



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 19 avril 2017

par

Florian BOUQUIN

ELEVE DE L'ECOLE DU VAL DE GRACE - PARIS

ANCIEN ELEVE DE L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES DE LYON-BRON

IDENTIFICATION DES MOTIVATIONS DES CONSULTANTS AUX URGENCES DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LEGOUEST

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT, Professeur

M. Denis ZMIROU-NAVIER, Professeur

Mme. Nelly AGRINIER, Maître de Conférence

M. Moni CHAI, Docteur en médecine

Président de jury

Juge

Juge

Directeur de thèse

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

le 19 avril 2017

par

Florian BOUQUIN

ELEVE DE L'ECOLE DU VAL DE GRACE - PARIS

ANCIEN ELEVE DE L'ECOLE DE SANTE DES ARMEES DE LYON-BRON

IDENTIFICATION DES MOTIVATIONS DES CONSULTANTS AUX URGENCES DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LEGOUEST

Examineurs de la thèse :

M. Pierre-Edouard BOLLAERT, Professeur

Président de jury

M. Denis ZMIROU-NAVIER, Professeur

Juge

Mme. Nelly AGRINIER, Maître de Conférence

Juge

M. Moni CHAI, Docteur en médecine

Directeur de thèse



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARD**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUDEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER *Plan*

Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul
VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric

BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur de Réanimation médicale

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.
Nous vous remercions de l'intérêt et de la bienveillance que vous avez porté lors de la
présentation de ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
Professeur de Santé Publique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites pour juger notre travail.

Madame le Docteur Nelly AGRINIER
Maitre de Conférence

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites pour juger notre travail.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE ET JUGE

Monsieur le Médecin en Chef Moni CHAI

J'exprime ici toute ma reconnaissance envers mon directeur de thèse pour son travail de supervision.

ECOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général inspecteur François PONS

Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Commandeur de la Légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre National du Mérite

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur-adjoint de l'Ecole du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

PERSONNEL

A Madame Barbara ANDREANI, pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai croisé au cours de ces semestres d'internat : le service de Médecine Physique et de Réadaptation, le service des Urgences, l'antenne médicale de Nancy-Drouot, le service de Médecine Polyvalente, le service de Pédiatrie.

A ma famille, au sens large, et à mes parents surtout, pour l'éducation et les valeurs qu'ils m'ont transmises.

A tous mes amis qui se reconnaitront, avec une pensée particulière aux stéphanois et aux santards.

A celles et ceux qui m'ont accompagné durant toutes ces années, tant sur plan personnel que professionnel.

A Charlotte, pour tout.

Ce travail rend hommage aux travaux du Dr André GERNEZ

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET METHODE.....	16
RESULTATS.....	17
DISCUSSION.....	22
CONCLUSION.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXE.....	29

INTRODUCTION

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- l'éducation pour la santé

Ils regroupent de manière schématique l'offre de médecine libérale de ville, le centre 15 et les structures des urgences (SU). [1]

Depuis de nombreuses années, la fréquentation en constante hausse au sein des SU n'est plus à prouver, et cela ne concerne pas uniquement le territoire national.

Comme le montre l'étude TNS SOFRES de 2013, 91% des Français entretiennent une relation de confiance envers ces structures, ce qui peut expliquer en partie leurs succès. [2]

Ce constat implique d'autres réflexions sur les causes expliquant cette évolution. En effet cet engorgement des SU devient un enjeu majeur en termes de santé publique et une problématique apparaissant délicate à gérer sur le plan politique, malgré toutes les mesures entreprises ces dernières années.

Les structures des urgences ont pour mission la prise en charge des besoins de soins immédiats, engageant potentiellement le pronostic vital ou fonctionnel.

Une autre définition pourrait qualifier les SU comme des lieux de "venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique". [3]

Dans tous les cas les SU font partie intégrante des structures hospitalières, tant en terme d'image que de bassin de recrutement (environ 20% d'hospitalisations après un passage aux urgences). [4]

La notion d'urgence est différente selon les protagonistes interrogés.

Pour le médecin urgentiste, l'urgence est par définition principalement vitale avec la nécessité d'une prise en charge immédiate incluant des gestes et des moyens thérapeutiques délivrés sans délais.

Pour le médecin généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité et génère une désorganisation dans son planning de consultations. Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité de prise en charge, sans notion de gravité, que ce soit pour des raisons médicales ou non. [5]

Selon Marc Giroud, ancien président de SAMU-Urgences de France, caractériser clairement cette "urgence" est délicat. Selon lui, c'est un recours par défaut, lié à la problématique des permanences dans les autres spécialités et à la territorialisation de l'offre de nuit. C'est l'absence d'offre adaptée qui constitue et définit l'urgence. [6]

En effet, à évènement égal, le degré d'urgence ressenti sera différent, selon la zone géographique, la densité médicale environnante, l'heure de la journée, et bien sûr selon les caractéristiques "intrinsèques" de chaque patient.

Pour le commun des mortels, l'urgence est donc une notion extrêmement subjective, de ce fait, la problématique qui en découle dans sa gestion renvoie à des notions très diverses.

Depuis la création d'une filière médicale spécialisée (initialement Capacité d'Aide Médicale Urgente puis Capacité de Médecine d'Urgence puis Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires et prochainement Diplôme d'Etudes Spécialisées) [7], les urgentistes sont par définition des praticiens formés à une médecine en lien avec des pathologies revêtant un caractère de gravité mettant en danger la vie du malade. Mais c'est aussi une spécialité sans patientèle définie, qui est rattachée à un territoire donné [8], basée sur les notions de triage, de prise en charge initiale et de réorientation, tout en respectant les filières de soins. [9]

Alors que la notion de polyvalence n'est ni reconnue ni valorisée dans un système de "spécialités hospitalières" (exemple des services de médecine polyvalente assimilés à des services de délestage des patients en provenance des SU, qui ne rentrent pas dans les critères des services spécialisés, le plus souvent âgés), cette polyvalence est bien le point fort de l'urgentiste.

