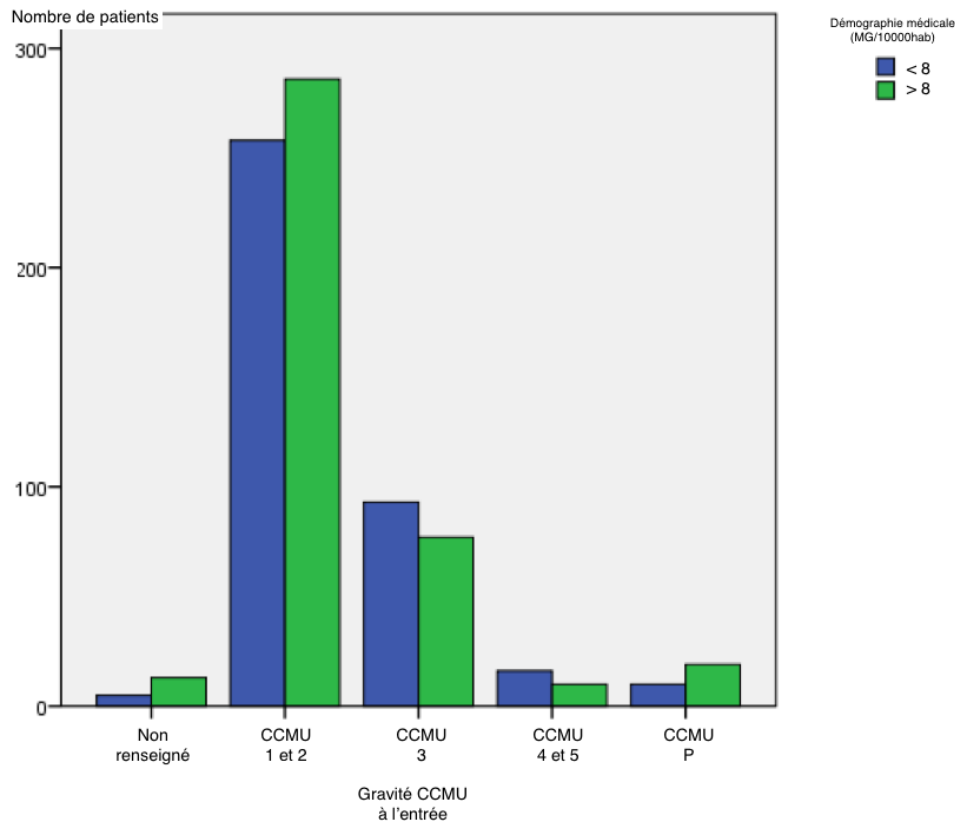
Il est intéressant de noter que plus la densité médicale est forte, plus le taux de déclaration de médecin traitant est bas. 10,9% des patients issus d'une démographie médicale supérieure à 10MG/10000hab n'ont pas de médecin traitant déclaré contre 4,8% dans les zones de moins de 8MG/10000hab et encore plus 0% dans les zones inférieure à 6MG/10000hab ($p < 0,001$).

7. Démographie médicale et mode de transport d'arrivée

		Démographie médicale				Total
		1	2	3	4	
Mode de Transport	Police/ centre pénitencier	0% (0)	0,9% (2)	0% (0)	2,7% (11)	1,7% (13)
	Moyens personnels	37,8% (17)	40,9% (94)	38,3% (41)	49,9% (202)	45% (354)
	SMUR	2,2% (1)	4,3% (10)	3,7% (4)	2,2% (9)	3% (24)
	VSAV ou ambulances privées	60% (27)	53,9% (124)	57,9% (62)	45,19% (183)	50,3% (396)

Les transports ambulances/VSAV sont plus fréquents en fonction de la moindre densité démographique (60% vs 45,2%, $p = 0,0355$).

