

Université Picardie Jules Verne Amiens

Faculté de médecine

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR EN MEDECINE**

Année 2018

DES de Médecine Générale

n° 193

**ETUDE SUR LE RECOURS DIRECT AUX URGENCES  
HOSPITALIERES, POUR DES ACTES RELEVANT DE LA  
MEDECINE GENERALE LIBERALE, SUR TROIS  
PRINCIPAUX HOPITAUX DE L'OISE**

Présentée et soutenue publiquement le 07/12/2018

Par Charles GUEROT

Né le 27/08/1986 à Compiègne

**COMPOSITION DU JURY**

**Président :** Mr le Professeur Maxime GIGNON

**Assesseurs :** Mr le Professeur Julien MAIZEL

Mr le Professeur Jean SCHMIDT

**Directeur de thèse :** Mr le Docteur Jean-Paul DUCROCQ



A mon président de jury,

**Monsieur le Professeur Maxime GIGNON**  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,  
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.*



A mon juge,

**Monsieur le Professeur Julien MAIZEL**  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Réanimation, médecine d'urgence)

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.*

A mon juge,

**Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT**  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Médecine interne)

*Vous avez accepté de juger ce travail.  
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

A mon directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Jean-Paul DUCROCQ**  
Médecin généraliste – Maître de Stage Universitaire  
(Département de médecine générale)

*Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.  
Je vous remercie pour votre disponibilité et votre dynamisme.  
Votre accueil et vos précieux conseils lors de mon passage dans votre cabinet auront  
beaucoup compté dans ma formation.*



**A Mélanie,**

*Mon amour, pour m'avoir tant soutenu.*

**A Elise,**

*Qui devra très bientôt partager son papa !*

**A ma mère, mes sœurs et mes neveux,**

*Car ils sont une grande source d'inspiration et de motivation, et que je les aime.*

**A mes grands-parents,**

*Parce qu'ils ont toujours été là pour moi.*

**A Emilien,**

*Pour toute l'aide qu'il m'a apporté.*

**A Bénédicte, Sophie, Baptiste, François, Yann, la tribu BMG,**

*Pour leur amitié sans faille depuis, pffiou, longtemps !*

**Aux médecins du cabinet de Béthisy-Saint-Pierre,**

*Qui eux aussi attendaient la concrétisation de ce travail.*

# SOMMAIRE

Liste des cartes et graphiques :	12
Liste des abréviations :	13
<b>Introduction</b>	14
<b><u>I. Prérequis :</u></b>	16
<b>I. 1) Organisation du système de soins primaires en France :</b>	16
I.1.a) Définitions :	16
I.1.b) Le rôle et la place du médecin traitant dans le parcours de soin :	16
I.1.c) Le rôle des services d'urgences :	17
<b>I. 2) La demande de soins dans un contexte d'urgence :</b>	18
I.2.a) La notion d'urgence :	18
I.2.b) Augmentation du recours aux urgences, constats et conséquences :	19
I.2.c) Pertinence ou non du recours aux urgences hospitalières :	21
<b><u>II. Etat des lieux dans le département de l'Oise :</u></b>	23
<b>II. 1) Données démographiques :</b>	23
II.1.a) Caractéristiques de la population :	23
II.1.b) Densité de population :	24
II.1.c) Accès aux services d'urgences :	25
<b>II. 2) Offre de soin en médecine libérale :</b>	26
<b>II. 3) Les structures d'urgences :</b>	27
II.3.a) Hôpital de Beauvais :	28
II.3.b) Hôpital de Compiègne (CHICN) :	29
II.3.c) Hôpital de Creil (GHPSO) :	29
<b>II. 4) La structure Urgences Médecin Oise :</b>	30
<b><u>III. Matériel et méthode :</u></b>	31
<b>III. 1) Recueil des données :</b>	31
<b>III. 2) Critères d'exclusion :</b>	32
<b>III. 3) Analyse statistique :</b>	33



<b>IV. Résultats :</b>	34
<b>IV. 1) Analyse de la population :</b>	34
IV.1.a) sex-ratio :	34
IV.1.b) Age :	34
IV.1.c) Niveau d'étude :	35
IV.1.d) Lieu d'habitation :	36
IV.1.e) Protection sociale :	37
IV.1.f) Suivi habituel :	38
<b>IV. 2) Déterminants du recours aux urgences :</b>	40
IV.2.a) Profil des patients auto-référés :	40
IV.2.b) Raisons du recours direct :	44
<b>IV. 3) Freins ressentis au recours à la médecine libérale :</b>	46
IV.3.a) Evaluation générale de l'accès au médecin généraliste :	46
IV.3.b) Classements des difficultés rencontrées par les patients :	47
<b>IV. 4) Place, effective ou potentielle, d'une structure alternative :</b>	48
IV.4.a) A Creil :	48
IV.4.b) A Beauvais et à Compiègne :	49
<b>V. Discussion :</b>	51
<b>V. A : DE LA METHODE :</b>	51
<b>V. A. 1) Choix des données et sélection des patients :</b>	51
<b>V. A. 2) Réalisation de l'étude :</b>	52
<b>V. A. 3) Limites et biais de l'étude :</b>	53
V.A.3.a) dans l'inclusion des patients :	53
V.A.3.b) dans l'exclusion des patients :	54
V.A.3.c) dans les réponses des patients :	54
<b>V. B : DES RESULTATS :</b>	56
<b>V. B. 1) Profil des patients inclus :</b>	56
<b>V. B. 2) Recours aux urgences au regard des habitudes et du parcours de soin :</b>	57
<b>V. B. 3) Des modalités de recours aux soins primaires différentes selon les bassins de vie :</b>	60
<b>V. B. 4) La question d'une structure alternative :</b>	61

V.B.4.a) Là où elle existe, à Creil avec Urgence Médecin Oise :	61
V.B.4.b) Là où elle n'existe pas, à Beauvais et Compiègne :	61
<b>V. C : DES PERSPECTIVES :</b>	63
<b>V. C. 1) Faciliter la prise de rendez-vous dans son cabinet médical :</b>	63
<b>V. C. 2) Modifier le fonctionnement des maisons médicales de garde :</b>	64
<b>Conclusion :</b>	67
<u>Annexes :</u>	69
Annexe 1 : Questionnaire de Beauvais et Compiègne	69
Annexe 2 : Questionnaire de Creil	75
Annexe 3 : Feuille d'information à destination de l'IOA	80
<u>Bibliographie :</u>	82
<u>Le serment d'Hippocrate :</u>	85



## Liste des cartes et graphiques :

- Graphique 1 : Population de l'Oise par tranches d'âge en 2010 et 2015
- Carte n°1 : L'Oise, un réseau de villes moyennes
- Carte n°2 : Densité de médecins généralistes ayant une activité libérale
- Carte n°3 : Services d'urgences hospitalières (publics) dans l'Oise et à proximité immédiate
- Graphique 2 : Répartition de la population de l'étude en fonction du sexe
- Graphique 3 : Répartition de la population de l'étude en fonction des tranches d'âges.
- Graphique 4 : Niveau d'étude de la population de l'étude, par site.
- Graphique 5 : Taille de la commune d'habitation des patients, par site.
- Graphique 6 : Distance entre domicile du patient et service d'urgences où il consulte, par site.
- Graphique 7 : Régime de protection sociale des patients, par site.
- Graphique 8 : Déclaration ou non d'un médecin traitant, par site.
- Graphique 9 : Attitude en cas de problème de santé et d'absence de médecin traitant déclaré.
- Graphique 10 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, en fonction de l'ancienneté des symptômes.
- Graphique 11 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon le fait d'avoir ou non un médecin traitant déclaré.
- Graphique 12 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon l'âge.
- Graphique 13 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon le niveau d'étude.
- Graphique 14 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, en fonction de la distance entre ce service et le domicile du patient.
- Graphique 15 : Raison du recours aux urgences des patients auto-référés.
- Graphique 16 : Evaluation par les patients de leur accessibilité aux consultations de médecine générale, par site.
- Tableau 1 : Appréciation de l'accessibilité au médecin généraliste, par site.
- Graphique 17 : Proportion des difficultés rencontrées dans l'accès à la médecine générale de ville.
- Graphique 18-1 : Intérêt des patients de Beauvais dans un mode de consultation alternatif.
- Graphique 18-2 : Intérêt des patients de Compiègne dans un mode de consultation alternatif.

## Listes des abréviations :

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

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

GEMSA : Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des urgences

HPST : (loi) Hôpital Patients Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Sciences Economiques

IOA : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

MMG : Maison Médicale de Garde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RDV : Rendez-vous

RN : Route Nationale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

## **Introduction**

Le recours aux urgences hospitalières est en constante augmentation en France depuis plusieurs années, comme le montre les enquêtes successives réalisées par la DREES sur le sujet : le nombre de passages aux urgences en France est passé de 7,2 millions par an en 1990, à 20,3 millions en 2015 avec une augmentation moyenne de 3,5% par an [1] [2].

Ces mêmes études ont établi que la majorité des consultants des services d'Urgences sont dans un état de santé jugé stable et ne relèvent pas de soins urgents [3].

L'engorgement des Urgences qui en résulte est une situation qui pose un problème à tous :

- A la collectivité d'abord, par le surcoût que cela engendre comparé à des actes réalisés en milieu libéral.
- Aux personnels soignants, des services d'urgences bien sûr, médicaux et paramédicaux, confrontés à la surcharge de travail, à l'incapacité de faire celui-ci au mieux, aux incivilités dont ils sont témoins ou victimes.
- Aux patients eux-mêmes, qui se plaignent des délais d'attente et de l'inconfort auxquels ils doivent faire face dans ces services, et cela alors qu'ils croient les fréquenter à bon escient ou qu'ils s'y dirigent faute d'une autre solution (le médecin généraliste libéral étant le plus souvent la seule autre alternative).

Ce constat établi, il deviendrait intéressant de pouvoir réduire le nombre d'admission des patients dont le problème de santé relèverait d'une consultation de médecine générale. Pour cela il paraît essentiel de déterminer les raisons qui ont poussé cette population à venir aux Urgences, et les freins éventuellement rencontrés à l'accès au médecin généraliste.

Cette question prend encore plus d'intérêt dans le département de l'Oise, où la pénurie de médecins généralistes est importante en regard de la moyenne nationale et même régionale, surtout dans certains secteurs géographiques [4] [5].

L'objectif de ce travail est de déterminer les raisons du recours aux urgences hospitalières dans trois grandes villes de l'Oise, en tenant compte des caractéristiques socioéconomiques des populations étudiées, et en regard de l'offre de soin alternative existante à proximité. Dans le même temps, l'étude cherche à évaluer la place occupée par la structure Urgence Médecin Oise (ex-SOS Médecin) dans l'offre de soins dans la région de Creil.

Ces résultats comparés à ceux des publications existantes, pourraient contribuer à l'amélioration de l'organisation future de l'offre de soins dans le département de l'Oise.

## **I. Prérequis**

### **I. 1) Organisation du système de soins primaires en France.**

#### **I.1.a) Définitions.**

Le terme de soins primaires est une adaptation française du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960.

A Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité. [6]

On peut aussi utiliser le terme de « Soins de premier recours », plus facilement compréhensible pour le grand public et qui recouvre l'essentiel de cette définition.

#### **I.1.b) Le rôle et la place du médecin traitant dans le parcours de soins.**

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 [7] instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettront en place le parcours de soins coordonnés

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, selon le besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement.

Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à accès spécifique.

Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des



soins et des services apportés à la population. Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Les missions du médecin généraliste, comme acteur principal des soins de premier recours, sont de nouveau précisées dans la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009 [8] :

- \_ Contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé.
- \_ Orienter le patient dans le système de soin et le secteur médico-social.
- \_ S'assurer de la coordination des soins de ses patients.
- \_ Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections longue durée et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- \_ Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- \_ Contribuer à des actions de prévention et de dépistage.
- \_ Participer à la permanence de soins
- \_ Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles universitaires.

#### I.1.c) Le rôle des services d'urgences.

La mission de la structure des urgences, a été fixée par l'article R 712-65 du code de santé publique issu du décret du 9 mai 1995, relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients : elle se doit d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale.

En plus de cette mission d'accueil, le service des urgences se doit de réguler et coordonner la prise en charge des patients pour les orienter vers les structures, filières et réseaux de soins adaptés et de participer aux missions de prévention, de veille et d'alerte sanitaire (individuelles et collectives).

La charte de médecin de la médecine d'urgence établie en septembre 2003 [9] rappelle cette mission d'accueil, et ajoute à ces services les rôles de régulation et d'orientation des patients au sein des réseaux de soins adaptés, la participation aux missions de prévention, de veille et d'alerte sanitaire, la formation des professionnels de l'urgence, l'évaluation de ses pratiques dans une démarche de qualité ainsi que la recherche en médecine d'urgence.

Elle précise également que « dans une exigence de proximité, les Urgences doivent être organisées et structurées au sein des zones territoriales actuellement définies par les tutelles, pour permettre d'évaluer et de répondre en permanence aux besoins sanitaires hospitaliers de la population concernée par ces zones ».

## **I. 2) La demande de soins dans un contexte d'urgence.**

### **I.2.a) La notion d'urgence.**

DEFINITION :

Définir précisément les situations d'« urgence » est l'une des principales difficultés à laquelle on se retrouve confronter pour définir la prise en charge la plus optimale pour un patient.

Il n'existe en effet aucun consensus pour définir l'urgence.

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), il s'agit de « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital, si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement ».

Il s'agit toutefois d'une définition établie par (et pour) des médecins, et dont le sens et l'interprétation échappe le plus souvent aux patients.

Ainsi, pour ces derniers, se substitue au terme d'« urgence vitale » celui d'« urgence ressentie ». Il s'agit alors de la perception d'un problème de santé nécessitant une prise en charge rapide, et si possible immédiate, et où le caractère de gravité réelle n'est pas pris en compte.

Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués.

## GRADATION :

Contraint par l'augmentation de leur fréquentation à réorganiser leur accueil, les services d'urgences ont développé des échelles de gravité permettant un tri rapide des patients. Ainsi l'échelle CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) tient compte du pronostic vital et des examens complémentaires réalisés, et est classée en 7 niveaux :

- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire, diagnostique ou thérapeutique, à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation

Les 2 derniers niveaux correspondent aux cas psychiatriques et aux décès (CCMU P et CCMU D).

La classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil des Urgences (classification GEMSA) est une autre échelle prenant en compte en plus de la CCMU, l'évolution et l'orientation du patient. Elle n'est donc pas utilisée dans notre étude.

### I.2.b) Augmentation du recours aux urgences, constat et conséquences.

L'augmentation du taux de recours aux urgences hospitalières par des patients auto-référés (s'y rendant de leur propre initiative, sans avis médical préalable) est un phénomène qui touche de nombreux pays.

En France, le nombre de passages aux urgences a augmenté de plus de 50% entre 2000 et 2015 [2].

Aucune cause médicale ne peut expliquer cette explosion des recours aux urgences, les urgences vitales n'ayant pu augmenter de façon aussi importante en l'espace de 15 ans. De plus, la progression la plus forte porte sur les passages non suivis d'une hospitalisation (14,4 millions en 2012, pour 18,4 millions de passage au total) [2], le taux d'hospitalisation étant lui remarquablement stable, autour de 20%, entre 2000 et 2007 [3] [11].

Cette augmentation est donc principalement liée à des recours pour des motifs non urgents, qui, pour la grande majorité, auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet « de ville ».

Deux grandes causes sont mises en avant depuis plusieurs années pour expliquer ce phénomène : d'une part la modification du comportement des usagers (consommérisme, refus d'attente, raisons économiques...), et d'autre part l'insuffisance de l'offre de soin dans le secteur libéral.

On peut ajouter à ceci l'évolution de la médecine d'urgence elle-même, avec la rénovation des services d'urgences et leur plus grande professionnalisation, initiées à la fin du siècle dernier, et qui peuvent contribuer à leur popularité.

Les conséquences de cette surcharge des Services d'urgences sont majeures. On peut notamment citer :

- \_ l'augmentation de la morbi-mortalité des patients [10], avec des exemples de plus en plus souvent médiatisés de décès survenus au sein des Services.
- \_ l'augmentation des délais d'attentes
- \_ l'épuisement des équipes soignantes
- \_ Le surcout pour la société.

Ainsi en 2014 la Cour des Comptes estimait à 500 millions d'euros l'économie que représenterait la réaffectation des seuls patients classés CCMU 1 (dont la prise en charge n'a nécessité aucun acte) vers les consultations de médecine générale en cabinet libéral [12].

### I.2.c) Pertinence ou non du recours aux urgences hospitalières.

L'utilisation de la classification CCMU permet de distinguer, sur des critères médicaux (sans tenir compte de l'urgence ressentie), les patients relevant d'une prise en charge en urgence.

Ainsi la prise en charge des patients classés CCMU 1 ou 2 est considérée comme ne relevant pas de l'urgence, alors qu'ils représentent une très large majorité des admissions dans les services d'urgences. A titre d'exemple, en 2007 Les passages classés en CCMU 1 ou 2 représentaient en Ile de France 91% des admissions, en Languedoc 86%, en Midi Pyrénées 81% [3].

Une étude réalisée en 2004 en région Midi-Pyrénées [13] s'est justement penchée sur les raisons ayant poussé ces patients CCMU 1 ou 2 à consulter aux urgences plutôt que de voir le médecin généraliste libéral. Il en résultait qu'un peu plus de la moitié avait consulté pour de la traumatologie ou petite chirurgie, nécessitant des actes d'imagerie simple et/ou des actes de parages de plaie ou d'immobilisation.

Or, ces activités sont de moins en moins pratiqués dans les cabinets libéraux. Rares sont les cabinets où il est encore possible de réaliser des radiographies standards et où les médecins disposent à la fois de compétences en échographie et d'un échographe... Quant à la suture, elle est de moins en moins pratiquée, pour diverses raisons en rapport avec les spécificités de l'exercice libéral : pas assez de temps à y consacrer, réalisation délicate en étant seul, et d'autant plus avec la nécessité d'assurer une asepsie satisfaisante...