La médecine d'urgence ne peut être efficace qu'avec le lien étroit du plateau technique qu'elle utilise pour son bon fonctionnement (biologie, radiologie, avis spécialisé...). Elle est aussi complémentaire des autres spécialités : médecine générale, pédiatrie, anesthésie-réanimation, radiologie, spécialités chirurgicales et psychiatrie. [10]

En 2014, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser. En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3 %. [11]

Au niveau régional, la Lorraine a enregistré 639137 passages aux urgences en 2015, avec une augmentation de 2.2% par rapport à 2014.

Sur le plan départemental, la Moselle a enregistré 293249 passages en 2015 (+1.9% d'augmentation par rapport à 2014). Le département possède 8 structures d'urgences : 3 dans l'agglomération messine (Hôpital Claude Bernard, Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, Centre Hospitalier Régional de Metz Mercy), le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Thionville Bel Air, les Centres Hospitaliers de Saint-Avold, Sarreguemines, Sarrebourg et Forbach.

C'est le CHR de Metz qui a cumulé le plus grand nombre de passages pour l'année 2015 avec 62093 passages enregistrés.

Avec ses 27568 passages, l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) est la 8^e structure des urgences de Lorraine qui enregistre d'ailleurs la croissance la plus forte de l'ensemble de la région (+10.5% de passages supplémentaires par rapport à 2014). [12]

L'objectif de ce travail est d'identifier les motivations des consultants aux urgences de l'HIA Legouest sur la période de novembre à décembre 2015, afin d'en dégager leur profil socio-démographique et le rapport qu'ils entretiennent avec les SU en général. Il s'agit d'une étude inédite menée en HIA. Enfin, nous mettrons ces éléments en perspective dans la problématique globale de surcharge des urgences et de la Permanences Des Soins Ambulatoires (PDSA), en nous appuyant sur les travaux réalisés dans ce domaine.

MATERIEL ET METHODES

Fonctionnement des urgences

La structure des urgences de l'HIA Legouest est composée de 2 Salles d'Accueils des Urgences Vitales (SAUV), 3 box de consultation, 2 box de traumatologie, 1 box d'ophtalmologie, 2 box d'attente et 1 box d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO).

Le parcours classique d'un consultant comportait un enregistrement administratif initial au secrétariat, ensuite l'IAO réalisait la prise des constantes (éventuellement réalisation d'un ECG, d'une glycémie capillaire, d'un Hémocue, Quick Test, prescription d'un examen radiologique unique si contexte traumatique basique, bandelette urinaire, etc) et recueillait les éléments principaux de l'anamnèse ainsi que les antécédents notables du patient. C'est l'IAO qui déterminait la priorisation sur le logiciel ResUrgences® et pouvait faire appel à un urgentiste senior pour obtenir son avis et placer si nécessaire un patient directement en box.

Bien sûr, entre chacune de ses étapes, le consultant pouvait être amené à patienter en salle d'attente selon l'affluence dans le service et le motif de consultation.

L'équipe soignante était composée en journée de 2 médecins seniors, 2 internes, 4 Infirmiers de Soins Généraux (ISG), 2 Aides-Soignants (AS) et était réduite durant la nuit à 1 médecin senior, 2 internes, 3 ISG, 2 AS.

Type d'étude et population d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, mono-centrique, réalisée au sein de l'HIA Legouest pendant la période du 02/11/2015 au 18/12/2015 jour et nuit, hors weekend (la période effective théorique de distribution commençait le lundi à 8h du matin et prenait fin le vendredi à 20h), basée sur auto-questionnaires anonymes.

Ce questionnaire a été élaboré à partir de données issues de l'enquête nationale de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2013 et de réflexions personnelles. La population cible de l'étude concernait les consultants volontaires âgés de plus de 18 ans.

Les critères de non-inclusion étaient : tout état ne permettant pas le remplissage du questionnaire en autonomie (âge avancé, patient sous l'emprise d'alcool ou de stupéfiant, handicap), patients amenés par les forces de l'ordre, patients présentant des difficultés de communication ou de compréhension du langage français, patients adressés par le Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR) ou par les pompiers.

Le critère d'exclusion était un questionnaire rempli à moins de 70%.

Recueil et analyse des données

C'est en box d'IAO que l'on proposait au patient de participer à l'étude. Si tel était le cas, un questionnaire lui était remis ainsi qu'une enveloppe cartonnée 24*32 qu'il devait cacher à l'issue du remplissage pour conserver la confidentialité de ses réponses. C'est donc l'IAO qui s'assurait du respect des critères de non-inclusion qui étaient clairement affichés dans le box dédié.

Le remplissage du questionnaire était réalisé en salle d'attente ou en box de consultation avant la prise en charge médicale. A tout moment le patient pouvait décider d'arrêter sa participation à l'étude.

La semaine précédant la période de distribution, 10 patients-test ont été choisis au hasard afin de savoir s'il y avait des problèmes de compréhension ou des difficultés de remplissage du questionnaire. Un débriefing rapide auprès de chaque patient a été réalisé par l'enquêteur, et aucune remarque n'a été faite par cet échantillon test concernant des difficultés lors du remplissage du questionnaire.

L'analyse statistique des données a été réalisée avec les logiciels "R" et "4D".

RESULTATS

Pendant la période totale de distribution soit du 02/11/2015 8h au 18/12/2015 20h, hors weekends, 2082 patients se sont présentés dans la SU de l'HIA. Ce chiffre tenait compte de l'ensemble des passages et ne considérait pas nos critères d'inclusion.

Sur la période totale, nous avons 76% de passage de 8h à 20h et donc 24% de passage de 20h à 8h.

L'objectif initial était d'obtenir 200 questionnaires exploitables sur 300 distribués.

Sur les 300 questionnaires destinés à la distribution, seuls 163 ont été effectivement distribués.

Parmi ceux là, 16 questionnaires ont été exclus ; 10 remplis à moins de 70%, 4 concernaient des mineurs, 2 distribués le week-end (mentionné dans la partie commentaire).

Au final, 147 questionnaires ont été effectivement analysés.