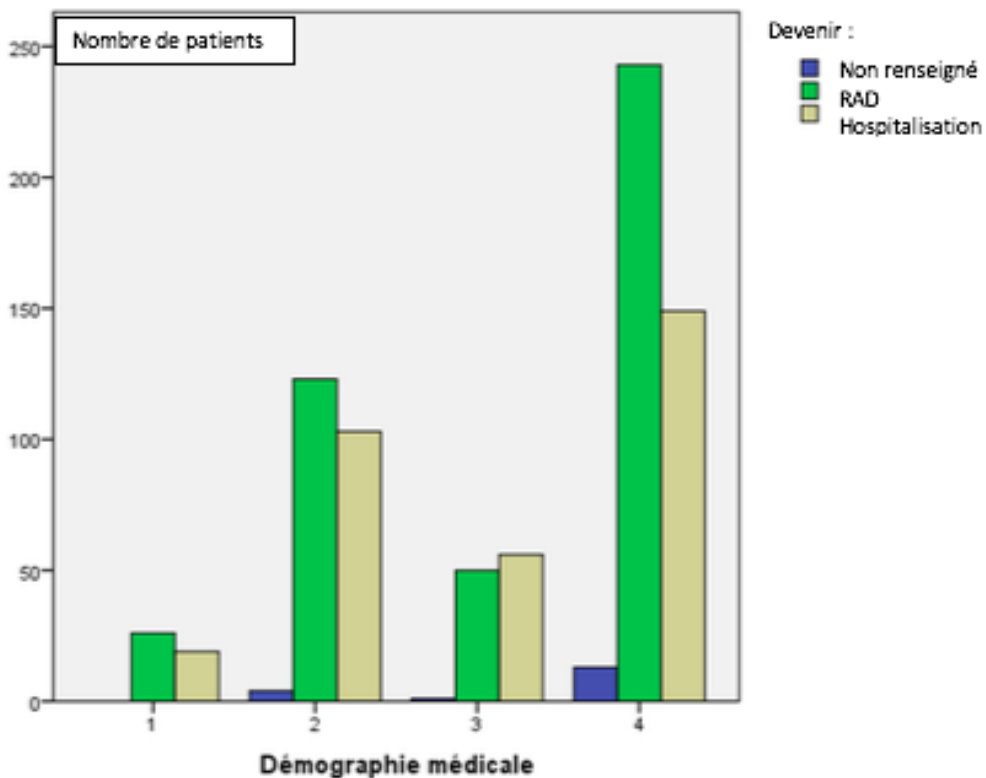
8. Démographie médicale et gravité à l'entrée



Proportionnellement, il y a plus de patients graves chez les patients issus des démographies médicales les plus faibles. Ainsi, 24,3% en zone faible contre 19% en zone forte sont CCMU 3, et 4,2% patients des zones faible contre 2,5% des zones fortes sont CCMU 4 et 5 ($p = 0,04$).

9. Démographie médicale et devenir

		Non renseigné	RAD	Hospitalisé	Total
Démographie médicale	1	0 0,0%	26 57,8%	19 42,2%	45 100,0%
	2	4 1,7%	123 53,5%	103 44,8%	230 100,0%
	3	1 0,9%	50 46,7%	56 52,3%	107 100,0%
	4	13 3,2%	243 60,0%	149 36,8%	405 100,0%
Total		18 2,3%	442 56,2%	327 41,6%	787 100,0%



Il y a plus de retour à domicile (RAD) que d'hospitalisation dans une population à démographie médicale de plus 10MG/1000hab (243 vs 149, $p=0,015$). A noter néanmoins un pourcentage plus important d'hospitalisation dans les démographies médicales inférieures à 6MG/10000hab (57,8% des patients sont hospitalisés) mais sans différence significative sur le plan statistique.

C. Autres éléments

1. Score CCMU et hospitalisation

En regroupant les CCMU non grave c'est-à-dire CCMU 1 et 2 d'une part, et les CCMU plus graves (CCMU 3, 4 et 5) d'autre part, le groupe non grave est plus souvent orienté vers un retour à domicile qu'une hospitalisation (146 vs 398, $p = 0,001$), alors que les patients du groupe « grave » sont plus souvent hospitalisés (178 vs 18, $p = 0,001$).

2. Contact médical préalable en fonction de leur distance à l'hôpital

Contact médical initial et distance

	Distance < 30km	Distance > 30 km	Total
Contact médical initial	59,3% (296)	78,1% (225)	66,2% (521)
Pas de contact médical initial	40,7% (203)	21,9% (63)	33,8% (266)
Total	100% (499)	100% (288)	100% (787)

Les patients venant de plus de 30km ont tendance à avoir un contact médical initial avant de venir aux urgences (78,1% vs 21,9% , $p < 0,001$).

1 patient sur 3 est venu spontanément aux urgences.

3. Distance et mode de transport d'arrivée

		Distance domicile/hopital		Total
		Distance < 30km	Distance > 30km	
Transport d'arrivée	Police/pénitencier	2,2% (11)	0,7% (2)	1,7% (13)
	Moyens personnels	50,7% (253)	35,1% (101)	45% (354)
	SMUR	2,4% (12)	4,2% (12)	3% (24)
	VSAV ou ambulances privées	44,7% (223)	60,1% (173)	50,3% (396)
Total		499	288	787

Proportionnellement, les patients issus des zones les plus éloignées ont plus recours aux VSAV ou ambulances privées que les patients issus des zones plus proches ($p < 0,001$).