Ces patients ne trouvant pas de médecin généraliste en mesure de les prendre en charge en ville, leur recours aux urgences pouvait se justifier.

Par conséquent, l'utilisation seule de l'échelle CCMU ne peut pas suffire à quantifier la proportion de recours injustifiés aux urgences.

En 2003, la grande étude réalisée par la Drees [1] auprès des usagers des urgences permettait de définir 6 grands « profils » de patients :

- Les usagers qui n'ont pas donné leur avis (19 % des patients) : amenés par le SAMU ou les pompiers, essentiellement les personnes âgées.
- Les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %).

- Les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après un échec des solutions précédentes (15 % des patients).
- Les usagers qui ont recours au service d'urgences comme alternative à la médecine de ville soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin est absent, (14% des patients).
- Les usagers attirés par l'offre du service d'urgence, la spécialisation hospitalière ou le plateau technique (25 % des patients).
- Les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles (4% des patients).

Pour les deux premières catégories de patients (42% du total) l'orientation vers l'hôpital était le choix d'une tierce personne, et le recours aux urgences ne relevait pas d'un choix de « consommation de soin » du patient.

La 3<sup>ème</sup> catégorie comprenait des patients venant d'eux même aux urgences, mais déjà insérés dans un réseau de soins pour le problème qui les amenait (ayant déjà vu leur médecin traitant, ou un médecin spécialiste pour ce problème, mais recourant finalement aux urgences du fait de l'absence d'amélioration sous traitement, d'une récurrence, etc...)

En revanche la question de la pertinence du recours aux urgences hospitalières pouvait se poser pour les catégories 4, 5 et 6. Cela représentait 43% du total des usagers. Cela incluait toutefois les patients se présentant pendant la permanence de soins, c'est-à-dire la nuit et le week-end, pendant les fermetures des cabinets médicaux libéraux.

## II. Etat des lieux dans le département de l’Oise

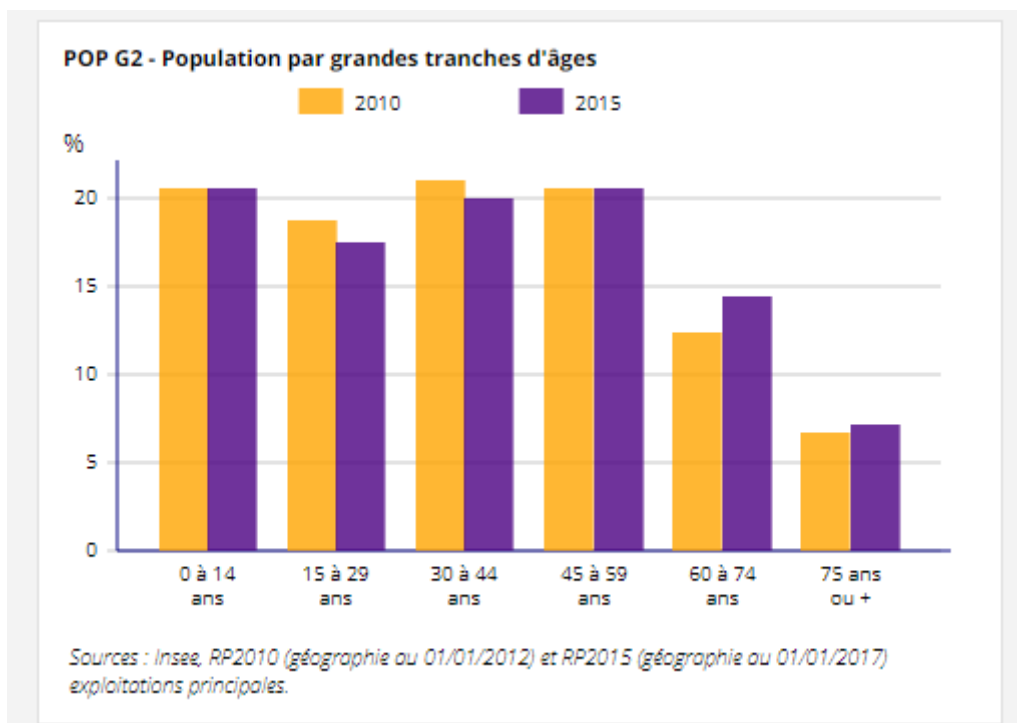
### II. 1) Données démographiques

#### II.1.a) Caractéristiques de la population.

Le département de l’Oise comptait 821 552 habitants au dernier recensement de 2015 [14]

C’est le département connaissant la plus grande croissance démographique au sein de la région Hauts-de-France avec 0,4% de croissance annuelle moyenne entre 2010 et 2015 (0,2% à l’échelle régionale) [15].

Si cette population est plutôt jeune par rapport à la moyenne nationale : 32,1% des habitants ont moins de 25 ans (30,2% au niveau national), elle n’échappe pas au phénomène de vieillissement de la population française : ainsi la part des personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 19,1 à 21,6% dans le département, comme indiqué dans le graphique n°1 [14], ce qui constitue un enjeu pour l’organisation du système de soins.



Graphique 1 : Population de l’Oise par tranche d’âge en 2010 et 2015 [14].

Si le taux de pauvreté (13,4%) est inférieur à la moyenne nationale (14,2%), il cache de grandes disparités entre les territoires. La commune de Creil compte parmi les communes les plus pauvres de France avec un taux à 38,5%, alors que dans d'autres communes situées à proximité ce taux de pauvreté se trouve en deçà de 6% [14].

#### II.1.b) Densité de population.

Le département est découpé en 4 arrondissements : les arrondissements de Beauvais, de Compiègne, de Senlis (intégrant Creil), ainsi que l'arrondissement de Clermont

Ce dernier est situé au centre du département et est le moins peuplé des 4. Il n'est pas pris directement en compte dans cette étude.

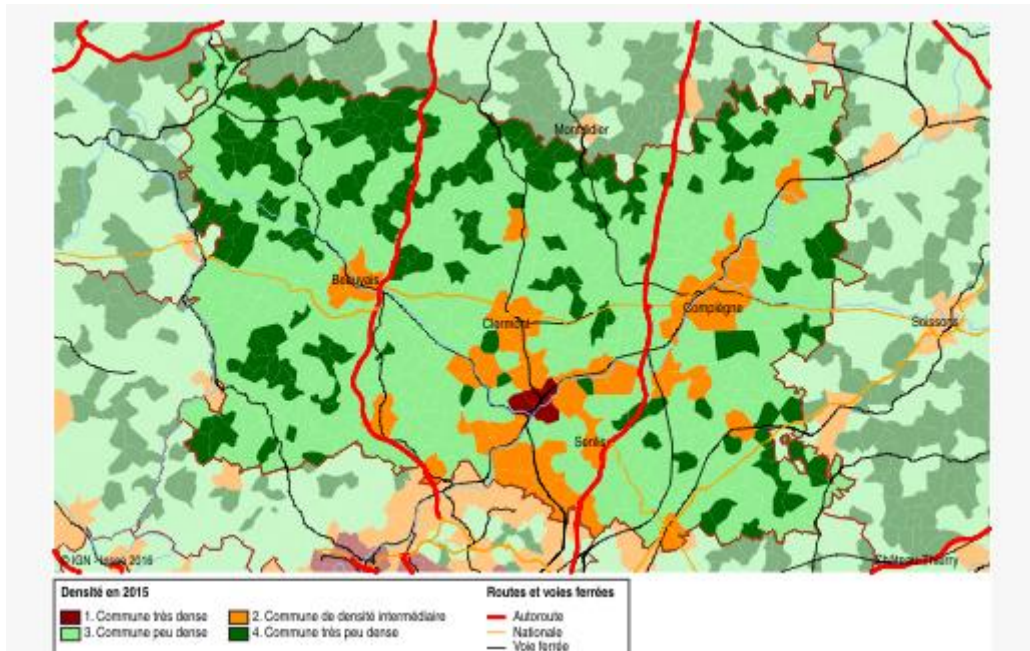
L'arrondissement le plus peuplé en 2015 est celui de Senlis-Creil avec 281 400 habitants. Viennent ensuite celui de Beauvais : 227 650 habitants puis celui de Compiègne : 181 827 habitants [14].

En 2013, 12 communes ont plus de 10.000 habitants. Elles regroupent un tiers de la population isarienne. Avec un peu plus de 55.000 habitants, Beauvais est une ville de taille modeste pour une préfecture.

Un quart des habitants réside, à l'inverse, dans des communes de moins de 1000 habitants.

Les densités de population sont représentées dans la carte n°1 :





Carte n°1 : l'Oise, un réseau de villes moyennes [15]

### II.1.c) Accès aux services d'urgences.

Cette inégale occupation du territoire se répercute sur le recours aux services d'urgence : toutes les grandes villes du département offrent un accès rapide aux soins, tandis que dans les parties plus rurales l'accès au service est moins aisé (carte n°3 de la répartition des services d'urgences).

Le pacte territoire santé lancé par le gouvernement en 2012 visait à garantir pour chaque français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes en 2015 (engagement n°9) [16].

Si c'est le cas dans les arrondissements de Clermont et Compiègne, l'engagement n'a pas été tenu dans les arrondissements de Senlis-Creil et surtout celui de Beauvais, avec, selon les données de l'ARS des Hauts-de-France de 2016, entre 6 et 28,9% des patients à plus de 30 minutes d'un service d'Urgences dans ces territoires [5].

## **II. 2) Offre de soin en médecine libérale.**

Le nombre de médecins généralistes ayant une activité libérale est en nette diminution dans le département. Entre 2007 et 2013 il avait diminué de 8,8% selon les données du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de l'Oise [4].

Ce phénomène semble encore s'accélérer. Alors qu'en 2013 le CDOM prévoyait pour 2017 553 praticiens en activité (2), l'INSEE en recense 514 cette année-là [14].

En parallèle, l'âge moyen de ces médecins ne cesse d'augmenter, s'établissant à 54 ans dans le département en 2013 [4].

La part d'entre eux ayant plus de 60 ans dépasse légèrement les 30%, alors qu'il est de 25,6% à l'échelle nationale la même année, posant la question du remplacement de ces médecins à leur départ en retraite.

Comme pour le reste de la France, la profession se féminise, avec une inversion du rapport pour les moins de 35 ans.

En 2017 la répartition des médecins généralistes libéraux dans l'Oise était la suivante selon l'INSEE :

- 216 médecins dans l'arrondissement de Senlis-Creil.
- 149 médecins dans celui de Beauvais.
- 149 également dans celui de Compiègne.

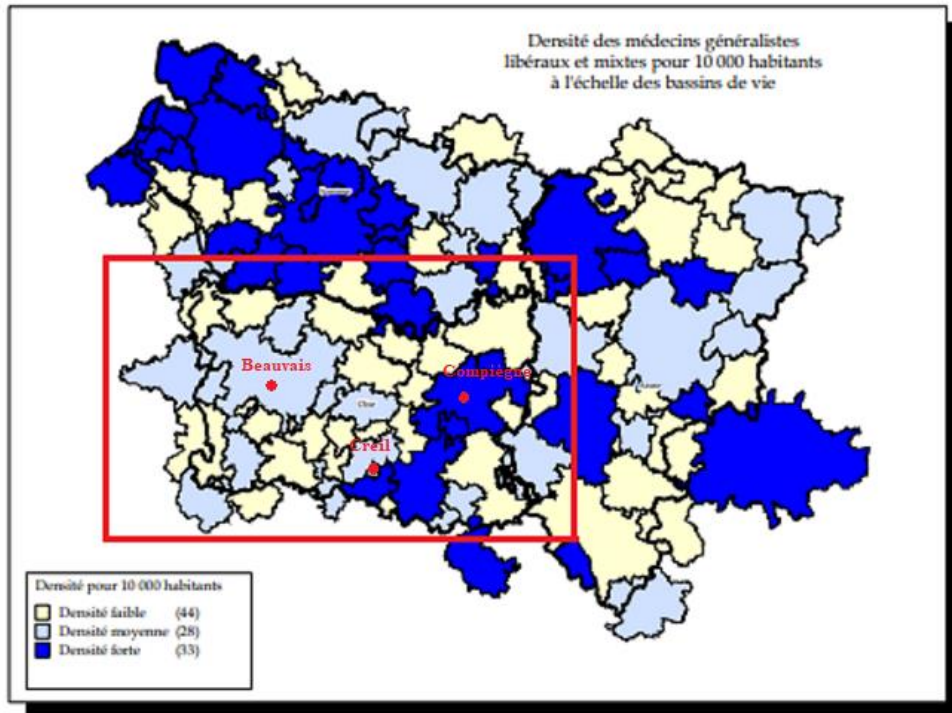
Si l'on rapporte ces effectifs de médecins à la population de chaque arrondissement on obtient :

- 7,7 omnipraticiens pour 10.000 habitants dans l'arrondissement de Senlis-Creil
- 6,5 omnipraticiens pour 10.000 habitants dans celui de Beauvais
- 8,2 omnipraticiens pour 10.000 habitants dans celui de Compiègne.

L'Oise est ainsi le département des Hauts de France le moins pourvus en médecins généralistes, lorsque la moyenne régionale est estimée à 9,3 praticiens pour 10.000 habitants [4]

Les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrant la densité de médecins généralistes à l'échelle des « bassins de vie » dans l'Oise confortent les données évoquées au préalable : les bassins de vie de l'ouest du département présentent une densité de médecins

généralistes libéraux moyenne ou faible. A proximité de Creil ou Compiègne, ces densités sont par endroit plus importantes.

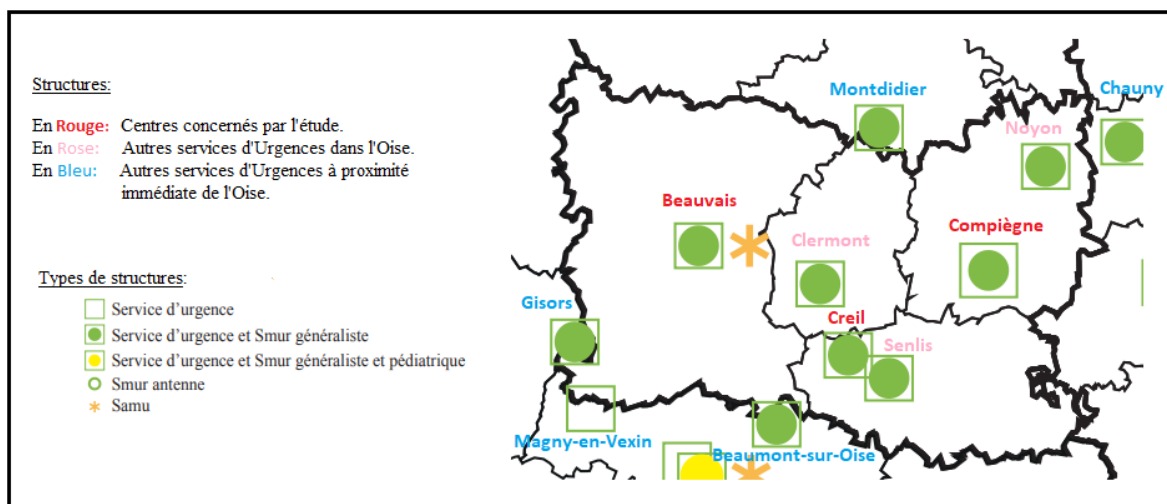


Carte n°2 Densité des médecins généralistes ayant une activité libérale (dans l'encadré rouge le département de l'Oise) [4].

### **II. 3) Les structures d'urgences.**

Notre étude s'est déroulée dans les 3 services d'urgences hospitalières accueillant le plus de patients chaque année dans l'Oise : Beauvais (68609 passages en 2015), Compiègne (70 420 passages en 2016) et Creil (58000 passages par an)

3 autres services d'urgences hospitalières publics sont présents sur le territoire isarien : celui du Centre Hospitalier de Clermont, celui de Senlis (à proximité de Creil) et celui de Noyon (dans l'arrondissement de Compiègne)



Carte n°3 : Services d'urgences hospitalières (publics) dans l'Oise et à proximité immédiate.

Il existe également d'autres structures, non publiques, pouvant accueillir des patients dans le cadre de soins non programmés :

\_ La clinique du Parc Saint-Lazare à Beauvais qui dispose d'un « Service d'accueil des soins non programmés », ouvert uniquement du lundi au vendredi, de 8h30 à 19h00

\_ La polyclinique Saint-Côme à Compiègne disposant d'un service d'urgences ouvert 24h /24 et 7 jours /7.

### II.3.a) Hôpital de Beauvais.

Le Centre Hospitalier de Beauvais est un établissement mono-site, mais forme, avec d'autres hôpitaux dont celui de Clermont, le Groupement Hospitalier de Territoire de l'Oise Ouest et Vexin.

Le Centre Hospitalier de Beauvais a une capacité d'accueil de 843 lits et places.

Les urgences comprennent : une unité d'urgences adultes, une unité d'urgences pédiatriques, des urgences gynéco-obstétriques, une unité médico-judiciaire, un service d'hospitalisation de courte durée (UHTCD) de 12 lits et une unité de SMUR.

L'établissement héberge également le SAMU 60 qui assure la régulation téléphonique du 15 à l'échelle du département ainsi que le CESU 60 (Centre d'Education des Soins d'Urgences).

L'hôpital dispose d'un service de réanimation polyvalente, d'une unité de soins intensifs cardiologiques avec coronarographie, une Unité Neuro-Vasculaire, une maternité de niveau 2B.

### II.3.b) Hôpital de Compiègne (CHICN).

L'hôpital de Compiègne forme avec le Centre Hospitalier de Noyon depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 le Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne-Noyon (CHICN).