Nous pouvons considérer que le taux de participation approximatif était de 10%.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

	n	(%)
Sexe		
Homme	81	(55)
Femme	66	(45)
Age		
18-25	20	(13,6)
26-60	116	(78,9)
>60	11	(7,5)
Résidence		
Metz	62	(42,3)
Metz Metropole	33	(22,4)
Moselle	44	(29,9)
Autre	8	(5,4)
CSP		
Agriculteurs	0	(0)
Artisans/Commerçants/Chefs d'entreprises	13	(8,8)
Cadres et Professions Intellectuelles Sup.	18	(12,2)
Professions intermédiaires	8	(5,4)
Employés	50	(34)
Ouvriers	26	(17,7)
Retraités	12	(8,2)
Etudiants	9	(6,2)
Autre	11	(7,5)
Protection Sociale		
Sécurité Sociale	20	(13,6)
Sécurité Sociale+Mutuelle	117	(79,6)
Couverture Maladie Universelle	9	(6,1)
Autre	1	(0,7)

Pour les 147 participants, le sexe-ratio était de 1,227 hommes pour une femme (tableau 1). L'âge moyen était de 41 ans ($\pm 14,5$) avec étendue de 18 à 86 ans.

Un seul consultant n'avait pas déclaré de médecin traitant en raison d'un emménagement récent sur la région.

Près de trois-quarts des patients (106) n'ont pas essayé de contacter leur médecin généraliste avant de se présenter dans la SU, en raison d'une situation médicale trop critique ou inadaptée pour près de la moitié d'entre eux, un tiers avoue ne pas y avoir pensé. Leur décision de se rendre dans la SU était personnelle dans 64.8% des cas.

La consultation au cabinet représentait 65% et le contact téléphonique 35% de ceux qui ont eu un contact avec leur généraliste avant leur venue.

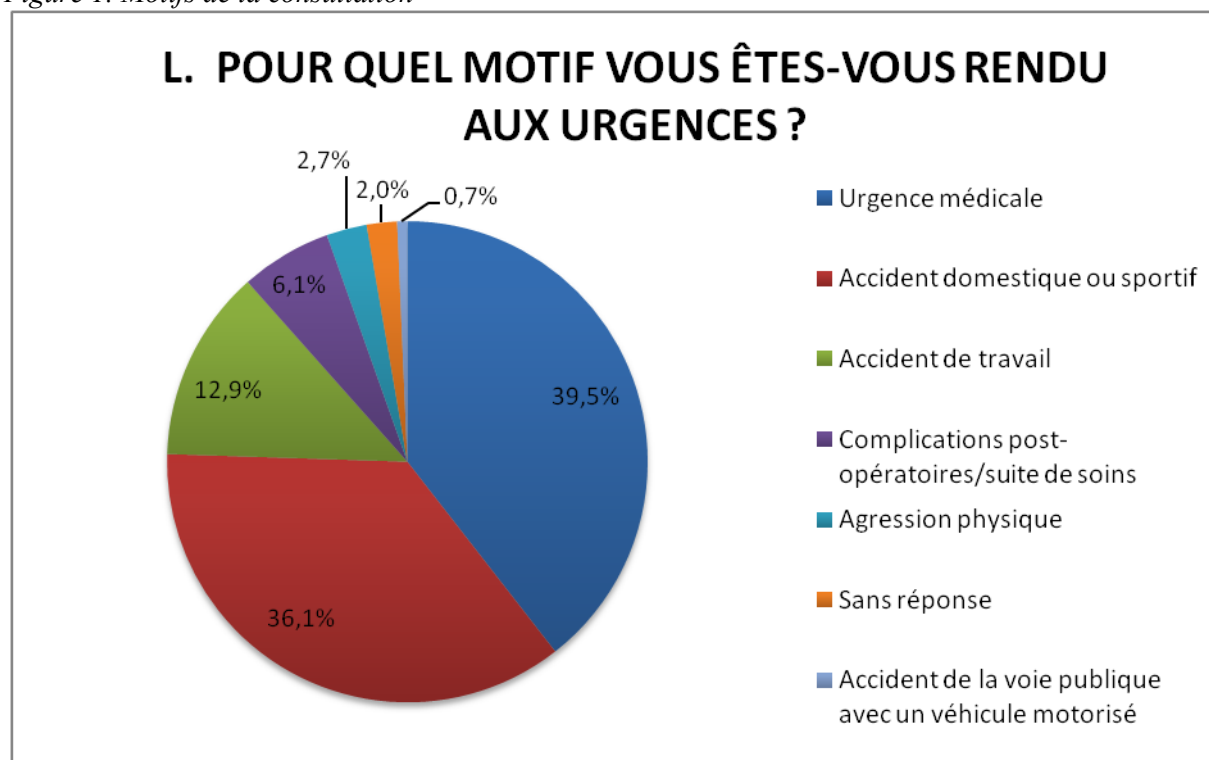
La question "si votre médecin traitant avait été disponible, seriez-vous allé le voir en priorité ? ", est restée sans réponse dans 85% des cas.

Le domicile était la provenance majoritaire pour 61.9% des patients, 25.2% provenaient de leur lieu d'activité professionnel.

Le moyen de transport privilégié était le véhicule personnel pour 89.1% des participants.

Les seuls motifs d'urgence médicale et d'accidentologie (domestique ou sportive), représentaient à eux seuls 75% des motivations des consultants (figure 1).