4. Gravité et contact médical initial

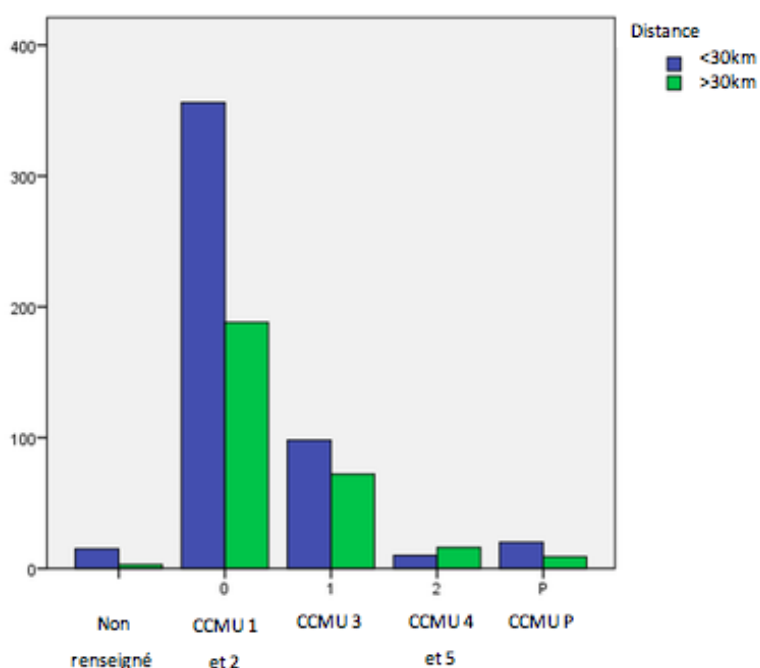
		Contact médical				Total
		Transfert	Appel 15	Médecin généraliste	Aucun	
Score de gravité CCMU	Non renseigné	0	5	4	9	18
	CCMU non grave	22	147	152	223	544
	CCMU intermédiaire	6	70	77	17	170
	CCMU grave	1	16	8	1	29
	CCMU P	2	7	4	16	29
Total		31	245	245	266	787

Les patients graves ont eu un contact médical initial sauf 1 venu directement alors que les non graves sont venus sans contact médical à 50%.

Les patients transférés des autres urgences (Bergerac ou Sarlat) sont pour la plupart des patients non grave.

5. Distance et gravité des patients

Distance et gravité:



En rassemblant les score de gravité en non grave (CCMU 1 et 2), intermédiaire (CCMU3) et grave (CCMU 4 et 5), la proportion de patients graves est plus importante dans le groupe des patients venant de plus de 30km (5,6% vs 2%, p=0,008).

IV. DISCUSSION

1) Points forts de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective de 787 patients sur une période de 15 jours 24h/24, ce qui donne une photographie représentative de l'activité du service.

Cette étude s'intéresse à un phénomène national en posant la question d'accès au soins dans un département à la démographie médicale réduite.

Les critères recueillis sont nombreux et voulus objectifs, notamment le critère de gravité via la CCMU qui se veut être un critère fiable et reproductible (10). Ils ont permis de faire un portrait étendu des caractéristiques des passages des patients aux urgences.

2) Limites de l'étude

Tout d'abord, il s'agit d'une étude monocentrique, limitée aux urgences de Périgueux, alors qu'il existe 3 autres structures d'urgence : Bergerac, Sarlat et la clinique Francheville de Périgueux, ce qui est donc facteur de biais de sélection.

Ensuite, nous avons perdu 20% des données avec 246 questionnaires non remplis, ce qui est un biais de recrutement important et qui montre la difficulté à mettre en place ce genre d'étude dans un service en constante activité, avec plusieurs équipes qui se relaient que ce soient les admissionnistes, les IAO ou les médecins tous relais de ce questionnaire.

Il n'a pas été possible de recueillir suffisamment de données concernant le régime de sécurité sociale et de complémentaire santé, qui auraient pu nous permettre une analyse sociale des patients.

Pour évaluer la densité médicale, nous avons choisi comme marqueur la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins généralistes par habitant selon les territoires de garde. Or ce marqueur est imparfait. D'abord, les patients sont mobiles, et ceux issus d'une zone de faible densité médicale peuvent avoir pour médecin traitant un médecin généraliste dans une zone de forte densité médicale, ou n'étaient pas forcément à leur domicile quand la décision de venue aux urgences a été prise. Ensuite, la densité médicale n'est qu'un reflet de l'activité médicale, en effet il faut prendre en considération le temps de travail des médecins généralistes (temps travaillé, activité mixte) pour pouvoir comprendre l'accessibilité aux soins des patients (29).