Cet établissement et l'hôpital de Crépy-en-Valois forme le Groupe Hospitalier Territorial Oise Nord-Est (GHTONE).

En 2016 la capacité d'accueil total du CHICN est de 1171 lits et places ouvertes (dont 359 en médecine et 74 en chirurgie).

Les urgences du Centre Hospitalier de Compiègne comprennent : une unité d'urgences adultes, une unité d'urgences pédiatriques, des urgences gynéco-obstétriques, une unité de SMUR, une unité médico-judiciaire et une UHTCD de 12 lits.

L'hôpital de Compiègne héberge aussi notamment : un service de réanimation, un service de soins intensifs cardiologiques et coronarographie, une Unité Neuro-Vasculaire, et une maternité de niveau 2B.

### II.3.c) Hôpital de Creil (GHPSO).

L'hôpital de Creil fait partie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO) à la suite de sa fusion avec l'hôpital de Senlis, les 2 villes étant distantes de seulement 10 kilomètres.

La capacité d'accueil du groupe est de 858 lits et places ouverts.

Les urgences de Creil comprennent : une unité d'urgences adultes, une unité d'urgences pédiatriques, des urgences gynéco-obstétriques, une unité de SMUR et une unité médico-judiciaire.

L'hôpital de Creil dispose également au sein des services spécialisés, d'un service de réanimation (adulte et néonatalogie), de soins intensifs cardiologiques et coronarographie, d'une Unité Neuro-vasculaire, et d'une maternité de niveau 3.

#### **II. 4) La structure Urgence médecin Oise (ex- « SOS médecins »).**

SOS médecin était présent à Creil depuis plus de 30 ans, ce qui en faisait l'une des plus anciennes structures de ce type en France.

Le centre de consultation s'installe en 2006 juste en face de l'hôpital de Creil, avec l'ambition affichée de permettre un désengorgement des urgences.

En juin 2016, soit quatre mois avant la réalisation de notre étude, les médecins de la structure décident de quitter l'association SOS médecin France. Ils fondent un nouvel organisme appelé « Urgence médecin Oise ». Plusieurs structures de ce type se forment actuellement en France. Regroupées sous l'appellation « Urgence médecin France », elles sont au nombre de treize en septembre 2018.

Jusqu'en juin 2016, SOS médecin Creil effectuait des visites dans 30 communes du bassin Creillois, soit dans un rayon d'environ 15 kilomètres autour de la ville. Le changement de statut opéré en 2016 s'est accompagné de l'arrêt des visites à domicile par les médecins de la structure.

Ce changement n'avait pas été pris en compte dans la réalisation de l'étude : les questions posées aux patients faisaient mention d'une structure « de type SOS médecin », effectuant des visites à domicile dans un rayon proche de la ville en question.

Aujourd'hui la totalité des actes sont réalisés au centre de consultation, uniquement sur RDV. Les Neuf médecins de la structure assurent une présence 24h/24, 7 jours /7 et tous les jours de l'année. L'organisme possède sa propre régulation téléphonique pendant la permanence des soins, complémentaire de celle du centre 15.

En 2016, Urgence médecin Oise a effectué environ 50.000 actes. La majorité d'entre eux a été réalisé pendant la permanence des soins (32.000 dans l'année).

### **III. Matériel et Méthode**

Il s'agit d'une étude épidémiologique prospective, multicentrique et quantitative, réalisée au sein des services d'urgences des hôpitaux de Beauvais, Compiègne et Creil.

#### **III. 1) Recueil de données.**

##### Modalités de recueil et recueil initial.

L'étude a eu lieu du lundi 10 octobre au vendredi 14 octobre 2016, de 8h00 à 19h00.

Les médecins chefs de service ainsi que les cadres infirmiers de ces services ont été prévenus un mois avant cette période, afin d'en informer les équipes et en particulier les infirmières organisatrices de l'accueil (IOA).

Un questionnaire a été remis par l'IOA à tous patients se présentant aux urgences, en dehors des critères d'exclusion.

Ce questionnaire était anonyme.

Il a été rempli par le patient lui-même, ou à défaut par un accompagnant ou par l'IOA lorsque ceci était nécessaire (illettrisme, barrière de la langue...).

Sous forme de quatre pages, ce questionnaire a été conçu pour pouvoir être rempli rapidement (moins de 5 minutes en moyenne), par des patients devant la plupart du temps patienter pour pouvoir être pris en charge, car ne relevant pas de soins urgents.

Les questionnaires remplis ont ensuite été récupérés et collectés par l'IOA.

Les questionnaires sont présentés dans les annexes. Les questionnaires de Beauvais et Compiègne posent les mêmes questions, celui de Creil diffère des deux autres dans sa dernière partie (question 3 de la partie IV portant sur la structure SOS médecin).

### Recueil de données complémentaire.

Le nombre de questionnaires correctement remplis à l'issue de la semaine d'étude était insuffisant (59 sur l'ensemble des trois sites). Il apparaissait que selon les jours et les sites les questionnaires n'étaient pas correctement distribués aux patients concernés.

L'étude a été prolongée du lundi 17 au vendredi 28 octobre. Le recueil de données par les IOA s'est donc au total poursuivi durant trois semaines consécutives, aux mêmes horaires (8h00 à 19h00).

A l'issue de ces 3 semaines, 123 questionnaires ont été remplis.

Une dernière collecte a été réalisée au cours d'une période s'étendant entre le 28 octobre et le 18 novembre 2016, par moi-même, en me rendant au sein des différents services, afin d'atteindre le nombre de 150 questionnaires remplis (exactement 50 par centre hospitalier).

### **III. 2) Critères d'exclusion.**

L'IOA avait pour consigne de ne pas distribuer de questionnaire aux patients correspondant à au moins un de ces critères :

- \_ Patients de moins de 16 ans, relevant des urgences pédiatriques.
- \_ Patients adressés par leur médecin traitant, tout autre médecin, ou le centre 15.
- \_ Urgences vitales (classification à l'entrée CCMU 4 ou 5).
- \_ Traumatisme avec recours nécessaire (et évident d'emblée) à l'imagerie et/ou à la suture et/ou à un avis chirurgical.
- \_ Patients n'ayant pas décidé d'eux-mêmes de venir aux urgences : amenés par les pompiers, pathologie psychiatrique, démence...

Il était en outre précisé de ne pas remplir de questionnaire si le patient l'avait déjà fait lors d'une visite antérieure dans l'un des services d'urgences, car si une partie des questions portait sur le contexte entourant un passage aux urgences donné, d'autres questions portaient sur des données et des appréciations propres à la personne. Ces réponses données à plusieurs reprises auraient faussé les statistiques.



### **III. 3) Analyse statistique.**

Les données seront recueillies via le logiciel Microsoft Excel.

Une analyse descriptive des variables sera réalisée et exploitée avec l'aide du logiciel biostaTGV.

L'utilisation du test du chi<sup>2</sup> de Pearson sera effectué lorsque la taille des effectifs le permettra. Lorsque le test statistique utilisé ne sera pas précisé après la valeur de p il s'agira d'un test de Chi<sup>2</sup>. Dans les autres cas (effectifs insuffisants), un autre test sera effectué et son nom précisé après le p.

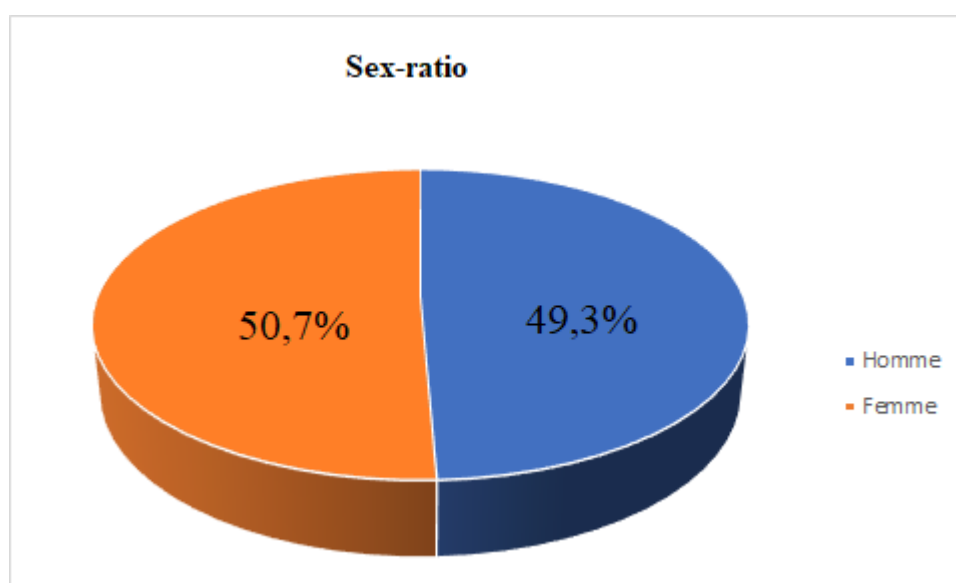
Le seuil de significativité sera fixé à 0,05.

## IV. Résultats

### IV. 1) Analyse de la population.

#### IV.1.a) Sex-ratio :

Parmi les 150 patients inclus, 50,7% étaient des femmes, 49,3% des hommes, ce qui reste proche du sex-ratio national (51,5% de femmes en 2016, source : INSEE).

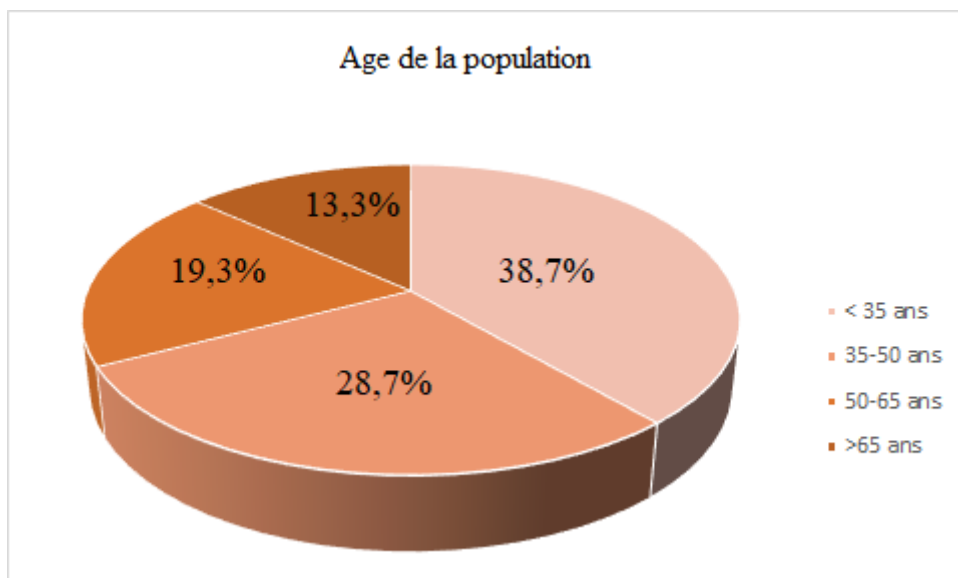


Graphique 2 : Répartition de la population de l'étude en fonction du sexe.

#### IV.1.b) Age :

Les personnes incluses ayant entre 35 et 50 ans représentaient 28,7% ( $\pm 3,69\%$ ) des patients de l'étude, les 50-65 ans 19,3% ( $\pm 3,22\%$ ), tandis que les plus de 65 ans ne représentaient que 13,3% ( $\pm 2,77\%$ ) des patients.

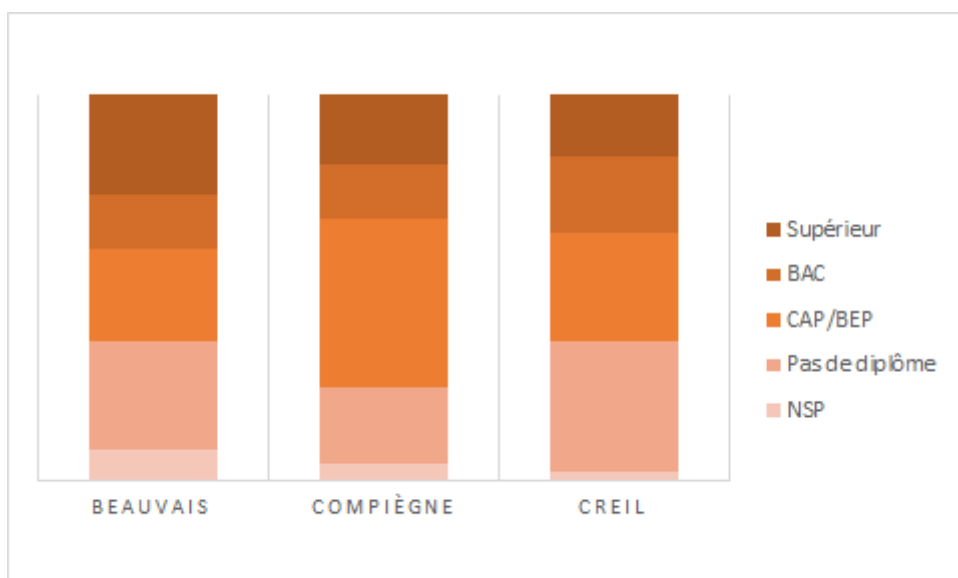
La tranche d'âge la plus représentée était celle des moins de 35 ans : 38,7% ( $\pm 3,97\%$ ) des patients), alors même que la population pédiatrique (moins de 16 ans) était d'emblée exclue de l'étude.



Graphique 3 : Répartition de la population de l'étude en fonction des tranches d'âges.

#### IV.1.c) Niveau d'étude :

Le niveau d'étude était assez disparate : 27,3% ( $\pm 3,63\%$ ) des personnes interrogées n'ayant pas de diplôme, contre 20% ( $\pm 3,27\%$ ) ayant fait des études supérieures. Entre ces deux extrêmes, 16% ( $\pm 2,99\%$ ) étaient titulaires du baccalauréat et 32% ( $\pm 3,81\%$ ) d'un niveau équivalent CAP/BEP (les 4,7% restants n'ayant pas répondu).

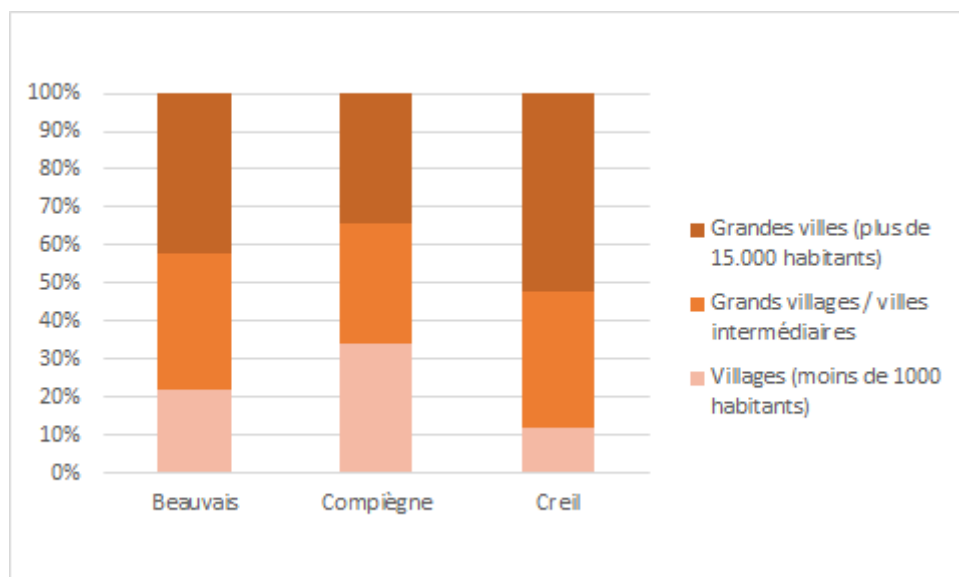


Graphique 4 : Niveau d'étude de la population de l'étude, par site.

#### IV.1.d) Lieu d'habitation :

Concernant la taille de la commune d'habitation : 42,7% ( $\pm 4,38\%$ ) (des patients disaient habiter en milieu urbain (ville de plus de 15.000 habitants), et 22,6% ( $\pm 3,41\%$ ) en milieu rural (communes de moins de 1000 habitants).

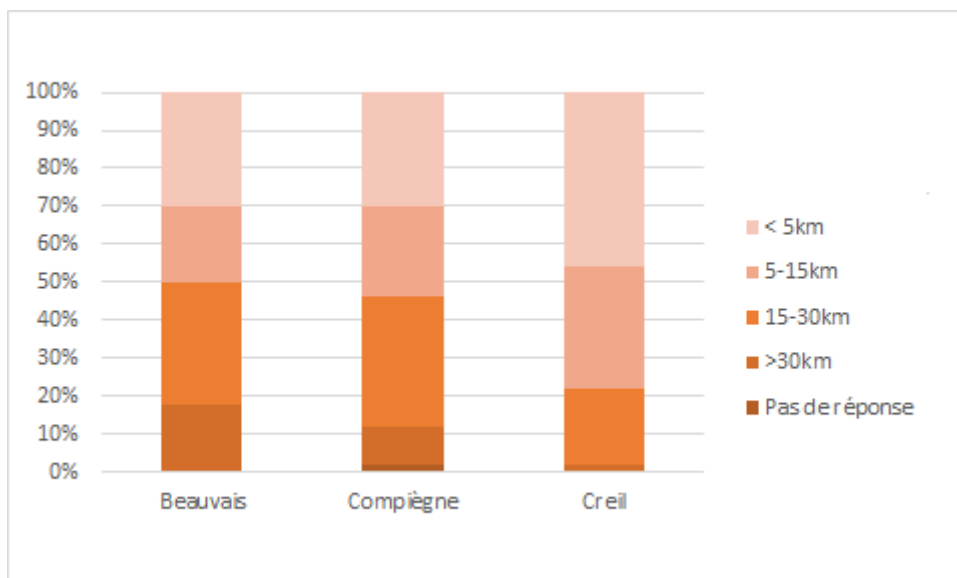
La différence la plus nette opposait les populations consultant à Creil, à 52% ( $\pm 7,06\%$ ) urbaines et 12% ( $\pm 4,6\%$ ) rurales ; et à Compiègne, à 34% ( $\pm 6,7\%$ ) urbaines et 34% ( $\pm 6,7\%$ ) rurales. Ces valeurs étaient de 42% ( $\pm 6,98\%$ ) urbaines et 22% ( $\pm 5,86\%$ ) rurales à Beauvais



Graphique 5 : Taille de la commune d'habitation des patients, par site.