Figure 1. Motifs de la consultation



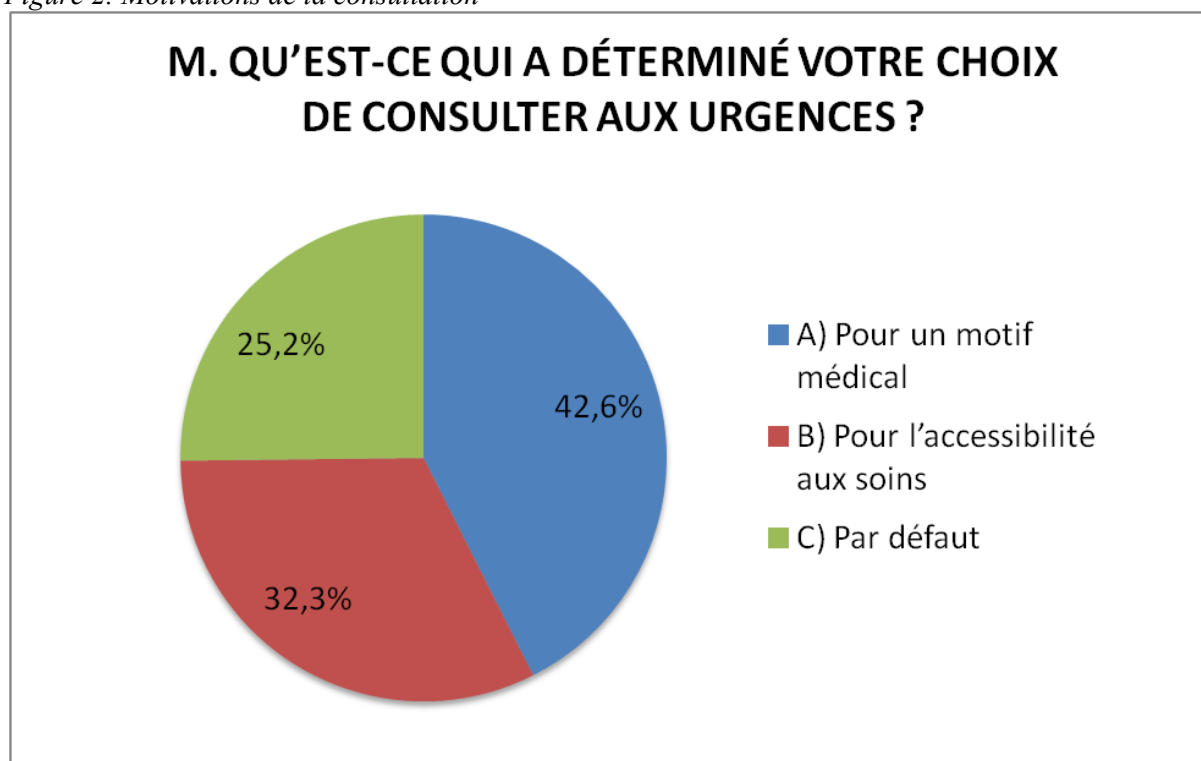
A propos de la question portant sur l'objectif principal, à savoir ce qui a motivé in fine la venue aux urgences, la consigne de réponse unique n'a été respecté que dans 47.6% des cas ($n=70$), les réponses doubles et triples ont représenté respectivement 12.9% ($n=19$) et 39.5% ($n=58$) des cas.

Compte tenu du non-respect des consignes, nous avons considéré, lors du tri croisé, le nombre total de réponse sans se limiter seulement aux 70 questionnaires correctement complétés sur cet item. Ceci ne

permettait pas de conclure à un degré de significativité entre le motif médical, l'accessibilité aux soins et le choix par défaut.

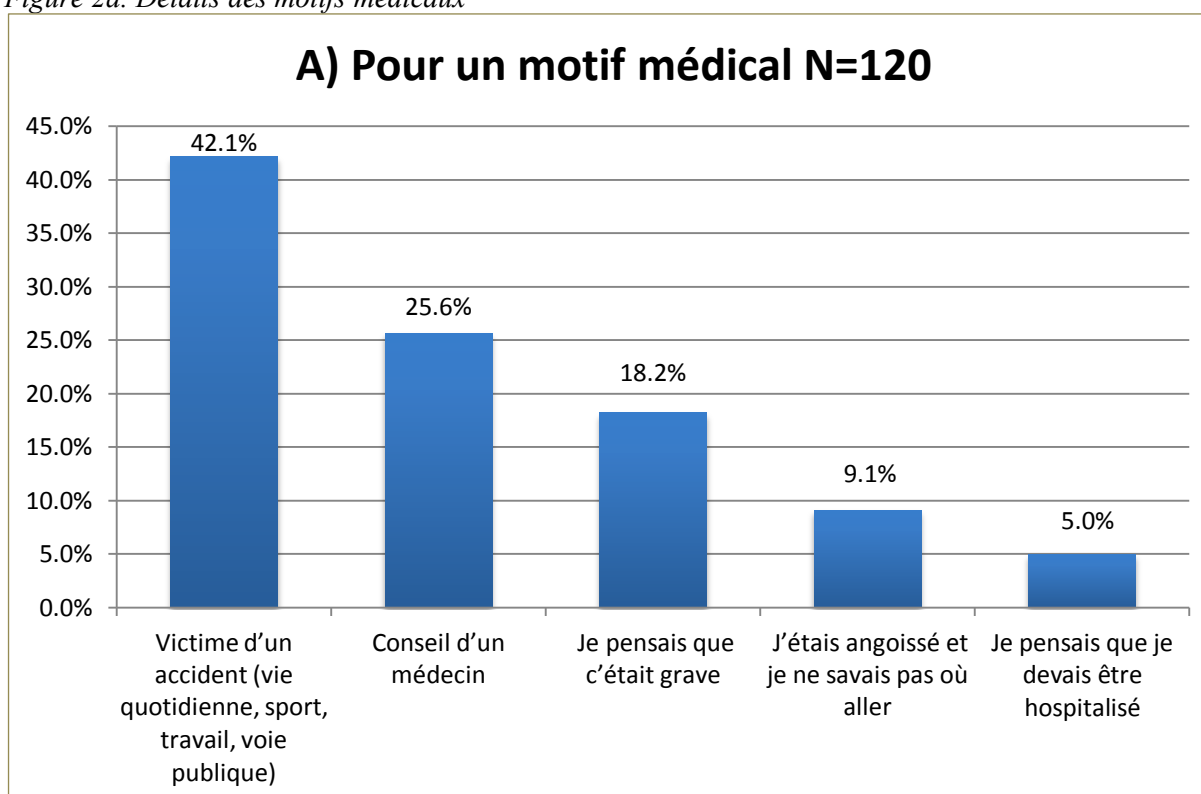
Sur un total de 282 réponses (70+2x19+3x58), le motif médical était considéré comme le déterminant le plus important ayant conduit à une consultation au SU pour 42.6% des répondants (figure 2).