3) Impact de la démographie médicale sur les passages aux urgences

D'un point de vue général, la pénurie de médecins généralistes semble être un facteur évident d'augmentation du nombre de passage aux urgences, comme le déclare le Professeur Universitaire le Dr JOSEPH « On voit des médecins surchargés, qui ont de moins en moins de temps médical à accorder au patient. On voit donc, des services d'urgences hospitalières encombrés de gens qui pourraient être soignés chez eux »(36).

Dans notre étude, 35% des patients venaient d'une zone considérée à faible densité médicale pour le département (< 8MG/10000hab), alors que plus de la moitié des passages aux urgences concernaient des patients issus de zones à forte densité médicale, et chez ces patients, 78,5% vivaient à moins de 15km de l'hôpital.

La démographie des médecins généralistes dont est issu le patient n'influe pas sur le jour de passage ni sur les horaires. Ainsi, il n'y a pas plus de passages aux urgences, chez les patients issus des zones de faible démographie en médecins généralistes que chez les autres, et notamment pendant les heures ouvrables 8h-20h, qui sont les heures dites accessibles aux cabinets de ville de médecine générale.

Les patients issus des zones de forte démographie médicale viennent plus directement aux urgences que ceux issus des zones sous-dotés (61,3% vs 38,7%, $p < 0,001$).

Ce sont également les patients issus des zones de forte démographie médicale qui ont le taux de déclaration de médecin traitant le plus bas : 10,9% des patients issus d'une démographie médicale supérieure à 10MG/10000hab n'ont pas de médecin traitant déclaré contre 4,8% dans les zones de moins de 8MG/10000hab et 0% dans les zones inférieure à 6MG/10000hab.

Notre étude démontre que les patients issus des zones sous-dotées sont proportionnellement plus « graves » à l'arrivée aux urgences. En parallèle, chez les patients issus des zones de forte démographie médicale, la moitié des patients sont « non grave » à leur entrée aux urgences.

Cette différence de gravité pourrait faire conclure à une perte de chance des patients venant des zones sous-dotées, mais plusieurs éléments sont à prendre en compte pour mettre en perspective ce résultat. Les patients issus des zones de forte démographie médicale consultent plus aux urgences sans avoir été adressés que ceux issus des zones sous-dotées. Ces derniers, en ayant eu

un contact médical préalable ont été orientés par un médecin et adressés aux urgences en second recours uniquement. Dans sa thèse, BOISHARDY a montré que les patients adressés aux urgences par les médecins généralistes sont généralement plus graves que ceux se présentant spontanément (37). D'autre part, les patients vivant dans des déserts médicaux vivent également plus loin des urgences de Périgueux, mais en se référant à la carte de démographie médicale du département (Annexe 1), ils peuvent avoir plus rapidement accès aux urgences de Bergerac ou Sarlat : ce biais de sélection est un autre facteur, important, qui explique ce résultat.

On pouvait noter également un pourcentage plus important d'hospitalisation dans les zones à démographie médicale inférieure à 6MG/10000hab (57,8% de ces patients sont hospitalisés) mais sans différence significative sur le plan statistique, alors que les patients issus d'une zone à démographie médicale de plus 10MG/1000hab avaient plus tendance à retourner à domicile après leur passage et ce de façon significative ($p=0,015$). Le plus fort taux de patient « non grave » chez les patients issus des zones de forte densité médicale peut expliquer ce résultat, tout comme le fait que l'éloignement d'une structure hospitalière peut être un facteur d'hospitalisation ajouté.

Enfin, les patients issus des zones de démographie médicale les plus faibles sont les plus transportés via VSAV ou ambulances privées ($p= 0,0355$). Ceci aussi peut découler du fait que ces patients ont plus fréquemment eu recours à un premier contact médical ayant permis un premier tri qui a adressé aux urgences les patients plus graves qui nécessitaient un transport surveillé jusqu'aux urgences. On retrouve aussi que les patients ayant le plus bénéficié d'un transport sont également les patients habitant le plus loin.

4) Des facteurs expliquant l'augmentation des passages aux urgences

Depuis les années 90, et le boom des passages aux urgences, deux hypothèses sont systématiquement mises en avant (11,38,39):

- la modification du comportement des patients, avec la recherche d'une prise en charge globale plus rapide aux urgences.
- le manque d'implication dans l'urgence du secteur libéral.

Notre étude donne quelques éléments pour étoffer ces hypothèses.