Les consultants des Urgences de Creil semblaient constituer une population plus urbaine que les patients consultants dans les autres services d'Urgences ( $p = 0,025$ ).

Par ailleurs, la distance approximative, entre le lieu d'habitation et le service d'urgences où le patient s'était rendu, est représentée dans le graphique 6 :



Graphique 6 : Distance entre domicile du patient et service d'urgences où il consulte, par site.

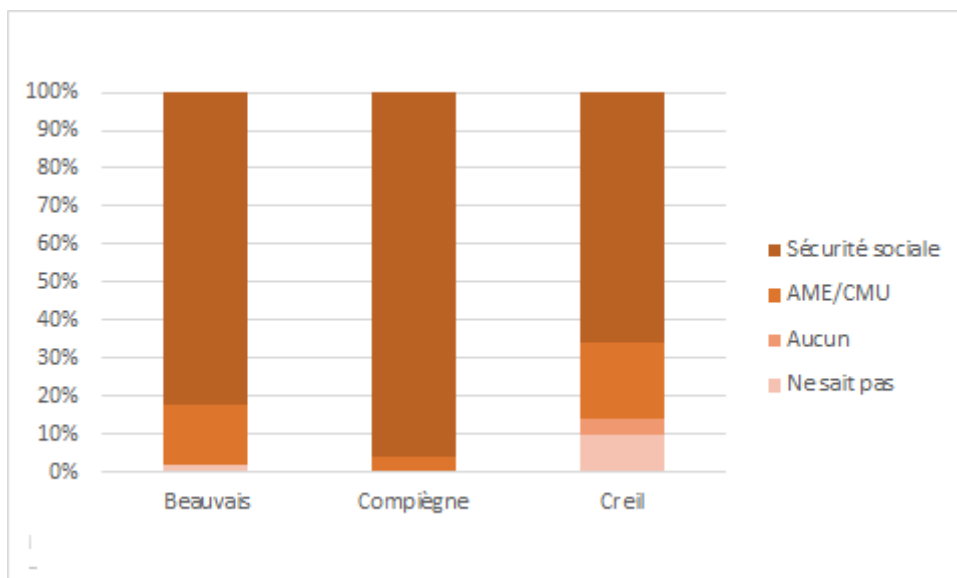
Ces profils montraient principalement qu'à Creil une grande majorité (78% ± 5,86%) des patients concernés par l'étude résidait dans un rayon proche des urgences (moins de 15 kilomètres).

Cette proportion était notablement moins importante à Beauvais (50% ± 7,07%) ou à Compiègne (54% ± 7,05%) ( $p = 0,010$ ).

Le caractère plus urbain de la population des patients de Creil apparaissait dès lors logique, les environs de l'hôpital étant la zone où la densité de population est la plus importante dans l'Oise (Creil, Montataire, Nogent-sur-Oise constituant un réseau urbain ininterrompu comprenant plus de 60.000 habitants).

#### IV.1.e) Protection sociale :

96% (± 2,77%) des patients de Compiègne déclaraient être sous le régime de la Sécurité Sociale (seuls 2 patients bénéficiaient de la CMU). Ce chiffre descendait à 82% (± 5,43%) à Beauvais et à 66% (± 6,7%) à Creil (avec 10 bénéficiant de la CMU, 2 déclarants n'ayant aucun droit et 5 ayant indiqué ne pas savoir).

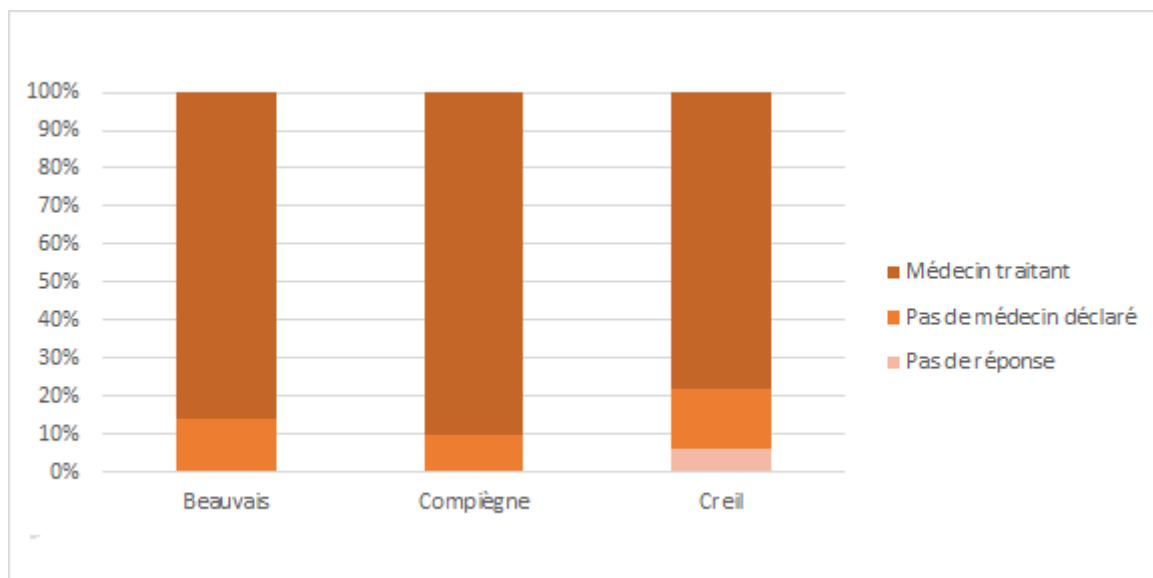


Graphique 7 : Régime de protection sociale des patients, par site.

De la même façon, 84% ( $\pm 5,18\%$ ) des patients de Compiègne disaient avoir une complémentaire santé, 70% ( $\pm 6,48\%$ ) à Beauvais et 54% ( $\pm 7,05\%$ ) à Creil (les patients restants n'ayant, ou pas de complémentaire, ou bénéficiant de la CMUc, ou ayant répondu ne sait pas).

#### IV.1.f) Suivi habituel :

Le suivi par un médecin généraliste était assuré chez 84,66% ( $\pm 2,94\%$ ) des patients (qui disaient en avoir déclaré un à l'assurance maladie). En détail, 90% ( $\pm 4,24\%$ ) des patients à Compiègne, 86% ( $\pm 4,91\%$ ) à Beauvais et 78% ( $\pm 5,86\%$ ) à Creil.



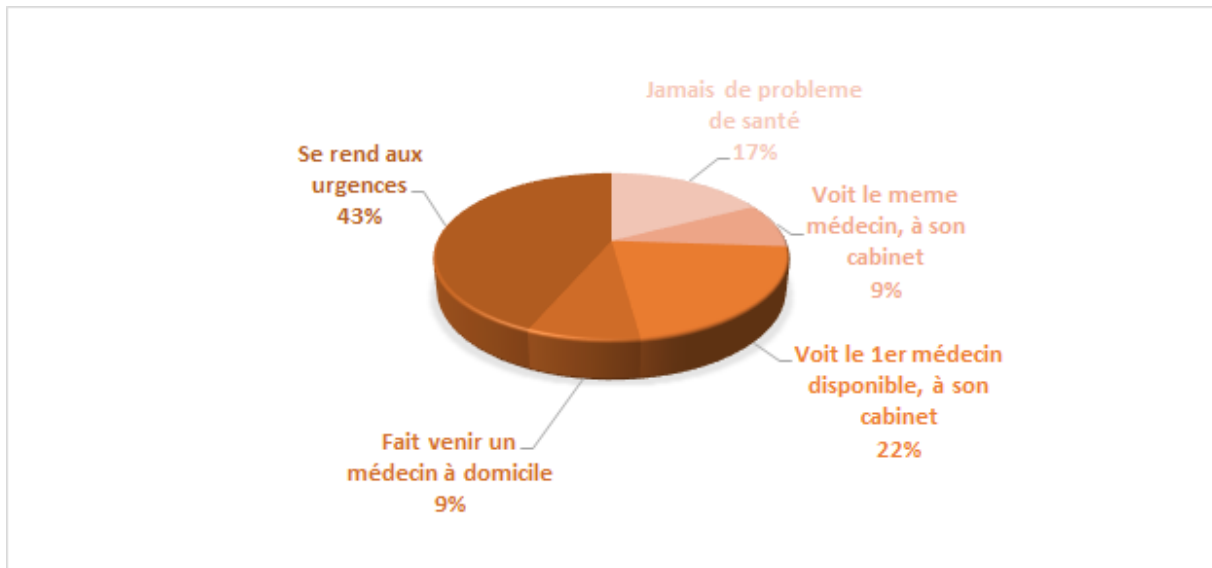
Graphique 8 : Déclaration ou non d'un médecin traitant, par site.

Ce suivi moins fréquent au sein des patients consultants à Creil n'apparaissait pas significatif dans notre étude ( $p = 0,109$ ).

Parmi les patients ayant un médecin généraliste déclaré, un tiers environ ( $33,3\% \pm 3,85\%$ ) le consultait de façon régulière (mensuelle ou plurimensuelle). Cette proportion était bien plus élevée chez les patients de plus de 65 ans ( $80\% \pm 8,94\%$ ) que chez les patients les plus jeunes, de moins de 35 ans ( $15,5\% \pm 4,75\%$ ).

Ce constat était le même, avec des chiffres sensiblement identiques, à Beauvais, Creil et Compiègne.

Parmi les patients n'ayant pas de médecin généraliste déclaré (20 au total dans notre étude), l'attitude la plus souvent adoptée, en cas de problème de santé, était le recours aux urgences ( $43\% \pm 11,07\%$  des patients n'ayant pas de médecin traitant).



Graphique 9 : Attitude en cas de problème de santé et d'absence de médecin traitant déclaré.

## **IV. 2) Déterminants du recours aux urgences.**

### IV.2.a) Profil des patients auto-référés.

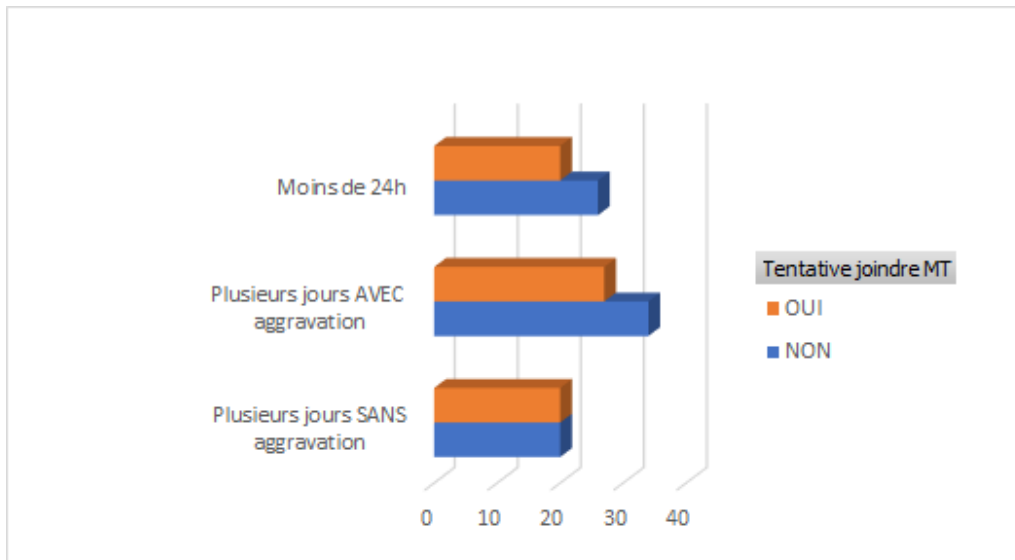
Avant de se rendre aux urgences, moins de la moitié des consultants ont cherché à joindre un médecin généraliste libéral (44,66%  $\pm$  4,06%).

- Ancienneté des symptômes

La venue aux urgences faisait suite à un problème de santé survenu le jour même pour seulement 30,66% ( $\pm$  3,76%) des patients.

Pour les autres patients pour lesquels le problème de santé était plus ancien, celui-ci s'était aggravé dans les dernières 24h dans 60,4% ( $\pm$  4,87%) des cas, et était persistant sans aggravation dans les 39,6% ( $\pm$  4,87%) des cas restants.





Graphique 10 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, en fonction de l'ancienneté des symptômes.

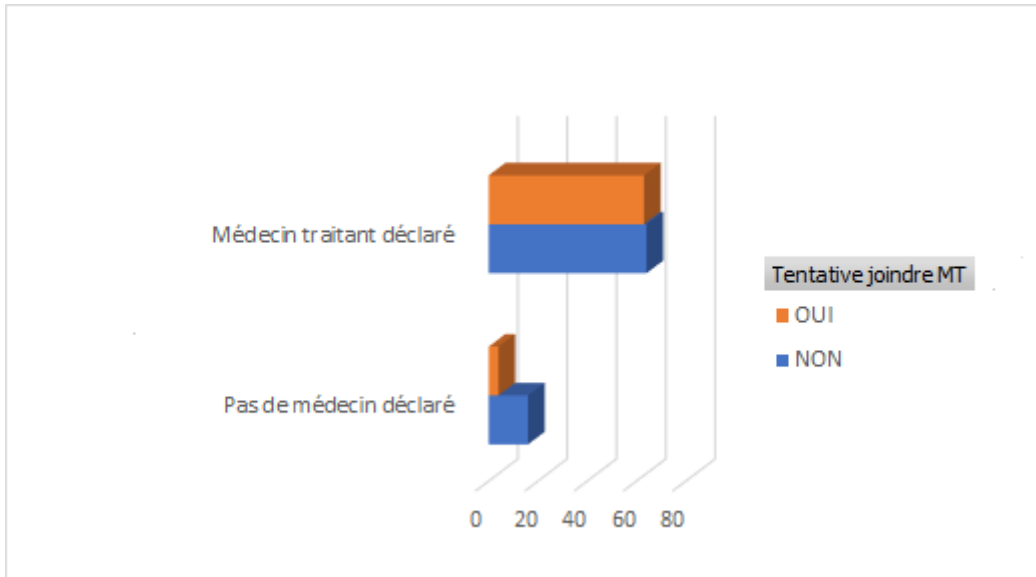
La décision de venir d'emblée aux urgences n'était pas étroitement corrélée au caractère aigu ou chronique d'un problème de santé.

En effet les proportions de patients cherchant d'abord à consulter en ville et ceux se rendant d'emblée aux urgences ne présentaient pas de différence significative en fonction de l'ancienneté des symptômes ( $p = 0,730$ ).

Ainsi, même pour un problème de santé « stable » dans le temps, une proportion égale de patients cherchait à joindre un médecin libéral ou à se rendre d'emblée aux urgences.

- Déclaration d'un médecin traitant

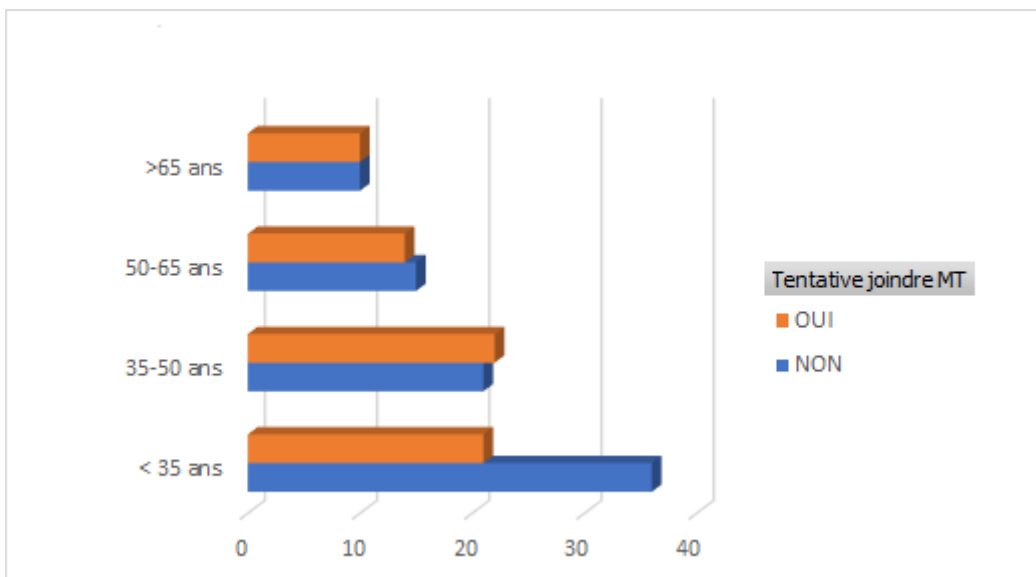
La part des personnes cherchant à prendre rendez-vous avec un médecin généraliste en 1ère intention ne représentait que 49,6% ( $\pm 4,4\%$ ) des patients ayant un médecin traitant déclaré. Parmi ceux n'ayant pas de médecin déclaré, 20% ( $\pm 8,94\%$ ) ont tout de même cherché à joindre un médecin libéral.



Graphique 11 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon le fait d'avoir ou non un médecin traitant déclaré.