Figure 2. Motivations de la consultation



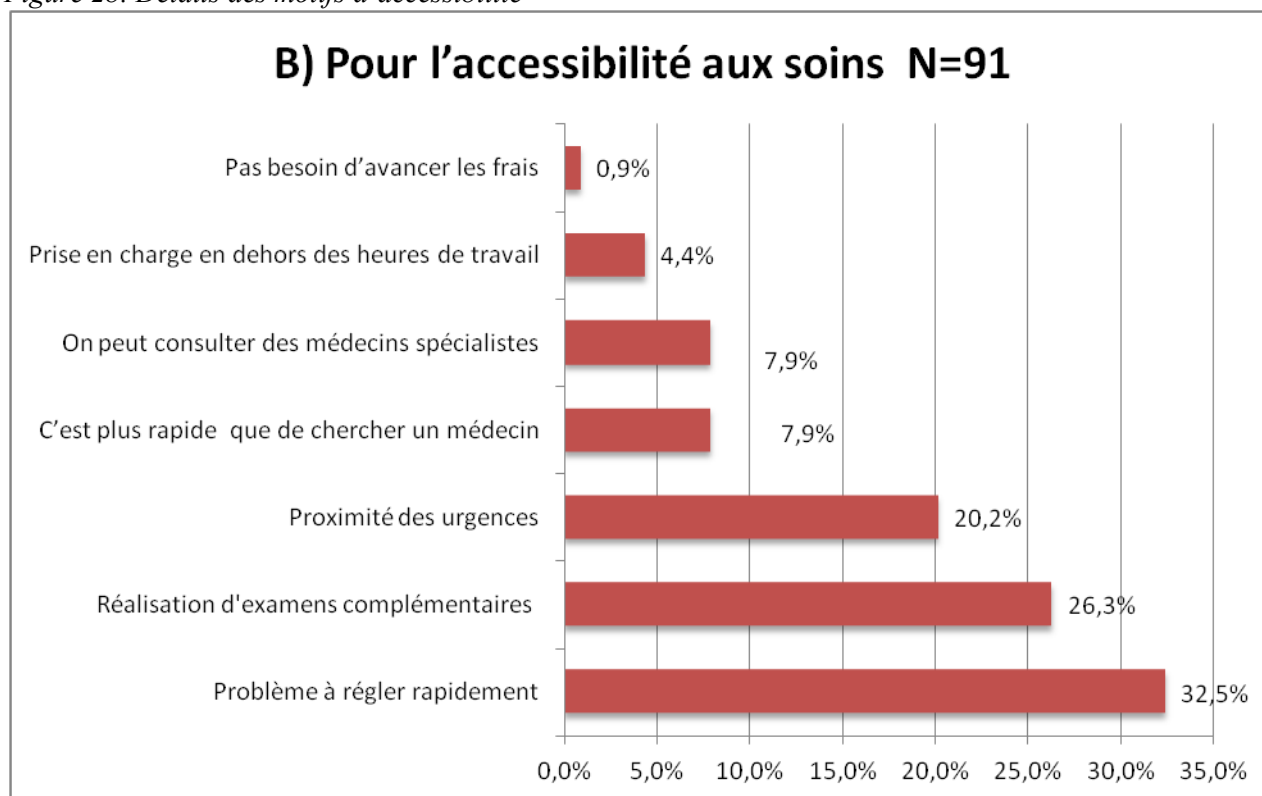
Sur la question portant sur les détails du motif médical, la notion de victime d'un accident apparaissait prépondérante pour 42.1% des répondants. (Figure 2a)

Figure 2a. Détails des motifs médicaux



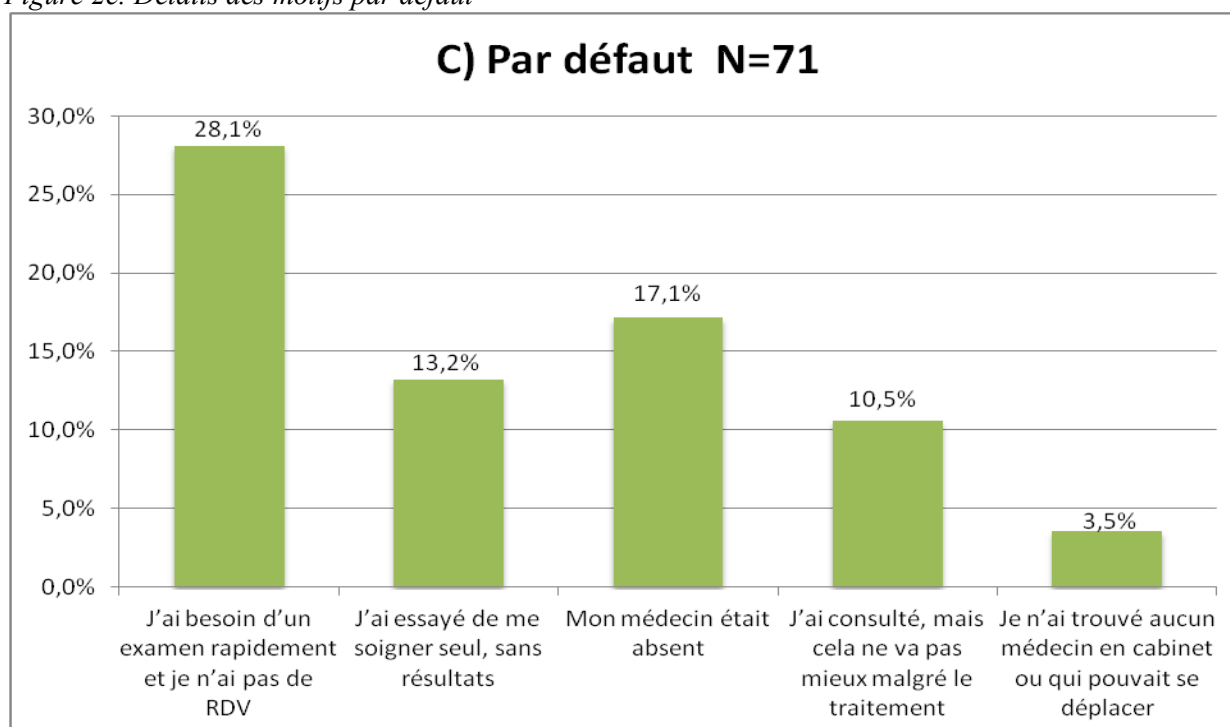
Concernant l'item d'accessibilité aux soins, la notion de rapidité de prise en charge arrivait en tête avec 32.5% de réponses, puis la réalisation d'examens complémentaires (26.3%) et la proximité des urgences (20.2%). (Figure 2b)