A. Modification du comportement des patients des urgences

Le point de vue des professionnels de santé stigmatise le plus souvent le comportement de l'utilisateur des urgences (11). Pour l'Ordre National des médecins, « les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toutes heures pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence », « les besoins exprimés par un patient peuvent être consuméristes et insatiables »(40),

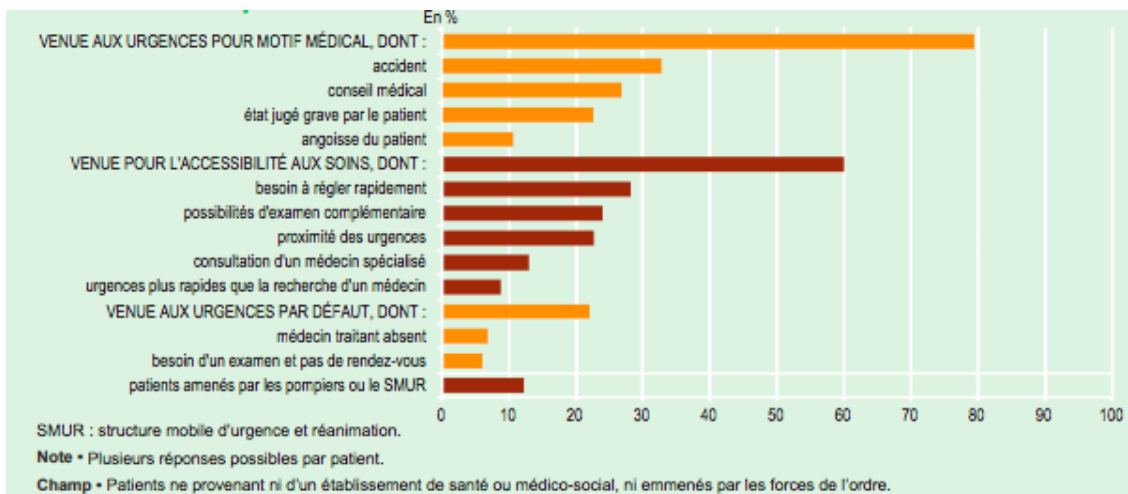
Nous pouvons déjà lire en 1993, dans le rapport Steg que « les services d'urgences sont souvent considérés comme une sorte de supermarché pour examens complémentaires ». Pour Dr Marc GIROUD, ancien Président de l'association Samu-Urgences de France, la culture du « tout, tout de suite » , reflet de l'évolution de la société, exerce une pression croissante sur les services d'urgences (41).

Dans une étude sur le comportements des usagers des urgences, datant de 2002, trois éléments semblaient être déterminant dans leur choix de se rendre aux urgences (13) :

- le sentiment du « niveau de gravité du problème médical »,
- le moment d'apparition des symptômes (heures ouvrables ou non),
- le caractère traumatique de la pathologie et donc la recherche du plateau technique.

Plus récemment, l'étude de la DREES en 2014, recensant dans 734 services d'accueil tous les passages pendant 24h soit 52018 passages (42) permet de mettre en évidence plusieurs facteurs décisionnels pour les patients venant aux urgences:

- le caractère accidentel dans trois cas sur dix,
- suite à un conseil médical dans un cas sur quatre,
- le ressenti : pour deux personnes sur dix, c'est la gravité présumée (« Je pensais que c'était grave ») et, pour une sur dix, l'angoisse («angoissé[e], je ne savais pas où aller »).
- besoin d'un règlement rapide du problème de santé (27 %)
- recherche d'examens complémentaires (23 %)
- proximité géographique (22 %)
- consulter un médecin spécialiste est avancé par 12 % des personnes.
- la prise en charge en dehors des horaires de travail ou « la gratuité » sont rarement mis en avant (respectivement 3 % et 2 %).



Motivation des patients

Source DRESS, enquête Urgences, juin 2013, données statistiques

Certains de ces éléments, retrouvés comme motivation de venue aux urgences chez les patients de l'étude de la DREES 2014, sont mis en évidence de façon objective dans notre étude :

- la proximité géographique : 42% de nos patients vivent à moins de 15km des urgences de Périgueux, et 2/3 à moins de 30km.

- un conseil médical : 66% de nos patients ont reçu un conseil médical au préalable, ce qui est bien supérieur au 37% venant suite à un conseil ou via les pompiers ou SMUR des patients de l'étude DREES 2014.

- la gravité du patient : les éléments subjectifs relevant du ressenti des patients sur leur état de santé n'ont pas été pris en compte dans notre étude, seul le critère de gravité initiale via le classement CCMU était pris en compte et non le motif d'entrée. Dans notre étude, 1/3 des patients (soit 266 patients) venait spontanément aux urgences, parmi eux, 84% (soit 223 patients) étaient considérés comme non grave selon le critère CCMU, sans détail sur le type de prise en charge (post traumatique ou médicale). Une thèse de 2009, réalisée aux urgences de Périgueux, déterminait que le motif principal de consultation spontanée aux urgences était la traumatologie à 60,7% (43), classiquement coté CCMU non grave, ce qui semble supérieur au 30% de l'étude de la DREES.