- Age des patients

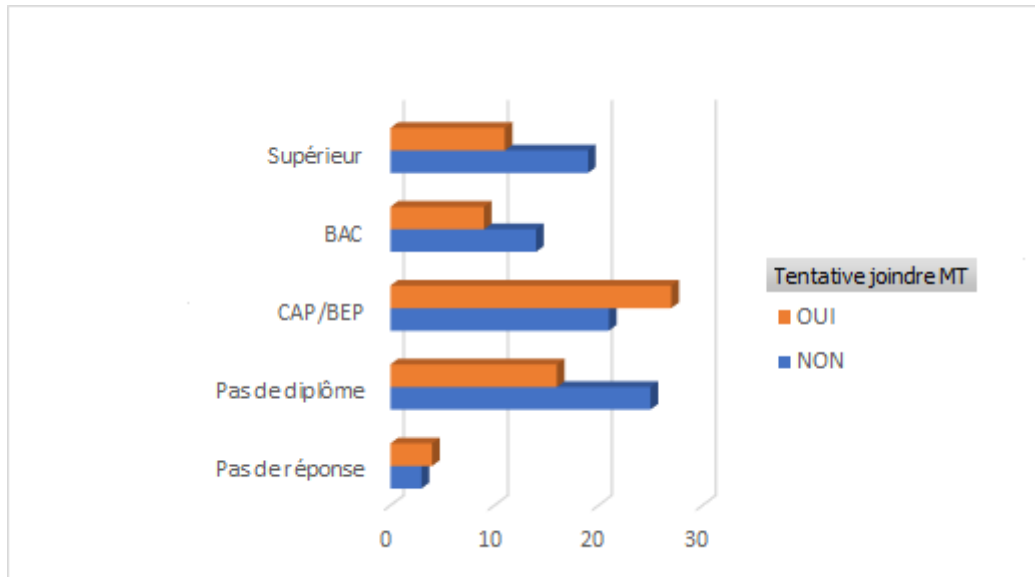
On observait en parallèle que les patients ayant entre 16 et 35 ans avaient d'avantage tendance à venir d'emblée aux urgences comparativement aux autres tranches d'âge, et ce alors qu'il s'agissait de la tranche d'âge la plus représentée au sein de notre étude.



Graphique 12 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon l'âge.

- Niveau d'étude des patients

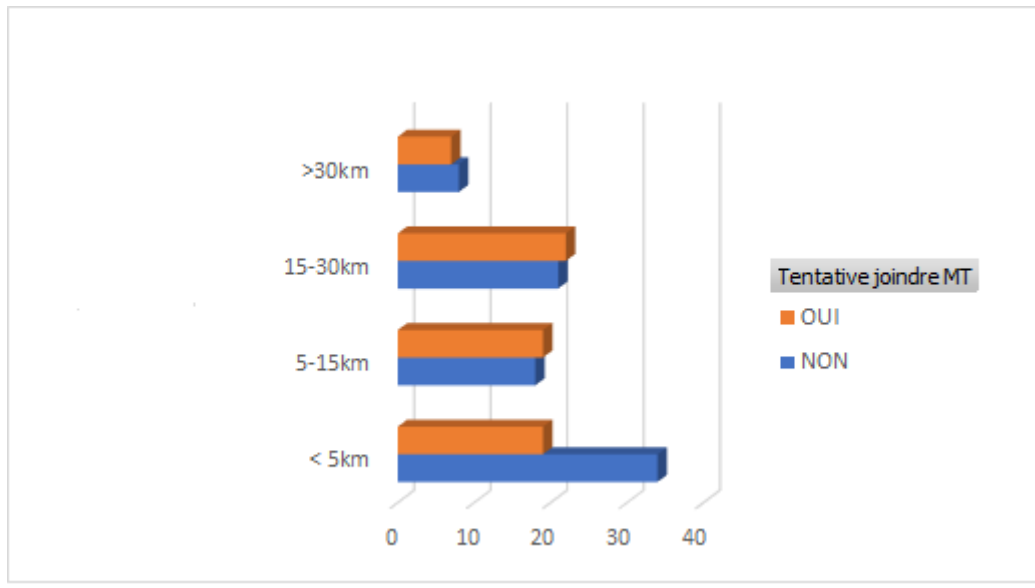
Le niveau d'étude des patients n'avait pas d'impact significatif ( $p = 0,241$ ) sur l'orientation initiale des patients. Seuls les patients détenteurs d'un niveau CAP/BEP (niveau jugé intermédiaire) tentaient en majorité d'appeler un médecin libéral avant leur recours à l'hôpital.



Graphique 13 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, selon le niveau d'étude.

- Eloignement géographique

Par ailleurs, le recours aux urgences d'emblée semblait plus souvent choisi chez les patients habitant à proximité de l'hôpital (moins de 5 kilomètres) : 64,2% de ces patients, contre 49,5% des patients habitant plus loin.

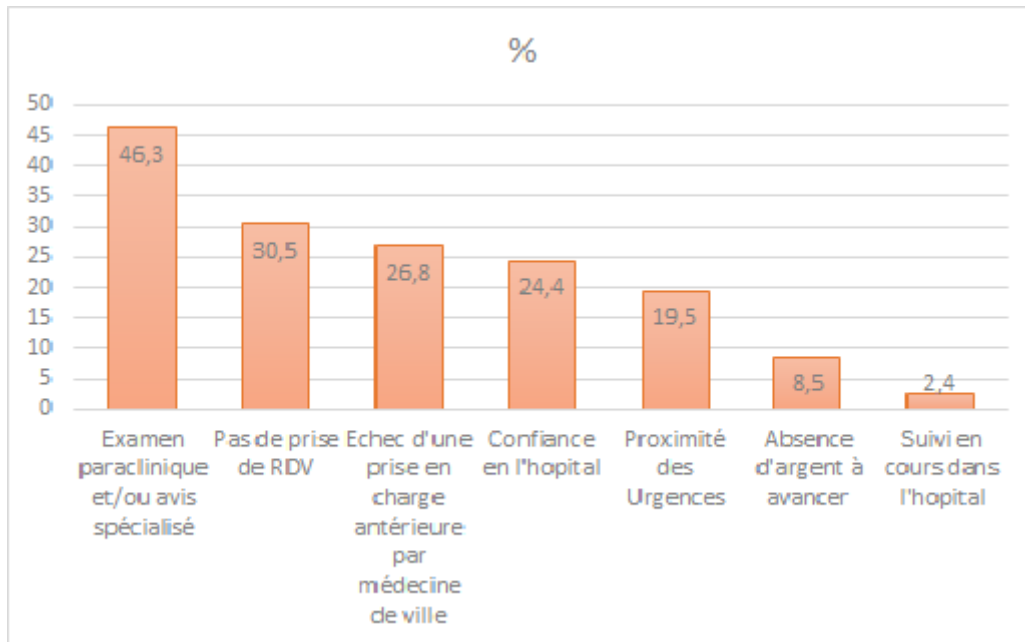


Graphique 14 : Tentative ou non d'appeler un médecin avant la venue aux urgences, en fonction de la distance entre ce service et le domicile des patients.

#### IV.2.b) Raisons du recours direct aux urgences.

1er cas de figure : le patient n'a pas tenté de prendre rendez-vous avec un médecin généraliste, choisissant d'emblée de se rendre aux urgences.

Les raisons invoquées par les patients sont représentées dans le graphique 15 (plusieurs peuvent coexister). Le besoin ressenti de bénéficier d'examens complémentaires et/ou d'un avis spécialisé est d'assez loin la raison la plus souvent citée. On remarque également la fréquence relativement faible du motif financier, avec seulement 8,1% des patients pour qui l'absence d'avance de frais pouvait participer à la décision de se rendre aux urgences.



Graphique 15 : Raisons du recours aux urgences des patients auto-référés.

2<sup>ème</sup> cas de figure : le patient n'est pas parvenu à voir le médecin généraliste qui le suit habituellement, le conduisant à se rendre aux urgences.

Parmi les raisons conduisant à ce cas de figure, les deux raisons principales sont :

- L'impossibilité d'avoir un rendez-vous « rapidement » avec ce médecin : 47,8% des cas.

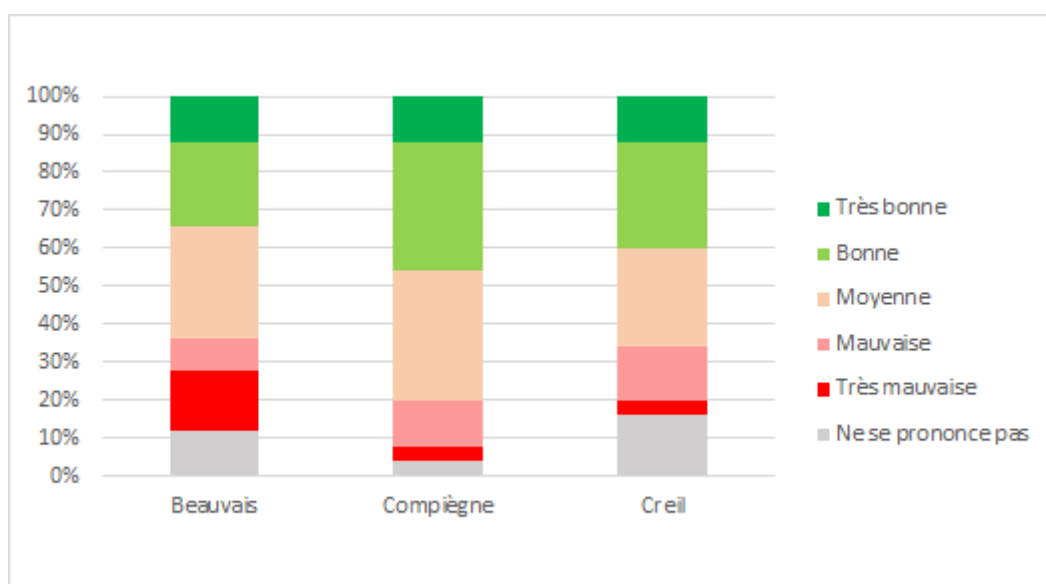
Cela correspond dans la majorité des cas à l'absence de rendez-vous dans la journée (31,3%) mais parfois dans un délai d'une semaine (13,4%).

- Un avis de leur médecin (à distance, hors d'une consultation) leur conseillant de se rendre aux urgences : 37,3% des cas.

### IV. 3) Freins ressentis au recours à la médecine libérale.

#### IV.3.a) Evaluation générale de l'accès au médecin généraliste.

Il a été demandé à tous les patients ayant reçu un questionnaire d'évaluer l'accessibilité aux consultations de médecine générale autour de chez eux.



Graphique 16 : Evaluation par les patients de leur accessibilité aux consultations de médecine générale, par site.

Afin de mesurer ce ressenti un système de notation de -2 à +2 était mis en place. Les patients n'ayant pas répondu ou ceux ayant indiqué « sans opinion » n'étaient pas pris en compte :

Très bonne : +2 points

Bonne : +1 point

Moyenne : 0 point

Mauvaise : -1 point

Très mauvaise : -2 points

Zone géographique	Score cumulé	Moyenne /2
BEAUVAIS	3	0,06 /2
COMPIEGNE	19	0,38/2
CREIL	15	0,30/2

Tableau 1 : Appréciation de l'accessibilité au médecin généraliste, par site.

Avec un score très proche de zéro, Beauvais et sa région était la zone géographique où la population avait le moins bon ressenti concernant l'accès aux soins de médecine générale.

Cette opinion globale était d'avantage positive dans les régions de Creil et de Compiègne.

Cette affirmation, intuitive à la lecture du graphique, présente toutefois un niveau de significativité assez faible ( $p = 0,499$  selon le test exact de Fisher, Chi2 non valide de par la taille réduite de certains effectifs).

#### IV.3.b) Classement des difficultés rencontrées par les patients.

Parmi les difficultés rencontrées par les patients pour voir un médecin généraliste proposées dans le questionnaire, l'idée qu'il n'y ait pas suffisamment de médecins généralistes installés autour de chez soi est la plus souvent exprimée, par plus d'une personne sur trois (34,7% au total), dont 40% à Beauvais, 34% à Creil et 30% à Compiègne.

20 patients à Beauvais (40% des personnes interrogées)

15 patients à Compiègne (30% des personnes interrogées)

17 patients à Creil (34% des personnes interrogées)

Concernant les autres difficultés proposées, les plus souvent citées sont :

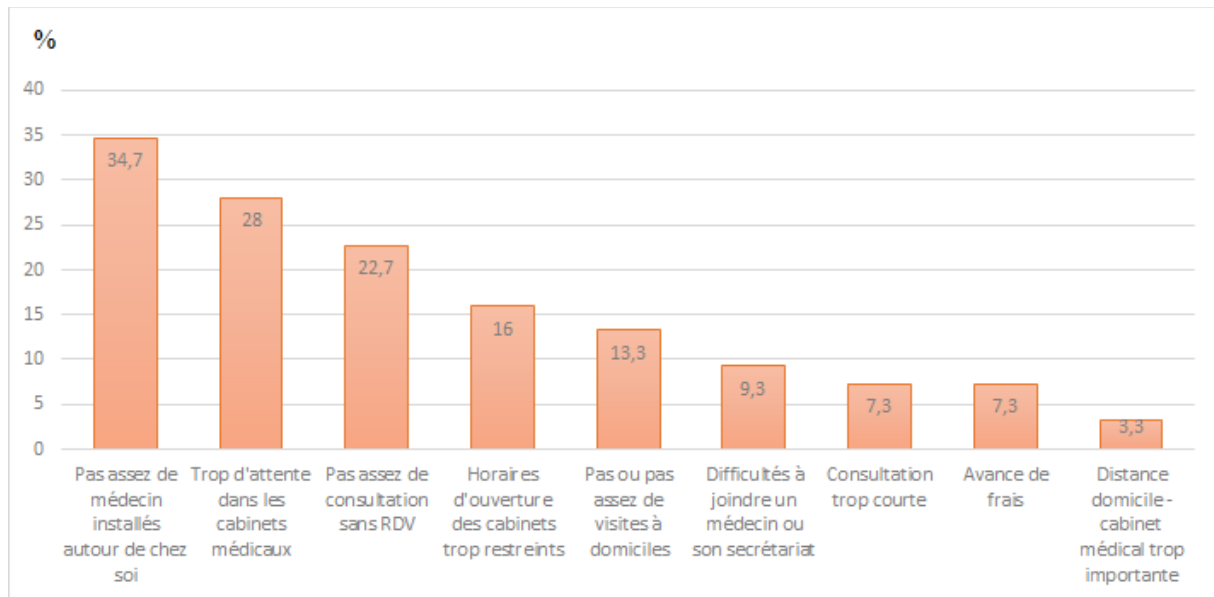
\_ Le fait qu'il y ait trop d'attente dans les cabinets médicaux (28% des personnes interrogées).

\_ Le fait qu'il n'y ait pas assez de plages de consultations sans RDV (22,7%).

\_ Des horaires d'ouverture des cabinets médicaux trop restreints (16%).

\_ Le refus ou l'incapacité des praticiens à se déplacer au domicile (13,3%).

Les propositions restantes sont retenues par moins de 10% des patients interrogés. Il s'agit de la difficulté à joindre le médecin ou son secrétariat (9,3%), du fait que la consultation en médecine libérale soit trop courte (7,3%), que le paiement de la consultation pose problème (7,3%) ou que les médecins installés dans la région soient trop loin du domicile malgré tout (3,3%).



Graphique 17 : Proportion des difficultés rencontrées dans l'accès à la médecine générale de ville.

#### **IV. 4) Place, effective ou potentielle, d'une structure alternative à la médecine générale et aux urgences hospitalières.**

##### IV.4.a) A Creil.

Toutes les patientes et tous les patients interrogés sur le site de Creil ont été invités à répondre à une dernière série de questions concernant SOS médecins, visant à connaître la proportion des usagers des urgences connaissant SOS médecins et celle ayant déjà eu recours à SOS médecins, mais aussi l'intérêt que représente cette structure aux yeux des patients.

Parmi ces patients, 29 (soit 58%) disaient connaître l'existence de cette offre de soins, 16 (soit 32%) disent ne pas la connaître, et 5 patients n'ont pas répondu à cette question.

Sur les 29 patients connaissant l'association, 17 disent y avoir déjà eu recours (soit 59% de ces patients, ce qui représente 34% de l'ensemble des patients interrogés à Creil).



35 patients ont répondu à l'intérêt que représente SOS médecins selon eux : Pour 11 de ces patients, le recours au médecin généraliste habituel, et si nécessaire aux urgences hospitalières, suffit. Cela représente 31% des patients ayant donné leur avis.

Parmi les 24 patients restants, les trois quarts (18) voient dans SOS médecins une façon d'éviter le recours aux urgences hospitalières. Le quart restant (6 patients) y voient surtout une offre de soins à domicile.

#### IV.4.b) A Beauvais et Compiègne.

##### Evaluation de la part de la population potentiellement concernée :

Au sein de la population interrogée lors de cette étude dans les hôpitaux de Beauvais et de Compiègne, tous les patients ne peuvent prétendre à une prise en charge à domicile par SOS médecins. Les associations SOS médecins interviennent pour la plupart dans un rayon limité autour de leur commune d'implantation.

Lors de l'étude il est donc demandé aux patients se rendant dans ces deux hôpitaux s'ils habitent à proximité de la commune en question (10 minutes de trajet moyen en voiture).

A Beauvais, 29 patients (sur 47 ayant répondu) résident dans ce rayon, soit 61,7% de ces personnes.

A Compiègne, ce sont 25 patients (49 réponses), soit 51% de ces personnes.

Il semble donc qu'au moins la moitié des usagers des urgences hospitalières puissent être concernés par une alternative de type SOS-médecins, pour des visites à domicile à proximité immédiate de Beauvais ou Compiègne.