Figure 2b. Détails des motifs d'accessibilité



Les détails de la question portant sur le choix par défaut étaient plus nuancés. La nécessité d'un examen sans rendez-vous et l'absence du médecin traitant étaient considérés comme les éléments explicatifs les plus fréquents, avec respectivement 28.1% et 17.1% des réponses. (Figure 2c)

Figure 2c. Détails des motifs par défaut



Pendant la durée de l'étude, 120 personnes (81.6%) avaient consulté en journée. Parmi les consultants de nuit (27 personnes), 77.8% n'avaient effectué aucune démarche avant de venir aux urgences. Près de la moitié d'entre eux (47.6%) déclaraient les urgences comme l'unique lieu compétent pour leur prise en charge, alors que 42.9% avouaient ne pas avoir eu le réflexe d'effectuer de démarches particulières avant leur venue.

L'appel du centre 15 représentait 50% des démarches effectuées.

Par ailleurs, 59.3% des consultants nocturnes seraient allés voir leur médecin traitant s'il avait été disponible.

Seuls 15 consultants avaient un courrier émanant de leur médecin traitant en rapport avec leur venue soit moins de 10% de l'effectif total.

Notons que 34% des consultants présentaient des symptômes depuis moins de 6h et 23.1% depuis plus de 72h.

Il s'agissait de la première consultation depuis un an aux urgences pour 59.2% des sondés. Pour les autres, il s'agissait de leur 2^e et 3^e consultation pour respectivement 60.3% et 31%.

Treize participants avaient récemment consulté aux urgences pour le même motif (8.8%).

Le coût estimé d'une consultation aux urgences était de moins de 25 euros pour 9.5% des participants, 25 à 50 euros pour 25.9% des participants, 50 à 150 euros pour 36.1% des participants, supérieur à 150 euros pour 18.4% de l'effectif interrogé.

Plus de la moitié (53.7%) serait prête à avancer les frais de leur passage aux urgences, et nous remarquons que la même proportion de consultants (53.1%) n'aurait pas changé leur démarche de se rendre aux urgences, même après information quant au coût moyen d'une consultation (160 euros).

Néanmoins, 55.1% des sondés se disaient prêt à payer un forfait non remboursable par la sécurité sociale (10 à 20 euros pour un peu moins de la moitié d'entre eux). Les principales raisons évoquées (37.5% pour chacune) par ceux qui étaient contre ce forfait, étaient le manque de moyens financiers et le fait de leur contribution via les impôts pour ce service public.

DISCUSSION

Limites et biais de l'étude

- **Inclusion des patients** : le taux de participation estimé de 10% est très peu élevé. La période de distribution, initialement de 3 semaines, a dû être doublée et sur les 300 questionnaires imprimés, seulement 163 ont pu être effectivement distribués.

L'absence de l'enquêteur sur place est peut-être une des causes pouvant expliquer ce constat.

- **Qualité de distribution** : nous remarquons que parmi les questionnaires exclus, 4 concernaient des mineurs et 2 ont été distribués le weekend. Il n'est pas impossible que parmi les questionnaires analysés, d'autres ont été distribués le weekend. Cela renvoie à l'IAO en charge de la distribution.

- **Biais de mémorisation** : le contexte des urgences n'est pas un environnement favorable pour répondre de manière détendue à un questionnaire. Le stress, l'angoisse, le manque de temps sont autant de facteurs pouvant influencer un remplissage optimal du questionnaire.

Le caractère déclaratif des réponses en fait un biais de mémorisation important.

- **Période de distribution** : la grève des médecins généralistes a eu lieu en Moselle du 13 au 16 novembre, ce qui a pu avoir un impact sur les services d'urgences, du fait de la réduction de l'offre de soins de médecine libérale durant cette période.

Analyse des réponses

La population étudiée est comparable à la population générale se présentant aux urgences de l'HIA Legouest sur la même période, en termes d'âge moyen, de sexe-ratio et de lieu de résidence principale (l'analyse comparative a été effectuée par la réalisation d'un test de Fisher, avec une valeur de $p < 0,05$ considérée comme significative).

L'âge moyen est de 41 ans, avec une grande majorité des consultants appartenant à une population en âge d'activité (78.9%). Près de 30% ont un lieu de résidence en dehors de Metz Métropole ce qui est un chiffre étonnamment élevé compte tenu de l'offre de soins en Moselle.

La population majoritaire est une population d'employé qui représente à elle seule un tiers de l'effectif total. Notons qu'aucun agriculteur n'a participé à l'étude.

Sur le plan de la protection sociale, une proportion très largement dominante (93.2%) des participants avait une couverture sociale avec ou sans mutuelle.

Seulement un répondant de l'étude n'a pas de médecin traitant. D'ailleurs 72.6% n'ont pas essayé de le contacter avant leur venue aux urgences, il s'agit donc d'un recours spontané dans la majorité.

Le choix de prise en compte de l'ensemble des modalités de réponses de la question centrale du questionnaire qui portait sur la motivation du consultant, et devait être une réponse à choix unique, ne s'explique pas uniquement par une éventuelle mauvaise compréhension de la consigne (70 questionnaires correctement remplis versus 77 mal remplis pour cet item).

Ces réponses à choix multiples peuvent s'expliquer par des motivations diverses pour le patient, et la structure des urgences est la seule pouvant répondre aux différentes attentes du consultant.