- la possibilité d'examen complémentaire : il faut rappeler que la CCMU fait entrer le recours aux examens complémentaires dès le stade CCMU 2. Or dans l'étude DREES 2014, la possibilité d'examen complémentaire a motivé plus de 20% des patients. Déjà en 2009, l'un des arguments le plus fréquemment avancé pour les consultations spontanées aux urgences de Périgueux était le besoin d'examens complémentaires (43). Ainsi, les patients CCMU 2 considérés comme « non

graves » ou stables, bénéficient d'examens complémentaires. La question est : ces patients, sachant qu'ils auraient probablement besoin d'une radiographie, ont-ils préféré venir dans un lieu où l'ensemble de la prise en charge pouvait être faite ? Et si ces examens étaient accessibles rapidement en dehors des services d'urgences, les patients seraient-ils allés voir leur médecin traitant ?

D'autre part, patient CCMU 2 n'est pas synonyme de patient relevant de la médecine générale. Ainsi, comme le souligne F. Braun (44), peu de patients relevant simplement de la médecine générale se présentent dans les SU, ce contrairement aux idées reçues et en dehors de certains bassins de population privés de permanence des soins ambulatoires. Par ailleurs, dire qu'un patient n'a pas sa place aux urgences, sans examen médical et sur les simples explications du patient, serait une erreur que ce soit en sur le plan légal, mais surtout sur le plan de la morbi-mortalité.

Dans un article (45) s'appuyant sur la demande principale des patients et l'utilisation d'un triage infirmier préalable, 93 % des patients identifiés « non justifiés » le seraient à tort. Dans une analyse critique de la littérature (46), les auteurs identifient de nombreuses méthodes et critères de classification de patients « non urgents » qui aboutissent à des proportions de 5 à 90 % de ces patients selon les études, témoignant de l'extrême complexité de ces situations, des risques d'erreur et des difficultés à envisager des recommandations pertinentes.

B. L'implication moindre du secteur libéral dans l'urgence ?

L'épisode des grèves des gardes de nuit et de week-end ayant débuté en novembre 2001 et ayant duré plusieurs mois a mis en évidence la réticence de la part des médecins concernant la prise de gardes et de la permanence des soins (47) telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale (48). De ces grèves ont découlé des modifications prise en compte par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (49) qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde et le décret n° 2003-881 (50) qui modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale (51).

Pour l'Ordre National « les praticiens, comme leurs concitoyens souhaitent organiser leurs activités professionnelles afin de disposer de loisirs et d'horaires conformes à une vie personnelle et familiale de qualité. »(40)

Un sondage TNS Sofres de 2013 (52), fait ressortir qu'environ 1 Français sur 2 se rendrait aux urgences car il ne trouve pas de médecin de garde. Par contre, dans l'étude DREES de 2013 (42), l'absence du médecin traitant est citée par seulement 6 % des patients, et 8% déclarent que venir aux urgences est plus rapide que de rechercher un médecin. Les chiffres sont donc très différents.

Peu d'études déterminent spécifiquement la relation de cause à effet entre offre de soins alentour et fréquentation aux urgences. Cette notion est retrouvée dans l'analyse sociologique du professeur Peneff (39), ainsi que dans une analyse statistique, réalisée pour la région Île-de-France, qui retrouve une relation inverse entre la densité des soignants qui exercent en libéral et le recours aux urgences pour des motifs bénins. Cette analyse montrait que la rareté relative d'une offre de soins légers est de nature à augmenter la fréquentation des services d'urgence pour ce même type de besoins (53).

Notre étude, au contraire, met en évidence que les patients des déserts médicaux sont ceux déclarant le plus de médecins traitants et ceux ayant eu le plus recours à un premier contact médical avant de se rendre aux urgences.

De plus, on retrouve que plus de 80% des passages aux urgences se sont fait durant les heures ouvrables (8h-20h) et ce quelle que soit la densité en médecins généralistes de la zone dont est issu le patient. De plus, il n'a pas été possible de démontrer de différence selon la démographie médicale entre le nombre de passages le week-end et la semaine.

Il est donc impossible de conclure que les patients viennent parce qu'ils ne trouvent pas de médecin de garde durant les week-end et heures non-ouvrables. Il semble que le système de permanence de soins permette aux patients d'accéder aux soins et ce même dans les zones sous-dotées.

Néanmoins, en interrogeant patients et équipes des urgences, il est fréquent d'entendre que plusieurs médecins généralistes ont refusé d'être leur médecin traitant car ils n'acceptent pas de nouveaux patients. Une enquête de 2018 corrobore ces faits : 53% des médecins généralistes interrogés déclarent qu'ils refusent de nouveaux patients(54). Ces médecins estiment ne pas pouvoir assumer la charge d'un nouveau patient. Ils ne peuvent combler le manque de médecin et les départs en retraite. De plus les nouvelles générations privilégient un nouveau mode d'exercice (55): des consultations sur rendez-vous uniquement, moins de visites à domicile, une réduction du temps d'exercice. Ces éléments expliquent que les demandes de soins d'urgences et non programmés ne puissent pas toujours trouver de réponse auprès des professionnels de ville.