##### Intérêt de ces populations à une offre de soin alternative.

A Beauvais : au sein de la population potentiellement concernée à Beauvais, la totalité des personnes interrogées (100%) estimait trouver un intérêt à l'implantation d'une structure de type « SOS médecins » dans leur ville.

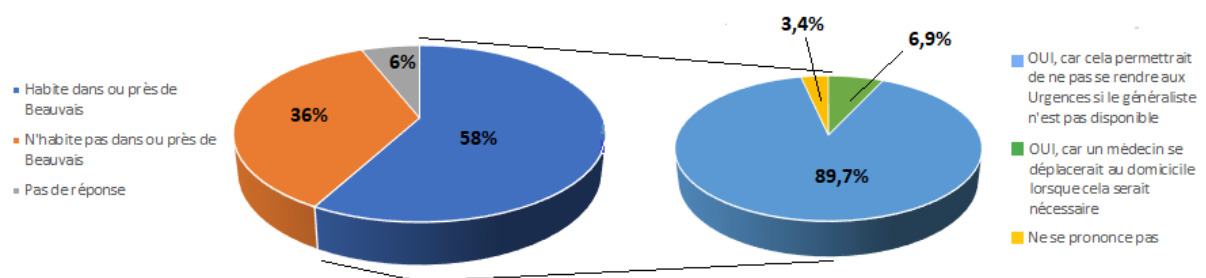
Parmi elles, 93% la voyaient avant tout comme une alternative au service d'urgences, tandis que 7% y voyaient la possibilité de faire venir un médecin à son domicile.

Enfin, 65,5% des Beauvaisiens concernés jugeaient que la présence d'une telle structure aurait pu éviter leur recours aux urgences au moment de l'étude, seuls 10,3% étaient persuadés du contraire, les autres n'ayant pas répondu ou ne sachant pas.

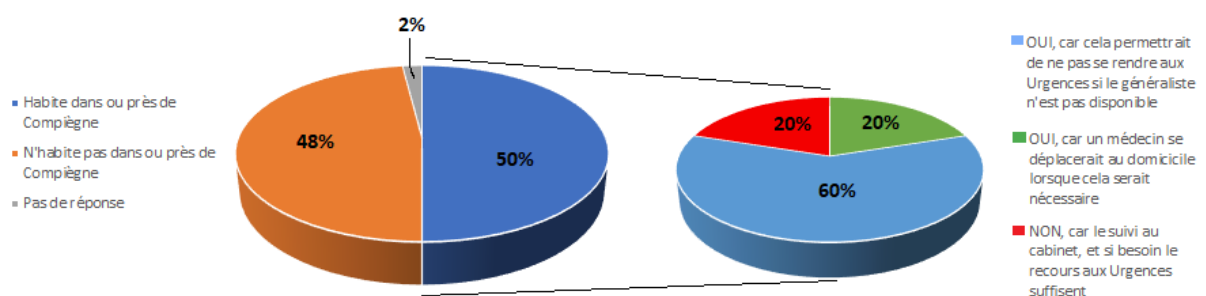
A Compiègne : au sein de la population potentiellement concernée à Compiègne, 80% déclaraient trouver un intérêt à une telle implantation, 20% considérant au contraire que les médecins généralistes et les urgences hospitalières locales suffisaient à répondre aux besoins.

Parmi les personnes favorables, 75% y voyaient l'alternative aux urgences, 25% voyaient surtout la possibilité de visites au domicile.

40% des compiégnois concernés pensaient que la présence d'une telle structure aurait pu éviter leur recours aux urgences au moment de l'étude, un seul patient (4%) pensait que non tandis que les autres n'ont pu ou voulu répondre à cette question.



Graphique 18-1 : Intérêt des patients de Beauvais dans un mode de consultation alternatif.



Graphique 18-2 : Intérêt des patients de Compiègne dans un mode de consultation alternatif.

## V. Discussion

### V. A : DE LA METHODE

#### V.A. 1) Choix des données et sélection des patients.

Dans le système de soins français, le patient a le choix lorsqu'il souhaite une prise en charge médicale. Il peut appeler son médecin généraliste, ou un autre médecin généraliste (« médecin traitant de substitution » dans le parcours de soin selon l'assurance maladie), appeler le centre 15, les pompiers (18), appeler d'autres structures lorsqu'elles existent (type SOS médecin), ou se présenter aux urgences.

Dans ce contexte, la fréquentation croissante des services d'urgences peut résulter soit d'une préférence des patients pour cette structure, soit d'une méconnaissance des différentes options de prise en charge, ou encore d'une insuffisance d'offre de soin par les médecins libéraux.

Cette fréquentation croissante et ses déterminants a fait l'objet de nombreuses études, autant par des organismes publics (Drees, Insee) que dans le cadre d'autres travaux de thèse.

Dans la plupart de ces travaux, la question de la pertinence du recours était posée, en s'intéressant au motif de consultation, à la gravité « réelle » de l'état de santé du patient, à la nécessité ou non d'examen complémentaires et/ou d'une hospitalisation par la suite. Ces travaux s'intéressaient aussi aux moyens à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge de ces patients, que ce soit au sein du service des urgences ou en « aval » de leur venue.

Ces questions n'ont pas été abordées dans notre étude, son objectif principal était avant toute chose de préciser les raisons ayant amené les patients à venir aux urgences plutôt que de voir un médecin généraliste.

La première étape consistait à déterminer, parmi tous les patients se présentant aux urgences, quels étaient ceux qui relevaient de la médecine générale, en se basant sur des critères auxquels l'IOA avait accès. Il a été décidé de procéder « par élimination » en incluant tous les patients passant par le bureau de l'IOA, et en appliquant des critères d'exclusion.

Ces critères ont donc été choisis de façon à ne pas prendre en compte les patients dont :

- Le choix de se rendre aux urgences n'était pas pleinement personnel et éclairé : patients mineurs sous l'autorité des parents, jugement altéré par pathologie psychiatrique ou neuro-dégénérative, orientation décidée par un médecin (traitant, médecin régulateur du SAMU, autre...) ou un autre intervenant tel que pompier...

OU

- Le recours à une structure hospitalière s'avérait évident par rapport à une consultation de médecine générale, même sans connaissance médicale particulière : en particulier les situations avec mise en jeu du pronostic vital (CCMU 3 à 5), mais aussi les traumatismes avec plaie ou les suspicions de fracture (qui comme nous l'avons vu sont de moins en moins gérés par le médecin de ville).

La question du motif de consultation (douleur, fièvre, traumatisme, angoisse, etc.) n'était pas évoquée dans le questionnaire. Il n'y avait pas non plus de questionnaire à remplir par le personnel soignant afin de connaître le degré de pertinence du recours, les actes réalisés ou l'évolution du patient.

Le fait de ne pas tenir compte de données postérieures à l'accueil aux urgences pouvait être perçu comme un biais de sélection : Il était possible que certains patients ne répondant pas aux critères d'exclusion (et ayant donc remplis un questionnaire) puissent avoir été hospitalisés : leur état de santé nécessitant au final cette hospitalisation, et leur recours au SAU pouvait à posteriori être considéré comme approprié.

Pour autant l'absence de critère d'exclusion signifiait que ces mêmes patients auraient été en mesure de voir d'abord un médecin généraliste, et leurs réponses restaient pertinentes dans le cadre de cette enquête.

## **V.A. 2) Réalisation de l'étude.**

Nous avons réalisé notre étude dans une période « neutre » du calendrier :

\_ En dehors des vacances scolaires, afin d'éviter au maximum les périodes d'absence des médecins généralistes

\_ En dehors de période épidémique, en particulier de la grippe saisonnière à partir du mois de novembre, responsable d'un afflux de patients à la fois en cabinet de ville et dans les services d'Urgences.

Afin de se soustraire à ces influences l'étude a été réalisée de façon simultanée sur les différents sites. En revanche cela excluait la possibilité d'un recueil auprès des patients par un seul et même enquêteur et nécessitait donc la participation du personnel de ces services.

Les horaires choisis correspondaient à l'ouverture de la majorité des cabinets libéraux afin de répondre à l'objectif de l'étude. Les disparités concernant l'ouverture ou non de ces cabinets le samedi ont conduit à ne pas prendre en compte cette journée.

### **V.A. 3) Limite et biais de l'étude.**

#### **V.A.3.a) Dans l'inclusion des patients.**

L'inclusion des patients devait être effectuée par les IOA avec comme critère d'inclusion l'ensemble des patients se présentant aux urgences aux horaires déterminés (hors permanence des soins), et en tenant compte des critères d'exclusion.

Il s'est avéré que tous les patients qui devaient être inclus ne l'ont pas été pendant la période de l'étude, aucun questionnaire n'étant remplis sur certains sites pendant plusieurs jours, et il est fort improbable que la totalité des patients admis pendant ces périodes aient correspondu aux critères d'exclusion.

Les explications avancées par les IOA ont été un manque d'information (ignorance de l'étude en cours) ou une surcharge de travail les empêchant d'assurer la distribution et la collecte des questionnaires.

Bien que les responsables (médicaux et paramédicaux) des unités aient communiqué sur la tenue de l'étude, le nombre parfois important d'intervenants (au poste d'IOA notamment) et le caractère intermittent de leur poste de travail pouvait expliquer la première de ces raisons.

La seconde était plus difficilement compréhensible lorsqu'il s'agissait de donner au patient un questionnaire et le récupérer ensuite, sans nécessité de le remplir elle-même en dehors de la date.

La prolongation de l'étude pendant deux semaines supplémentaires n'a pas permis d'obtenir un nombre de patients inclus suffisants : 123 sur l'ensemble des sites.

L'objectif a alors été ramené à 50 patients inclus par site, et la réalisation de l'enquête a été assurée par moi-même pour ses 23 derniers questionnaires, excluant de fait la possibilité d'une enquête parfaitement simultanée sur les différents sites.

Une étude similaire pourrait donc, en adaptant son mode de collecte d'information aux difficultés décrites à l'instant, éliminer ce biais d'inclusion.

La présence d'autres structures d'urgences à proximité immédiates de celles où a eu lieu l'étude (par exemple, les urgences de la polyclinique Saint-Côme à Compiègne situées à moins de 3 kilomètres de celles du Centre Hospitalier), pourrait constituer un autre biais d'inclusion en ne reflétant pas exactement le profil des patients concernés par les soins primaires dans la ville en question.

#### V.A.3.b) Dans l'exclusion des patients.

L'exclusion des patients étant arrivés aux urgences autrement que par leur propre moyen (typiquement personnes âgées parfois isolées amenés par les pompiers) a pu entraîner un biais de sélection.

En effet une partie d'entre eux auraient pu décider par eux-mêmes de recourir aux urgences, pour des motifs relevant de la médecine libérale de ville, mais en passant par un appel au centre 15 ou 18 pour pouvoir s'y rendre. L'intervention et l'assentissement d'une régulation téléphonique, médicale ou non, n'étant alors pas forcément synonyme de recours adapté aux urgences.

#### V.A.3.c) Dans les réponses des patients.

Les réponses des patients étant par nature déclaratives et anonymes, il n'a pas été possible de juger a posteriori de l'objectivité totale de celles-ci. Certains des déterminants de leur venue aux urgences ont pu être sous-estimés voire cachés par peur d'être jugé par l'équipe soignante (par exemple : le fait de ne pas avoir cherché à appeler un médecin au préalable, le fait que les

symptômes durent depuis plusieurs jours sans aggravation le jour même, les raisons financières...)

Le court texte introductif placé au début du questionnaire avait ainsi pour but de limiter ce phénomène, en rassurant le patient sur le caractère anonyme de ses réponses, et sur le fait que le questionnaire rempli resterait à l'accueil.

## V. B : DES RESULTATS

### V.B. 1) Profil des patients inclus.

La population incluse dans notre étude était plutôt jeune, avec une discrète prédominance féminine.

Concernant notre sexe-ratio (0,507) : il rejoignait le sexe-ratio national (0,515) et celui du département (0,510).

Les études portant sur le même sujet ne sont pas unanimes concernant le sexe-ratio, certaines études, dont celle de la Drees en 2003, retrouvant une légère prédominance masculine.

Concernant la répartition des patients par tranche d'âge : les résultats de notre étude étaient en accord avec l'étude de la Drees [1] comme avec tous les travaux portant sur le sujet [17] [18] [19] et qui mettent en avant une utilisation accrue des urgences par les générations les plus jeunes.

La faible proportion de personnes âgées dans notre étude (13,3% avait plus de 65 ans) pouvait s'expliquer par les critères d'exclusion, cette catégorie de population pouvant d'avantage présenter une altération de jugement que les sujets jeunes, arrivant plus souvent par le biais d'un véhicule de pompiers, ou étant plus souvent adressé par leur médecin traitant. Il s'agit en outre de patients plus souvent polypathologiques, dont l'état de santé sera plus souvent évalué CCMU 3 à 5 par rapport aux sujets plus jeunes.

Sur ces deux indicateurs (âge et sexe), les populations de patients ne présentaient pas de différence significative (respectivement  $p = 0,270$  et  $p = 0,988$ ) entre les différents sites.

La population de notre étude présentait un niveau d'étude équivalent à celui de l'ensemble de la population.

La comparaison du niveau d'étude des patients inclus et de celui de l'ensemble des isariens (données de l'Insee pour 2015) ne montrait pas de différence significative ( $p = 0,352$ ).

On observait toutefois que la population de Creil était à la fois celle comportant le moins de personnes diplômées (34% n'ayant pas de diplôme), et celle comportant le moins de personnes ayant fait des études supérieures (16%). Comparativement à la population des autres sites, ces



différences n'apparaissent pas significatives ( $p = 0,195$  et  $p = 0,386$  respectivement), probablement du fait de la taille réduite des effectifs.

Les patients inclus déclarent moins souvent un médecin traitant que la population générale.

Ils étaient ainsi 84% à déclarer avoir fait cette démarche auprès de l'assurance-maladie. Les dernières données disponibles [20], datant de mars 2011, faisait état de 89,3% de français ayant déclaré un médecin traitant, et cette valeur était en hausse constante depuis mai 2005, date de l'instauration du « dispositif du médecin traitant » dans la loi. En comparaison, dans l'étude de la Drees effectuée en 2003, ils étaient 87% à déclarer avoir un médecin « habituel », ce qui n'est toutefois pas forcément synonyme de « déclaré » comme médecin traitant [1].

Le niveau de protection sociale est moins important dans cette population par rapport à la population générale.

Il y avait davantage de patients bénéficiant de la CMUc dans notre étude (12%) que dans l'ensemble de la population de l'Oise (entre 7,1 et 8,2% en 2017 [21]).

Par ailleurs 8% des patients déclarait n'avoir aucune couverture complémentaire de ses dépenses de santé (mutuelle).

Il est à noter également une proportion notable (10,67%) de patients n'ayant pas répondu à la question portant sur l'assurance complémentaire ou ayant répondu « ne sait pas ». Cette méconnaissance pourrait traduire un certain niveau de précarité, et on peut suspecter dès lors que les chiffres précédents soient encore sous-évalués.

Par conséquent il devient difficile d'affirmer le caractère significatif ou non de la différence observée.

## **V.B. 2) Recours aux urgences en regard des habitudes et du parcours de soin.**

Notre étude a montré qu'un patient avait d'autant plus de chance de se rendre d'emblée aux urgences sans chercher à joindre un médecin libéral qu'il :

- Est jeune : la différence à ce niveau est nette entre les patients de moins de 35 ans et les autres (bien que non statistiquement significative,  $p = 0,116$ ).

Cela peut s'expliquer à la fois par le rythme de vie de ces patients qui doivent parfois composer avec les horaires professionnels, par le fait que les patients les plus jeunes déclarent moins souvent un médecin traitant (18,5% contre 10,6% chez les plus de 35 ans) et ne le voient que rarement quand ils en ont un (de façon ponctuelle dans 3/4 des cas), et par de nouvelles habitudes de consommation de soin, à travers lesquelles les urgences sont perçues comme un mode d'accès au médecin parmi d'autres.

Ces nouvelles habitudes sont illustrées par les raisons invoquées dans notre étude par les patients auto-référés pour justifier leur recours direct. Ainsi les moins de 35 ans justifiaient dans 56% des cas leur venue par la possibilité d'avoir accès à un plateau technique, contre 39% des patients plus âgés. Ils étaient aussi 28% à penser que leur prise en charge serait meilleure à l'hôpital qu'en ville (22% chez les plus de 35 ans).

- Habite à proximité du centre hospitalier : en particulier lorsqu'il habite à moins de 5 km de celui-ci ( $p = 0,085$ ).
- Habite loin du cabinet de son médecin généraliste (effectifs trop faibles pour la réalisation d'un test statistique).

Ses deux derniers déterminants apparaissent logiques et attendus. Ils restent difficiles à interpréter dans notre étude si l'on tient compte du fait que les patients ne viennent pas forcément de leur domicile (ils peuvent consulter à proximité de leur lieu de travail par exemple, ou à l'occasion d'un déplacement professionnel, ou de leurs vacances, etc.) ou n'ont pas nécessairement leur médecin traitant dans un rayon proche de leur résidence (par exemple un étudiant résidant temporairement dans une des villes où a lieu l'étude mais originaire d'une autre région et suivi habituellement là-bas).

- N'a pas de médecin traitant déclaré.

Pour ces patients, se rendre aux urgences peut être le mode d'accès au soin choisi prioritairement (c'est ce que disent 43% d'entre eux lorsqu'on leur pose la question), mais peut aussi résulter d'un refus de la part des cabinets libéraux proposer un RDV à ces personnes « étrangères » au cabinet. Une étude portant sur les modalités de prise de RDV au sein des cabinets médicaux libéraux pourrait être assez éclairante à ce niveau, et contribuerait à une meilleure connaissance des difficultés d'accès au soin de la population.