Enfin l'analyse en tri croisé avec cette question prend en compte l'ensemble des modalités de réponse. Il est donc impossible d'extraire un degré de significativité entre le motif médical, l'accessibilité aux soins et le choix par défaut.

La justification médicale est avancée par la plus grande partie des répondants (42.6%) et l'absence d'avance de frais n'a été déclarée que par un seul patient, alors qu'une des raisons invoquées dans les

idées reçues est justement cette gratuité des urgences. Cela se retrouve dans l'enquête de la DRESS où seulement 2% des consultants justifiaient leur venue dans une SU en raison de cette gratuité. [4]

La proportion jour/nuit des consultants est en accord avec les données moyennes recueillies sur la même période (environ 80/20%), mais plus des trois-quarts des consultants de nuit n'ont effectué aucune démarche avant de se rendre aux urgences.

La régulation médicale avec l'appel préalable du centre 15 n'a été faite que par trois patients au total, mais 60% d'entre eux seraient allés voir leur médecin traitant si la situation était arrivée en journée (ce qui renvoie au caractère immédiat de la prise en charge et non en lien avec sa gravité).

La représentation du coût d'une consultation est largement sous-estimée pour la plupart des consultants, mais ils seraient prêts en majorité à avancer les frais de passage.

- Comparatif avec données Panorama Urgences Grand Est 2015 et enquête DRESS 2013

Dans l'enquête Panorama Grand Est 2015, les données concernant l'activité par tranche horaire, le mode de transport et la provenance des patients sont sensiblement comparables à notre étude.

En comparaison avec l'enquête DRESS de 2013, les données sont similaires concernant la couverture sociale, la provenance des patients, l'activité par tranche horaire, la date de survenue des symptômes.

Il existe des différences notables sur : le mode de transport (2/3 véhicule privé pour la DRESS, 90% pour notre étude), la classe d'âge des consultants (19.5% de 65 ans et plus pour la DRESS, seulement 7.5% de plus de 60 ans pour notre étude), les démarches effectuées avant de se rendre dans la SU (faites par un tiers des consultants dans l'enquête de la DRESS contre seulement un quart pour notre étude). Les motifs de recours sont différents également (justification d'ordre médicale pour 80% des patients de l'enquête de la DRESS versus 42.6% dans notre étude, 60% pour l'accessibilité aux soins pour la DRESS versus 32% dans notre étude, seule la consultation "par défaut" est comparable 20% pour la DRESS et 25% dans notre étude). [4,12]

Ces chiffres sont à nuancer du fait des modalités de réponses plus ou moins comparables.

-- Spécificité de l'HIA au sein de l'agglomération messine

De par sa localisation urbaine, c'est un lieu privilégié par les habitants de l'agglomération qui ont pour la plupart une bonne image de la prise en charge au sein de l'hôpital militaire.

Le taux d'hospitalisation est trois fois moins important qu'en moyenne dans la région Grand Est (7% contre 21%), la durée moyenne de passage est inférieure de 1h en moyenne par rapport à la région Grand Est (2h17 versus 3h17). Ces données de performance font que l'HIA est très prisé pour son accessibilité aux soins (+10,5% d'augmentation de fréquentation en 2015 par rapport à 2014). [12]

-- La Permanence Des Soins Ambulatoires en Lorraine

La mission de la PDSA a pour objectif de garantir à tous les habitants de la région un accès à des soins de qualité en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux (de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés), délivrés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans des cabinets et centres, et par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. [13]

D'après le dernier rapport de l'Agence Régionale de Santé pour la PDSA en région Lorraine, il y a 21 actes/nuit en moyenne annuelle dans la région [14], et la fréquentation des services d'urgences en nuit profonde (entre minuit et 8h du matin) est également limitée sur cette période (10% des passages totaux) [12]. En conséquence un nouveau cahier des charges a été établi. Celui-ci stipule que pour les nuits de semaine, en cas de besoin attesté par le médecin régulateur, les patients seront orientés vers les SU, sauf dans les zones situées à plus de 30 minutes d'un service d'urgence où une réponse de médecine générale est conservée en proximité.

Il existe depuis 2012 une maison médicale de garde installée dans les locaux de l'HIA Legouest, celle-ci a accueilli 4338 patients en 2016 contre 3554 en 2012 soit une augmentation de 22% (selon les données transmises par l'Association de Permanence des Soins de l'Agglomération Messine).

Nous constatons que les maisons médicales de garde sont par définition ouvertes en dehors des heures ouvrées et ne sont donc pas l'alternative au problème d'engorgement des urgences, qui a lieu en journée.

Sur le plan de la densité médicale, le dernier rapport de 2015 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) indique qu'entre 2007 et 2015, la diminution des effectifs de médecins généralistes ayant une activité régulière est de 10.3%. Sur la même période en Moselle, c'est même une réduction de 12.2% des effectifs qui est enregistrée avec une densité médicale de 85 médecins généralistes pour 100 000 habitants (moyenne nationale 88.7/100 000 habitants).

Ce rapport déplore encore le manque d'informations d'une campagne nationale sur le bon usage de la PDSA et plus particulièrement, sur le recours en amont au 15 (ou à tout autre numéro dédié à la PDSA) car trop de personnes considèrent ce numéro comme dédié aux urgences vitales et non pas comme un numéro de régulation. [15]

Enfin, la plupart des médecins généralistes ont de plus en plus une activité de consultations programmées, le plus souvent sur rendez vous.

--Financement des structures d'urgence

Le coût de fonctionnement des structures d'urgence représente 4 milliards d'euros, et les services d'urgences représentent à eux seuls 2.5 milliards d'euros. Ce montant représente 2% des dépenses de santé, à titre comparatif, c'est autant que les transports sanitaires et la moitié des soins dentaires. [16]

Les recettes des SU ont trois composantes : le forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences), le forfait FAU (Forfait Annuel Urgences) et les dotations au titre de missions d'intérêt général incluant les montants des consultations et des actes, les examens de biologie et d'imagerie, ainsi que les recettes de séjour en cas d'hospitalisation. L'ATU est de 25.58€ pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation dans un service de court séjour ou en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) du même établissement. Le FAU est de 471 306€ pour les 5000 premiers passages et donne lieu à des suppléments par tranche de 2500 passages au-delà de 5000. Il est calculé sur la base du nombre d'ATU de l'année N-1.