V. OUVERTURE

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence la désertification médicale comme facteur principal de venue aux urgences. Elle met en lumière des éléments paradoxaux, notamment un plus grand recours au médecin traitant chez les patients issus des zones désertiques contre une plus grande facilité à se rendre directement aux urgences chez les patients vivant proche du CH de Périgueux, bien que la démographie en médecins généralistes soit l'une des plus importantes du département. Il serait intéressant de réaliser cette étude sur l'ensemble des Structures d'Urgences du département : avec Bergerac et Sarlat aux portes des déserts médicaux les plus profonds du département, l'impact de la désertification médicale serait peut-être objectivement mis en évidence.

Enfin, une nouvelle étude centrée sur les patients les plus nombreux de notre étude, qui ont reçu une cotation CCMU 1 et 2 « non graves » pourrait nous permettre de qualifier leur passage et de chercher comment un parcours de soin en ville aurait pu répondre à leurs attentes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
2. Lesigne E. L'urgence et ses représentations: enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2001.
3. Chevallier J.-F. La Vie hospitalière à Paris. Faire face aux urgences. Paris; 1971.
4. Conseil économique et social, Rapport présenté par M. Adolphe Steg. L'urgence à l'hôpital : séances des 11 et 12 avril 1989 /; [Internet]. Paris: Direction des journaux officiels; 1989 [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3320020m>
5. Circulaire N0 DH4B/DGS 1313/ 91. 34. Sect. Journal Officiel de la République Française, mai 14, 1991.
6. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=15832>
7. Collège national des généralistes enseignants (France). Médecine générale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson; 2009.
8. Menthonnex P, Menthonnex E. De la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. SFMU. 2010;
9. Comment reconnaître une Urgence ? - Public - SFMU - Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.sfm.org/fr/public/03>
10. FOURESTIE V, ROUSSIGNOL E, ELKHARRAT D, RAUSS A, SIMON N. Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. 1994. 573-8. (Réan. Urg.; vol. 3).
11. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. Santé Publique. 16(1):63-74.
12. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
13. Kaskas G. Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux. Université de Bordeaux; 2017.

14. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
15. Samu Urgences de France. Paris. FRA. Livre blanc : organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Paris: Samu Urgences France; 2015 p. 48p.
16. La médecine d'urgence [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>
17. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-577 mai 22, 2006.
18. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
19. Braun F. Organisation de la médecine d'urgence en France. Rev Prat. 2015;65:7.
20. Centre Hospitalier de Périgueux - Service Département de médecine d'urgence [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16>
21. DREES. La médecine d'urgence [Internet]. DREES; 2017 [cité 21 juin 2018] p. 127-30. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>
22. Baubeau D, Joubert F, Girard LL. Les passages aux urgences de 1990 à 1998. 1990;8.
23. Berchet C. « Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand ». Doc Trav OCDE Sur Santé [Internet]. 1 août 2015 [cité 3 déc 2017];(83). Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
24. Laurence Martin. La Dordogne à grands traits [Internet]. 2016 [cité 24 sept 2018]. (Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine). Report No.: 21. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908478>
25. Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):74-85.
26. Décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. 2010-804 juill 13, 2010.
27. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE. [Internet]. Paris: OCDE; 2015 [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
28. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et regionales. J Pédiatrie Puériculture. juill 2009;22(4-5):245-53.

29. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? mai 2017 [cité 31 août 2018];(17). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
30. Coldefy, and al. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitain. 2011 p. 8.
31. Barlet M, Collin C. Localisation des professionnels de santé libéraux [Internet]. DREES; [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf
32. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS; 2017 janv p. 323.
33. Schéma accès aux soins de proximité de la Dordogne 2016-2020 [Internet]. Conseil départemental de la Dordogne; 2018 janv [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://www.dordogne.fr/servir_les_citoyens/schema_departemental_d%E2%80%99acces_aux_soins_de_proximite_2016-2020/5-6049/document-e5057a0c-b497-4290-956e-52fe00474291/Le%20dossier%20complet%20Sch%C3%A9ma%20acc%C3%A8s%20aux%20soins%20de%20proximit%C3%A9%20-%202013Mo
34. Diagnostic territorial Dordogne. ARS Nouvelle Aquitaine; 2017 mars. (Pôle Etudes Statistiques et Evaluation).
35. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale En Région Aquitaine - Situation en 2015. 2015 p. 69.
36. Manque de généralistes en ville : « On voit des patients en errance et des médecins surchargés ». SudOuest.fr [Internet]. 19 janv 2018 [cité 29 août 2018]; Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2018/01/18/manque-de-generalistes-en-ville-on-voit-des-patients-en-errance-et-des-medecins-surcharges-4122206-2780.php>
37. BOISHARDY T. Les patients adressés aux urgences par un médecin sont- ils plus graves que les autres ? Angers; 2016.
38. Steg A. La médicalisation des urgences. [Internet]. Paris; 1993 [cité 26 juill 2017]. Disponible sur: <http://documentation.fhp.fr/documents/3746R.pdf>
39. Peneff J. Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale [Internet]. Paris: Editions Métailié; 2000. 192 p. (Sciences Humaines). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-malades-des-urgences--9782864243465.htm>
40. DELGA, GRILLET. L'EXERCICE MEDICAL FACE A LA PERMANENCE DES SOINS [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2001 [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnppermancedessoins.pdf>