Dans notre étude, 4 patients n'ayant pas de médecin traitant ont ainsi tenté de joindre un cabinet libéral au préalable : pour 2 d'entre eux il a été conseillé de se rendre aux urgences, pour les 2 autres l'impossibilité d'avoir un RDV dans la journée les a poussés à se rendre à l'hôpital.

Contre toute attente, les résultats de notre étude ne montraient pas d'influence pour certains autres critères sur le comportement des patients dans leur trajectoire de soins :

- L'ancienneté des symptômes.

Que le problème de santé soit survenu le jour même ou qu'il évolue depuis plus longtemps sans s'aggraver, les proportions des patients auto-référés appelant d'abord un médecin ou se rendant d'emblée aux urgences s'approchaient de 50%.

- Le niveau d'étude : Les patients les plus diplômés (baccalauréat ou d'avantage) ont un comportement similaire à ceux n'ayant pas de diplômes, se rendant d'emblée aux urgences dans les mêmes proportions.

Cependant, ils ne s'y rendent pas mais pas pour les mêmes raisons. Ainsi le sentiment d'avoir besoin d'examen complémentaires et/ou d'un avis spécialisé rapidement est évoqué par 57% des patients ayant au moins le baccalauréat contre 24% des patients sans diplôme ( $p = 0,005$ ). A l'inverse une majorité de patients sans diplômes déclarent avoir déjà vu un médecin généraliste pour le même problème de santé, se rendant aux urgences en l'absence d'évolution favorable. Cette raison est citée par moins d'un quart des patients avec diplôme ( $p = 0,197$ ).

Une part importante des consultations non graves aux urgences pourrait correspondre à des patients en activité professionnelle, souhaitant une prise en charge à la fois rapide et exhaustive, permettant un diagnostic rapide et la mise en œuvre immédiate du traitement, plutôt que des aller-retours entre le cabinet de médecine libérale et le cabinet de radiologie ou le laboratoire, impliquant une prise en charge étalée la plupart du temps sur plusieurs jours.

C'est à un constat similaire que d'autres travaux portant sur le sujet aboutissaient (ceux de la Drees en 2003 et 2013 le suggéraient [1] [22], les travaux de Hascoët et Bouniort l'affirmaient [17] [19]).

### **V.B. 3) Des modalités de recours aux soins primaires différentes selon le bassin de vie.**

Quelques spécificités du recours aux urgences pour des motifs « peu graves » sont liés à des caractéristiques locales, « territoriales » dont font partie la configuration géographique ou les données démographiques (dont la démographie médicale).

L'alternative Urgence médecin Oise constitue une de ces caractéristiques les plus notable mais son impact sera traité dans une autre partie.

Ainsi les patients de Beauvais semblent être confrontés à de plus grandes difficultés d'accès aux soins de premiers recours que le sud ou l'est du département.

Les patients de Beauvais font davantage de route pour se rendre aux urgences, la moitié d'entre eux habitent à plus de 15 kilomètres du centre hospitalier. 18% sont mêmes distant de plus de 30 kilomètres (contre 10% à Compiègne et 2% à Creil).

Cela s'explique par la position géographique des différents services d'urgences de l'Oise et de sa périphérie : Beauvais constitue le seul service d'un grand tiers ouest du département. Par ailleurs la taille réduite de l'hôpital de Clermont (le plus proche dans le département) pourrait pousser certains patients habitant à proximité à se diriger vers Beauvais, le trajet entre les deux villes ne prenant pas plus de 20 minutes par la RN 31.

Les patients de Beauvais sont aussi plus nombreux à considérer qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes installés près de chez eux, et qui évaluent le plus négativement leur accès aux consultations de médecine générale.

Cette appréciation est cohérente avec les données de la densité médicale dans le département évoquées dans la partie « état des lieux dans l'Oise ».

Les consultants de Compiègne constituent une population plus rurale, en moyenne plus diplômée. Ils sont ceux qui en proportion, ont le moins tenté de joindre leur médecin avant leur venue aux urgences. Parmi ceux dans cette situation, la majorité (64%) déclarait vouloir bénéficier du plateau technique et/ou de l'accès aux spécialistes (contre 39% des patients auto-référés à Beauvais et 30% à Creil, différence significative avec  $p = 0,030$ ). Cela rejoint le constat fait dans la partie précédente concernant les attentes des patients vis-à-vis du système de soin en fonction de leur niveau d'éducation.

Les consultants de Creil constituent une population plus urbaine, habitant dans leur majorité à proximité de l'hôpital (bassin Creillois). Leur niveau d'éducation est plus faible, leur couverture santé moins bonne et ils déclarent moins souvent un médecin traitant.

#### **V.B. 4) La question d'une structure alternative supplémentaire.**

##### V.B.4.a) Là où elle existe, à Creil, avec Urgence médecin Oise (ex SOS-médecin).

Présents depuis 12 ans à Creil, la structure semble bien connue des habitants de l'agglomération creilloise, ou en tout cas des usagers des urgences interrogés lors de notre enquête, dont un tiers qui y avait déjà eu recours.

Son intérêt ne se limite pas à la permanence des soins, où à la possibilité d'une visite à domicile, comme le montre les chiffres d'activité de la structure. Il constitue un pôle de consultation à une adresse précise, dont l'essentiel de l'activité à lieu en journée et en semaine, effectué par des médecins libéraux.

Ce constat établi, il serait intéressant de connaître le parcours de soins des patients y consultant en semaine de 8h à 19h ainsi que les attentes de ceux-ci vis-à-vis de la structure, comme nous l'avons fait avec les patients des urgences.

S'agit-il en majorité de patients n'ayant pas de médecin traitant, et ayant uniquement recours à la structure en cas de besoin ? De patients dont le médecin traitant est indisponible à ce moment-là (surchargé, en vacances ?) Ou encore de patients réorientés depuis les urgences vers le centre de consultation, situé à seulement 200 mètres ?

##### V.B.4.b) La où elle n'existe pas, à Beauvais et Compiègne.

L'hypothèse d'une offre de soin de premier recours, autre que le cabinet de médecine libérale et les urgences, intéresse une très large majorité des patients consultant dans ces deux villes.

A Beauvais, où les difficultés d'accès au médecin généraliste semblent plus marquées qu'ailleurs, aucun patient ne l'a considéré comme inutile. A Compiègne il s'agissait seulement d'un patient sur cinq, ce qui souligne à quel point l'offre de soin actuelle paraît insuffisante pour toutes ces personnes.

Autre point à mettre en avant, la faible proportion de patients pour qui la possibilité de visites à domicile serait l'intérêt principal de cette structure alternative (comme à Creil). Cela pourrait s'expliquer par deux raisons : la constante diminution des actes au domicile des patients (observés dans l'exercice de la médecine libérale depuis 2002 avec l'encadrement des visites à domicile) est une évolution connue et bien intégrée par les patients qui chercheraient moins à faire venir le médecin chez eux. D'autre part les patients âgés sont sous-représentés dans notre étude comme nous l'avons vu, alors qu'ils sont les plus concernés par cette question, car moins souvent à même de se rendre au cabinet médical par leurs propres moyens.

L'impact que la présence d'une telle structure pourrait avoir, en particulier en termes de nombre de passage aux urgences dans les villes en question, reste cependant très difficile à évaluer.

Si un grand nombre des patients interrogés lors de l'enquête (40% à Compiègne, 65% à Beauvais) estiment qu'elle leur aurait permis de ne pas se rendre à l'hôpital, les modalités pratiques de l'exercice de cette structure pourraient ne pas correspondre à la vision que les patients en avaient au moment de répondre à la question : disponibilité, délai d'action, tarif des actes de soins (et leur remboursement seulement partiel par l'assurance maladie)... n'en ferait peut-être pas une alternative aussi attractive pour les patients que ce qu'il ressort de nos résultats.

## V. C : DES PERSPECTIVES

Cette étude visait à mieux connaître les patients auto-référés aux urgences qui *à priori* ne relevait pas d'une prise en charge hospitalière, et a donc choisi de ne pas s'intéresser au devenir des patients au-delà du bureau de l'IOA ou de la salle d'attente des services d'urgences. Elle n'apporte pas d'éléments permettant de proposer des améliorations dans le fonctionnement des services d'urgences ou dans la prise en charge des patients, que ce soit dans le service ou au décours.

En revanche l'analyse des données que nous avons collecté offre des pistes de réflexion pour optimiser le parcours de soins de personnes qui auraient tendance à se diriger vers l'hôpital à mauvais escient.

### 1) V.C. 1) faciliter la prise de rendez-vous dans son cabinet médical.

Pour l'essentiel, cette évolution dépend de la façon dont le médecin généraliste organise la prise de RDV. Par exemple, notre étude constate qu'une proportion notable de patients dit regretter l'absence de plage de consultation sans RDV ou des horaires d'ouverture des cabinets trop restreints. Améliorer cet aspect impliquerait obligatoirement que le médecin modifie ses habitudes et l'organisation de sa journée de travail.

L'exercice en cabinet de groupe augmente les chances pour un patient d'être vu en consultation dans son cabinet habituel. Si son médecin traitant est absent ou n'a plus de RDV à proposer, le patient peut voir l'un de ces collègues qui pourra le plus souvent avoir accès au dossier médical de celui-ci. Il existe depuis plusieurs années une incitation de la part des pouvoirs publics en faveur de ce mode d'exercice, qui est de plus en plus pratiqué, notamment par les médecins généralistes libéraux les plus jeunes [23].

Enfin, de nouvelles façons de prendre RDV apparaissent et permettent de prendre RDV en ligne de façon beaucoup plus pratique et souple par le patient : accessible à tout instant, avec possibilité de bloquer soi-même son RDV en choisissant parmi tous les créneaux encore disponibles.

## 2) V.C. 2) Modifier le fonctionnement des maisons médicales de garde.

Les maisons médicales de garde (MMG) sont des lieux fixes de garde médicale assurant la permanence des soins le week-end et les jours fériés (mais uniquement en journée), de façon sectorisée, dont l'accès est régulé par le centre 15.

Dans l'Oise, on en trouve à Compiègne, Beauvais, Crépy-en-Valois, Grandvilliers et plus récemment Noyon. Le centre de consultation de Urgence médecin Oise n'est pas considéré comme une MMG, son mode de fonctionnement étant entièrement différent. Il en assure toutefois les missions, en collaboration avec l'ARS, et aucune MMG n'est établie dans le secteur de Creil.

Etant donné que les trois quarts des passages aux urgences ont lieu en dehors de la permanence des soins [1], se pose la question de leur ouverture du lundi au vendredi en plus des week-ends et des jours fériés (comme c'est déjà le cas à Creil).

Leur présence à proximité immédiate, voire dans les locaux des centres hospitaliers présente plusieurs avantages :

- Elles sont faciles à localiser pour les patients, la position de l'hôpital leur étant soit déjà connue, soit facile à trouver via la signalétique routière.
- De plus l'hôpital constitue une structure dans laquelle les patients ont confiance.
- La réorientation des patients peut y être envisagée, dans un sens ou dans l'autre : soit un patient se présentant aux urgences alors que son état ne le nécessite pas vers la MMG, soit un patient venant d'emblée à la MMG, mais dont l'état de santé est plus grave qu'évalué initialement, vers le SAU.
- La réalisation d'examen complémentaires pourrait y être facilitée (ce n'est pas le cas actuellement dans la plupart des MMG). Le médecin assurant les consultations pourrait bénéficier d'un accès facile et rapide à de nombreux examens complémentaires lorsque cela serait nécessaire. Notre étude a montré que ce critère est important aux yeux de nombreux usagers des urgences.

Dans le fonctionnement actuel, ce sont les médecins libéraux installés dans le secteur qui, par roulement, assure les gardes, sans retentissement sur leur activité au sein de leur cabinet puisque sur des créneaux horaires ou ceux-ci sont fermés.



Dans l'hypothèse d'une ouverture en semaine hors permanence des soins, plusieurs cas de figure peuvent être envisagés : Recrutement de ces mêmes médecins, présents à la MMG plutôt qu'à leur cabinet, une ou deux journées par mois en moyenne (l'incitation financière pourrait permettre ce recrutement mais ces médecins seraient moins disponibles pour leurs propres patients). Recrutement de médecins travaillant à plein temps, en semaine, dans la MMG (libéraux, ou bien salariés, par exemple par l'ARS ou la municipalité / l'intercommunalité dont dépend la MMG) ...

Ce mode de consultation n'aurait pas vocation à se substituer au suivi « classique » par un médecin traitant, le médecin de la MMG n'ayant pas les mêmes rôles tels que définis dans la législation. Le maintien d'un accès régulé par le 15 permettrait d'éviter un recours trop systématique.

Le passage à la MMG serait aussi l'occasion d'une démarche éducative vis-à-vis du patient, avec rappel des conduites à tenir en cas de soucis de santé : quand appeler le 15, quels sont les symptômes qui doivent inquiéter et amener à se rendre aux urgences, à l'inverse dans quelles situations peut-on attendre 24h ou d'avantage pour pouvoir voir son médecin habituel...



## **Conclusion**

Les patients auto-référés consultant en journée et en semaine dans les services d'urgences de l'Oise ont, le plus souvent, choisi de s'y rendre sans avoir essayé de consulter un médecin généraliste au préalable.

Ces patients sont plutôt jeunes et voient assez rarement leur médecin traitant, quand ils en ont un, préférant une prise en charge rapide et globale, au sein d'une structure à laquelle ils font confiance et dans laquelle ils peuvent se rendre quand ils le souhaitent. C'est d'autant plus vrai lorsque cette accessibilité est aussi géographique, avec une grande proportion d'usagers des urgences qui habitent à proximité des hôpitaux en question.

Les difficultés d'accès aux consultations de médecine générale sont diversement ressenties au sein de la population isarienne, mais sont le plus souvent corrélées aux données disponibles sur la densité médicale libérale dans le département.

En comparaison des urgences, le recours aux cabinets libéraux peut apparaître comme d'avantage contraignant, nécessitant le plus souvent une prise de rendez-vous, avec parfois plusieurs jours de délais, et sur des créneaux horaires contraignant pour des patients ayant une activité professionnelle. De nombreuses personnes relèvent un temps d'attente trop important dans les salles d'attente des cabinets libéraux, sans que l'on sache s'il s'agit alors de consultations « libres » sans RDV ou de retards de la part des médecins. Cela peut paraître surprenant au regard des temps d'attente que ces patients subissent parfois aux urgences.

Il serait intéressant de confronter ce ressenti des patients à des données objectives concernant l'organisation des cabinets libéraux en termes de modalités de prise et de délais de RDV, par exemple en réalisant une enquête auprès des médecins généralistes du département.

Améliorer l'accessibilité des consultations de médecine générale en répondant d'avantage aux attentes des patients, mais aussi mieux informer ceux-ci au sujet des différents modes d'accès aux soins de premier recours pourrait contribuer au désengorgement des urgences.

A Creil, la structure Urgence Médecin Oise y contribue déjà, y compris hors de la permanence des soins, alors que les maisons médicales de garde ne sont ouvertes que le week-end dans d'autres secteurs géographiques de l'Oise. Une réorganisation de celles-ci pourrait fournir une alternative efficace aux recours déjà existants.



## ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire urgences de Beauvais  
(Similaire à celui de Compiègne).

Site de Beauvais

Jour de la semaine :     lundi     mardi     mercredi     jeudi     vendredi

Heure :

Questionnaire rempli par :     Patient     Proche du patient     Infirmière

**Madame, monsieur,**

**Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.**

**Les données recueillies font l'objet d'une étude statistique dans le cadre d'une thèse de médecine générale, portant sur l'accès aux soins médicaux dans l'Oise.**

**Une fois remplis, ce questionnaire restera à l'accueil et vos réponses n'auront aucune incidence sur votre prise en charge ultérieure dans le service. Elles resteront anonymes et confidentielles.**

**I.    DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

1) **Vous êtes :**     un homme                       une femme

2) **Votre âge :**     < 35ans                       35 à 50 ans                       50 à 65 ans                       > 65 ans

3) **Votre niveau d'étude :**

- Pas de diplôme
- Niveau CAP ou BEP
- Niveau baccalauréat
- Etudes supérieures
- Ne sait pas

4) **Votre lieu d'habitation :**

- Une ville de plus de 15.000 habitants (dans l'Oise : Beauvais, Compiègne, Creil, Nogent-sur-Oise, Senlis)
- Une ville de moindre importance ou un grand village
- Une commune rurale (environ moins de 1000 habitants)

5) **La distance entre votre lieu d'habitation et le service des urgences où vous vous trouvez :**

- Moins de 5 Kms                       Entre 15 et 30 Kms
- Entre 5 et 15 Kms                       Plus de 30 Kms
- Ne sait pas (précisez commune d'habitation : \_\_\_\_\_ )

## II. COUVERTURE MALADIE ET SUIVI MEDICAL

### 1) **Bénéficiez-vous :**

- du régime de la sécurité sociale ?
- de l'AME (Aide Médicale d'Etat) ou de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?
- d'aucun de ces droits ?
- ne sait pas

### 2) **Concernant l'assurance complémentaire, bénéficiez-vous :**

- d'une complémentaire santé ?
- de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ?
- d'aucun de ces dispositifs ?
- ne sait pas

### 3) **Avez-vous un médecin traitant déclaré auprès de l'assurance maladie ?**

- OUI                       NON

#### a) **Si OUI** : votre médecin vous suit :

- de façon occasionnelle : pour des demandes ponctuelles
- de façon pluriannuelle (tous les 2 à 6 mois) pour un ou plusieurs problème(s) de santé.
- au moins une fois par mois.
- autre situation (précisez : \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )

Quelle est la distance entre votre lieu d'habitation et le cabinet de votre médecin :

- Moins de 5 Kms                       Entre 15 et 30 Kms
- Entre 5 et 15 Kms                       Plus de 30 Kms
- Ne sait pas (précisez commune d'habitation et médecin traitant : \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )

#### b) **Si NON** : que faites-vous habituellement en cas de problème de santé ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai jamais de problème de santé.
- Je vois le même médecin en général, à son cabinet.
- Je vois n'importe quel médecin disponible, à son cabinet.
- Je fais venir un médecin à mon domicile
- Je me rends aux urgences.
- Autre attitude (précisez : \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )

### III. CONCERNANT VOTRE VENUE AUX URGENCES

(A remplir uniquement si vous avez un médecin traitant déclaré, sinon, merci de passer directement à la partie IV)

1) Le problème qui vous a fait venir aux urgences existe :

- depuis moins de 24h.
- depuis plusieurs jours, voire d'avantage mais s'est aggravé aujourd'hui.
- depuis plusieurs jours, voire d'avantage, sans changement aujourd'hui.