41. M. Hirsch, C. Evin, N. BELORGEY, Pr B. RIOU. LES URGENCES : UN SYMPTÔME DES CHANGEMENTS DE LA SÔCIETE ? Chaire Santé Sci Po. 2014;
42. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation [Internet]. DREES; 2014 juill [cité 29 août 2018]. Report No.: 889. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
43. LERIC S. Les consultations aux urgences du centre hospitalier de Périgueux. Pourquoi les patients consultent-ils spontanément? Etude réalisées du 18 juin au 1er juillet 2008 à propose de 366 passages. Bordeaux; 2009.
44. Braun F. Le service des urgences est saturé ! Ann Fr Médecine Urgence. mars 2014;4(2):73-4.
45. Raven M, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs. discharge diagnosis for identifying “non-emergency” emergency department visits. JAMA J Am Med Assoc. 20 mars 2013;309(11):1145-53.
46. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. 1 mars 2011;29(3):333-45.
47. Dupuis C. Permanence des soins : plus rien ne sera jamais comme avant. Le Quotidien du Médecin. 25 juill 2002 [cité 29 août 2018]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2002/07/24/permanence-des-soins-plus-rien-ne-sera-jamais-comme-avant-_369376
48. Article 77 - Permanence de soins - obligations | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>
49. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
50. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 2003-881 sept 15, 2003.
51. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France, Summary. Santé Publique. 2005;17(2):233-40.
52. Les Français et l'hôpital public (mai 2013) [Internet]. Kantar TNS. 2013 [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-lhopital-public-mai-2013>
53. Belorgey N. Pourquoi attend-on aux urgences ?. Un indicateur du New Public Management

aux prises avec la réalité hospitalière. *Trav Empl.* 15 mars 2013;(133):25-38.

54. Gatuso C. La moitié des généralistes refusent d'être médecin traitant de nouveaux patients, selon notre enquête [Internet]. *Le Généraliste*. 2018 [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/03/03/la-moitie-des-generalistes-refusent-detre-medecin-traitant-de-nouveaux-patients-selon-notre-enquete_313999

55. COHEN L, GENISSON C. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. *Sénat*; 2017 [cité 9 oct 2018]. Report No.: 685. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html

VII. ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Projet de thèse : Influence de la désertification médicale en Dordogne sur les consultations aux Urgences de Périgueux

A remplir pour CHAQUE PATIENT

admis aux urgences adultes

Du 17 octobre 8h00 au 30 octobre 2017 minuit

I. PARTIE ADMINIS'

1. A remplir absolument sur cette feuille :

Caisse d'assurance maladie :

Mutuelle :

Adresse Domicile :

.....

2. A-t-il un Médecin traitant :

Oui

Non

3. Avant de venir aux urgences, le patient :

a contacté son **médecin traitant** (téléphone ou visite médicale)

a appelé le **15**

n'a contacté **personne**

4. Le patient est venu :

par ses **propres moyens**

VSAV ou ambulance privée

SMUR

QUESTIONNAIRE

Projet de thèse : Influence de la désertification médicale en Dordogne sur les consultations aux Urgences de Périgueux

A remplir pour **CHAQUE PATIENT**

admis aux **urgences adultes**

Du 17 octobre 8h00 au 30 octobre 2017 minuit

II. PARTIE MEDICALE

Orientation du patient

1- Secteur des Urgences :

- Circuit Court
- Box
- SAUV
- Consultation Médicale

ETIQUETTE PATIENT

2 - Score CCMU (cf annexe sur l'enveloppe):

- CCMU P
- CCMU 1
- CCMU 2
- CCMU 3
- CCMU 4
- CCMU 5

3 - Devenir :

- Transfert secondaire vers CHU
- Hospitalisation
- UHCD
- RAD

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

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