2) Avez-vous essayé d'appeler votre médecin traitant pour ce problème avant de venir aux urgences ?

- OUI       NON

a) (si OUI) oui, je l'ai appelé **mais**:

- je n'ai pas réussi à le joindre (lui ou sa secrétaire).
- il n'y avait pas de rdv possible dans l'heure.
- il n'y avait pas de rdv possible dans la journée.
- il n'y avait pas de rdv possible dans la semaine.
- il ne se déplaçait pas au domicile.
- il m'a dit d'aller aux urgences.
- c'est son remplaçant qui est présent aujourd'hui.

b) (si NON) non, je suis venu d'emblée aux urgences **car** :  
(plusieurs réponses possibles)

- j'ai déjà consulté mon médecin pour ce problème et cela n'a pas suffi à le résoudre.
- j'étais plus proche des urgences que du cabinet de mon médecin.
- je pense que mon problème nécessite des examens complémentaires et/ou l'avis d'un spécialiste rapidement.
- je suis déjà suivi pour ce problème par un médecin spécialiste exerçant dans l'établissement.
- je pouvais venir sans rdv
- je n'ai pas à avancer les frais de la consultation
- je pense être mieux soigné à l'hôpital.
- autre raison (précisez : \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )



## IV. CONSULTER UN MEDECIN DANS MA REGION

1) Pour vous, l'accès aux consultations de médecine générale autour de chez vous est :

- très bonne ----- (ex : j'obtiens un rdv avec mon médecin traitant ou tout autre médecin généraliste quand je le désire)
- bonne
- moyenne ----- (ex : difficultés fréquentes pour obtenir un rdv mais il est toujours possible d'y arriver, même avec un peu de retard)
- mauvaise
- très mauvaise ----- (ex : presque toujours impossible de prendre rdv, ou avec plusieurs jours de retard, autres médecins trop éloignés géographiquement, etc.)
- sans opinion

2) Pour vous, quels sont les difficultés rencontrées autour de chez vous pour pouvoir consulter un médecin généraliste : (plusieurs réponses possibles)

- Il n'y a pas assez de médecins généralistes dans mon secteur
- Le ou les médecin(s) le(s) plus proche(s) géographiquement sont tout de même trop éloigné(s) de chez moi
- Mon médecin (ou les médecins en général) ne se déplace pas assez au domicile
- Mon médecin (ou les médecins en général) est trop difficile à joindre
- Mon médecin (ou les médecins en général) a des horaires de travail trop restrictifs / ne correspondant pas à mes horaires de disponibilité.
- Mon médecin (ou les médecins en général) consulte trop sur rdv, et ne ménage pas, ou pas assez, de plage horaire de consultation libre (sans rdv).
- Il y a trop d'attente dans les cabinets médicaux
- La consultation est trop courte / je n'ai pas le temps d'expliquer mon problème
- Le paiement de la consultation peut poser problème.

3) Concernant une alternative aux cabinets libéraux et aux urgences :

a ) Habitez-vous à Beauvais, ou à proximité ? (à moins de 10 min en voiture)

- oui : passez à la question suivante
- non : fin du questionnaire

b ) Pensez-vous que l'implantation d'un service d'urgence médical en dehors de l'hôpital (type « SOS médecin ») dans votre ville pourrait avoir un intérêt pour vous-même à l'avenir ?

- oui, cela permettrait de ne pas se rendre aux urgences si le généraliste n'est pas disponible
- oui, car il se déplacerait au domicile lorsque cela serait nécessaire
- Non, car le suivi au cabinet, et si besoin le recours aux urgences hospitalières, suffisent.

c ) Pensez-vous que la présence d'un service de type « SOS médecin » dans votre ville aurait pu vous éviter de vous rendre aux urgences hospitalières aujourd'hui ?

- oui
- non
- peut-être
- sans opinion

**FIN DU QUESTIONNAIRE – MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION**



## Annexe 2 : Questionnaire urgences de Creil

(Ne diffère des précédents que dans sa dernière partie)

Site de Creil

Jour de la semaine :     lundi     mardi     mercredi     jeudi     vendredi

Heure :

Questionnaire rempli par :     Patient     Proche du patient     Infirmière

**Madame, monsieur,**

**Merci de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.**

**Les données recueillies font l'objet d'une étude statistique dans le cadre d'une thèse de médecine générale, portant sur l'accès aux soins médicaux dans l'Oise.**

**Une fois remplis, ce questionnaire restera à l'accueil et vos réponses n'auront aucune incidence sur votre prise en charge ultérieure dans le service. Elles resteront anonymes et confidentielles.**

**I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

1) **Vous êtes :**     un homme                       une femme

2) **Votre âge :**     < 35ans                       35 à 50 ans                       50 à 65 ans                       > 65 ans

3) **Votre niveau d'étude :**

- Pas de diplôme
- Niveau CAP ou BEP
- Niveau baccalauréat
- Etudes supérieures
- Ne sait pas

4) **Votre lieu d'habitation :**

- Une ville de plus de 15.000 habitants (dans l'Oise : Beauvais, Compiègne, Creil, Nogent-sur-Oise, Senlis)
- Une ville de moindre importance ou un grand village
- Une commune rurale (environ moins de 1000 habitants)

5) **La distance entre votre lieu d'habitation et le service des urgences où vous vous trouvez :**

- Moins de 5 Kms                       Entre 15 et 30 Kms
- Entre 5 et 15 Kms                       Plus de 30 Kms
- Ne sait pas (précisez commune d'habitation : \_\_\_\_\_ )

## II. COUVERTURE MALADIE ET SUIVI MEDICAL

### 1) **Bénéficiez-vous :**

- du régime de la sécurité sociale ?
- de l'AME (Aide Médicale d'Etat) ou de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?
- d'aucun de ces droits ?
- ne sait pas

### 2) **Concernant l'assurance complémentaire, bénéficiez-vous :**

- d'une complémentaire santé ?
- de la CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) ?
- d'aucun de ces dispositifs ?
- ne sait pas

### 3) **Avez-vous un médecin traitant déclaré auprès de l'assurance maladie ?**

- OUI                       NON

#### c) **Si OUI** : votre médecin vous suit :

- de façon occasionnelle : pour des demandes ponctuelles
- de façon pluriannuelle (tous les 2 à 6 mois) pour un ou plusieurs problème(s) de santé.
- au moins une fois par mois.
- autre situation (précisez : \_\_\_\_\_ )

Quelle est la distance entre votre lieu d'habitation et le cabinet de votre médecin :

- Moins de 5 Kms                       Entre 15 et 30 Kms
- Entre 5 et 15 Kms                       Plus de 30 Kms
- Ne sait pas (précisez commune d'habitation et médecin traitant : \_\_\_\_\_ )

#### d) **Si NON** : que faites-vous habituellement en cas de problème de santé ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai jamais de problème de santé.
- Je vois le même médecin en général, à son cabinet.
- Je vois n'importe quel médecin disponible, à son cabinet.
- Je fais venir un médecin à mon domicile
- Je me rends aux urgences.
- Autre attitude (précisez : \_\_\_\_\_ )

### III. CONCERNANT MA VENUE AUX URGENCES

(A remplir uniquement si vous avez un médecin traitant déclaré, sinon, merci de passer directement à la partie IV)

4) Le problème qui vous a fait venir aux urgences existe :

- depuis moins de 24h.
- depuis plusieurs jours, voire d'avantage mais s'est aggravé aujourd'hui.
- depuis plusieurs jours, voire d'avantage, sans changement aujourd'hui.

5) Avez-vous essayé d'appeler votre médecin traitant pour ce problème avant de venir aux urgences ?

- OUI       NON

a) (si OUI) oui, je l'ai appelé **mais**:

- je n'ai pas réussi à le joindre (lui ou sa secrétaire).
- il n'y avait pas de rdv possible dans l'heure.
- il n'y avait pas de rdv possible dans la journée.
- il n'y avait pas de rdv possible dans la semaine.
- il ne se déplaçait pas au domicile.
- il m'a dit d'aller aux urgences.
- c'est son remplaçant qui est présent aujourd'hui.

b) (si NON) non, je suis venu d'emblée aux urgences **car** :  
(plusieurs réponses possibles)

- j'ai déjà consulté mon médecin pour ce problème et cela n'a pas suffi à le résoudre.
- j'étais plus proche des urgences que du cabinet de mon médecin.
- je pense que mon problème nécessite des examens complémentaires et/ou l'avis d'un spécialiste rapidement.
- je suis déjà suivi pour ce problème par un médecin spécialiste exerçant dans l'établissement.
- je pouvais venir sans rdv
- je n'ai pas à avancer les frais de la consultation
- je pense être mieux soigné à l'hôpital.
- autre raison (précisez : \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ )

## IV. CONSULTER UN MEDECIN DANS MA REGION

### 1) Pour vous, l'accès aux consultations de médecine générale autour de chez vous est :

- très bonne ----- (ex : j'obtiens un rdv avec mon médecin traitant ou tout autre médecin généraliste quand je le désire)
- bonne
- moyenne ----- (ex : difficultés fréquentes pour obtenir un rdv mais il est toujours possible d'y arriver, même avec un peu de retard)
- mauvaise
- très mauvaise ----- (ex : presque toujours impossible de prendre rdv, ou avec plusieurs jours de retard, autres médecins trop éloignés géographiquement, etc.)
- sans opinion

### 3) Pour vous, quels sont les difficultés rencontrées autour de chez vous pour pouvoir consulter un médecin généraliste : (plusieurs réponses possibles)

- Il n'y a pas assez de médecins généralistes dans mon secteur
- Le ou les médecin(s) le(s) plus proche(s) géographiquement sont tout de même trop éloigné(s) de chez moi
- Mon médecin (ou les médecins en général) ne se déplace pas assez au domicile
- Mon médecin (ou les médecins en général) est trop difficile à joindre
- Mon médecin (ou les médecins en général) a des horaires de travail trop restrictifs / ne correspondant pas à mes horaires de disponibilité.
- Mon médecin (ou les médecins en général) consulte trop sur rdv, et ne ménage pas, ou pas assez, de plage horaire de consultation libre (sans rdv).
- Il y a trop d'attente dans les cabinets médicaux
- La consultation est trop courte / je n'ai pas le temps d'expliquer mon problème
- Le paiement de la consultation peut poser problème.

### 3) Concernant l'organisme SOS médecin :

- a) Connaissez-vous SOS médecin ?  oui  non
- b) Avez-vous déjà eu recours à SOS médecin ?  oui  non
- c) Trouvez-vous que la présence de SOS médecin à Creil améliore votre accès à la consultation médicale ? (une seule réponse requise)
  - Oui, il est une alternative au cabinet de médecine générale qui permet de ne pas se rendre aux urgences quand le généraliste n'est pas disponible
  - Oui, car il se déplace au domicile lorsque cela est nécessaire
  - Non, car le suivi en cabinet de médecine générale, et si besoin le recours aux urgences hospitalières, me paraissent suffisant.

**FIN DU QUESTIONNAIRE – MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION**

Annexe 3 : Feuille d'information à destination des IOA



A l'attention des IOA du service d'accueil des urgences du CH de (Site de l'étude) :

**Dans le cadre d'un travail de thèse, je vous prie de faire remplir le questionnaire joint aux patients se présentant aux urgences :**

Du lundi 10 octobre au vendredi 14 octobre 2016  
Et de 8h00 à 19h00

**En remplissant le cadre initial : date, heure et identité de la personne remplissant le questionnaire.**

**Merci d'aider, dans la mesure du possible, les patients à remplir leur questionnaire lorsqu'ils n'y parviennent pas seul.**

Si l'activité du service vous en empêche, merci de collecter tout de même le questionnaire non ou partiellement rempli en y écrivant : « questionnaire incomplet »

**Doivent être exclus de cette étude :**

- \_ Patients de **moins de 16 ans** / relevant des urgences pédiatriques
- \_ **Patients adressés** par leur médecin traitant, tout autre médecin, ou le centre 15.
- \_ Urgences vitales (classification à l'entrée **CCMU 4 ou 5**)
- \_ **Traumatisme avec recours** nécessaire (et évident d'emblée) à l'imagerie et/ou à la suture et/ou à un avis chirurgical
- \_ **Patients n'ayant pas décidé** d'eux-mêmes de venir aux urgences : amenés par les pompiers, pathologie psychiatrique, démence...

Pour toute remarque ou demande de renseignement vous pouvez me contacter pendant toute la durée de l'étude:

06.23.XX.XX.XX  
xxxxxxxxxxxx@gmail.com

En vous remerciant par avance,

Charles GUEROT  
Médecin remplaçant, étudiant en DES de médecine générale de la faculté d'Amiens.

## Bibliographie

- [1] BAUBEAU D., CARRASCO V., Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, études et résultats, DREES n°215, janvier 2003.
- [2] Les établissements de santé, Fabien Toutlemonde, Drees, édition 2017, 127-129.
- [3] GRALL J-Y., Evaluation du plan Urgences 2004-2008, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, Ministère de la Santé, janvier 2007.
- [4] RAULT J-F. LE BRETON LEROUVILLOINS G. La démographie médicale en Picardie, situation en 2013. Ordre national des médecins, conseil de l'Ordre. 2013.
- [5] Diagnostic territorialisé de santé de la région des Hauts-de-France, ARS des Hauts-de-France, Janvier 2017.
- [6] Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.
- [7] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance Maladie, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=>.
- [8] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- [9] Charte de Médecine d'Urgence, Société Française de Médecine d'Urgence, Septembre 2003, consultable sur [sfmu.org](http://sfmu.org).
- [10] CLARET P-G., et al, Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions, Annales Françaises de Médecine d'Urgences, 2014.
- [11] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), données de 2008.
- [12] Les Urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, rapport de la Cours des Comptes, sept 2014, p 372-373.
- [13] CNAMTS. Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville, ORUMIP Rapport final, 2004.
- [14] INSEE, statistiques locales consultables sur <https://statistiques-locales.insee.fr>, dernier accès le 12/09/2018.

- [15] JAMME J. LE SCOUEZEC P. Un portrait de l'Oise, INSEE, décembre 2016.
- [16] Pacte territoire santé 2012-2015, Ministère des Solidarités et de la Santé, consultable sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>.
- [17] BOUNIORT L., « Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation », 2012, p83.
- [18] MORCANT F., « Etats des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale », 2015, p37.
- [19] HASCOET J., « Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? », 2013, p72.
- [20] Programme de Qualité et Efficience de la Sécurité Sociale volet « maladie », 2012, p114.
- [21] Rapport d'activité 2017 du fonds CMU, p23.
- [22] VUAGNAT A., Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé, Drees, 2013.
- [23] GAUTIER A., et al, Baromètre santé médecins généralistes 2009, inpes, p224.



## Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

## **Etude sur le recours direct aux urgences hospitalières, pour des actes relevant de la médecine générale libérale, sur trois principaux hôpitaux de l'Oise.**

Le recours aux urgences hospitalières, en constante augmentation, n'est pas toujours justifié d'un point de vue médical. De multiples causes sont avancées pour expliquer ce phénomène, au premier rang desquelles l'accès trop limité au médecin généraliste libéral. Dans le département de l'Oise, qui se caractérise par une faible densité de médecins et une moyenne d'âge élevée de ceux-ci, un usage pertinent de l'accès aux soins primaires constitue un vrai enjeu de Santé Publique.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les principaux freins à la consultation en médecine générale. Les objectifs secondaires sont de déterminer l'impact des différences géographiques et de démographie médicale sur le recours aux urgences à travers le département de l'Oise, et d'évaluer l'intérêt que portent les populations concernées à une structure alternative de type SOS-médecins.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique prospective, multicentrique et quantitative au cours de l'automne 2016 sur trois centres hospitaliers de l'Oise. Les patients dont on supposait que la prise en charge ne relevait pas spécifiquement d'un service d'urgences ont rempli un questionnaire anonymisé de quatre pages, visant à préciser leurs caractéristiques socio-économiques, leur parcours de soin en amont de leur venue aux urgences et leur appréciation de l'accès aux soins autour de chez eux.

La population étudiée était plutôt jeune, féminine, habitant en zone urbaine à proximité du service d'urgences, La majorité des consultants n'avait pas cherché à joindre un médecin libéral avant leur venue aux urgences. Les causes principales du recours étaient une meilleure confiance dans la technicité et les compétences présentes à l'hôpital, avant les questions d'accessibilités. L'impression d'un accès correct ou non au médecin généraliste libéral n'est pas la même suivant son lieu d'habitation, avec un ressenti moins bon autour de Beauvais. Enfin, la présence de SOS médecins apparaît bien connue des habitants de Creil. Elle semble répondre à une demande qui existe également dans les autres villes du département.

Les déterminants du choix du recours aux urgences sont complexes et ne se limitent pas à la seule question du manque de médecin généraliste. Ils sont partagés par les habitants des différents bassins de population de l'Oise malgré des profils socio-économiques et des ressentis différents. L'organisation du système des soins primaires doit être adaptée en ce sens, à travers des voies d'accès complémentaires et une meilleure information des patients.

Mots-clés : Recours aux urgences, médecine générale, système de soin, démographie médicale.