C'est sur la base de ce calcul que le montant de 160 euros par consultation a été estimé.

Sur cette base et d'après l'enquête de la DRESS, 20% des patients n'ont eu aucun acte diagnostic ou thérapeutique durant leur passage aux urgences. Ils sont donc potentiellement "éligibles" à une prise en charge en médecine de ville, ce qui représenterait une économie potentielle de 500 millions d'euros. [17]

Nous pouvons dégager quelques constats sur ces différents éléments numériques. En premier lieu, le coût des urgences ne représente que 2% des dépenses totales de santé, pourtant le service rendu à la population, lui, n'est pas mesurable. Par ailleurs, la tarification à l'activité n'est pas en faveur d'une responsabilisation et d'une diminution des passages et n'incite certainement pas à une meilleure régulation. Enfin, la population générale ne se représente pas le coût moyen d'un passage aux urgences, nous l'avons vu ici avec 80% de sous-estimation chez les patients interrogés. La notion de forfait non remboursable est néanmoins envisageable pour 55% des participants dans notre enquête.

-- La symptomatologie traumatologique au premier plan

Il apparaît que 40% des consultants lors de l'enquête de la DRESS se rendent aux urgences pour des motifs d'origine traumatique. [4]

En médecine générale, la traumatologie représente moins de 1% de l'activité [18] et 11.6% des recours non programmés. [19]

Néanmoins, il n'existe à l'heure actuelle aucune structure spécifique d'urgence traumatologique, qui pourrait théoriquement réduire de manière sensible le nombre de consultants aux "urgences générales".

-- Le constat des patients "non appropriés"

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus permettant de définir clairement ce qu'est un patient "inapproprié" aux urgences, contrairement au patient "légitime", bien décrit. Une revue de la littérature stipule que ces patients non urgents varient de 5 à 90% selon les études, de par une grande variabilité de leur catégorisation [20]. Néanmoins ces statistiques sont fournies à posteriori, après un examen médical voire des examens complémentaires, il apparaît donc délicat de fournir des données satisfaisantes à priori. Pire, en se basant sur la plainte principale du patient, et malgré un triage infirmier, 93% des patients identifiés "non justifiés" aux urgences le seraient à tort. [21]

-- Les solutions proposées

Les professionnels articulent leurs solutions autour de plusieurs axes : le développement d'action d'éducation et d'information vis-à-vis du mode de consommation des soins, l'application d'une sanction financière pour les abus, le développement de solutions ambulatoires alternatives comme le déploiement des Maisons Médicales de Garde (MMG) et les consultations de médecine générale au sein des établissements de santé. [22]

En effet, les conclusions d'un travail de thèse réalisée en 2010 qui a analysé l'apport d'une consultation de médecine générale au sein des urgences est sans appel : la présence d'un tel concept avait permis une baisse de 40% du nombre de passages aux urgences, tout en améliorant la qualité d'exercice des urgentistes. [23]

Le rapport Grall de 2015 suggère d'élargir les horaires d'ouverture des MMG en journée, d'organiser une filière spécifique de petite traumatologie, et d'encourager les consultations non programmées auprès des médecins généralistes par des tarifications particulières. [24]

L'accès facilité aux spécialistes et au plateau technique pourrait également réduire les passages superflus, de même que d'augmenter les hospitalisations directes.

La gestion d'aval est aussi primordiale sur la prise en charge des flux de patients : augmenter les capacités hospitalières, favoriser une régulation médico-administrative avec la création de "bed manager", accélérer les sorties et réduire la durée de séjour des patients hospitalisés sont autant de solutions pour désengorger les SU. [25]

CONCLUSION

Cette étude prospective avait pour but d'identifier les motivations des consultants aux urgences de l'HIA Legouest.

Nous constatons que la population étudiée est relativement jeune et se présente à la SU par ses propres moyens pour la grande majorité. 42.6% consultent pour un motif médical, 32.3% pour l'accessibilité aux soins et 25.2% par défaut.

Au-delà de ces chiffres, nous remarquons que plus de la moitié des participants à cette enquête a répondu de manière multiple à la question centrale du questionnaire et cela renvoie justement aux motivations pouvant intéresser ces trois champs pour les consultants au sein de ces structures.

C'est la polyvalence des SU qui explique en partie leurs succès. En effet, quelle autre structure propose une offre de soins aussi séduisante, alliant disponibilité continue, accès à un plateau technique performant, et rapidité de prise en charge? La demande de soins de santé ne peut qu'évoluer du fait des exigences de plus en plus accrues de la population, du vieillissement de celle-ci et de la croissance des pathologies chroniques. Néanmoins, l'offre de soins en médecine libérale est en déclin comme nous l'a montré le dernier rapport du CNOM. Ces éléments ne sont pas en faveur d'une baisse de la fréquentation des SU, d'autant plus que les règles tarifaires de ceux-ci n'engagent pas à une régulation de leur flux de passage.

La problématique de la surcharge des SU est donc très complexe à analyser. L'éducation de la population est cependant un point qui apparaît primordial, car la PDSA est encore peu connue du grand public et le "réflexe" urgence est bien présent dans l'esprit collectif. De même, le 15 est encore perçu comme un numéro pour les urgences vitales et non pas comme un numéro de régulation.

Il est du devoir des pouvoirs publics de prendre en compte ces éléments, l'actualité récente a laissé entrevoir un ras-le-bol des équipes soignantes au sein des structures des urgences.

Les professionnels de santé ne cachent plus leur inquiétude sur le futur de leur profession, même si cela reste encore un sujet tabou dans les médias.

Cette problématique de surcharge est connue et étudiée depuis de nombreuses années, mais nous constatons bien que dans les faits, la fréquentation des SU ne cesse de s'accroître.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L1411-11 modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.
2. Les Français et l'hôpital public (mai 2013). Kantar TNS. Disponible sur: <http://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-lhopital-public-mai-2013>
3. SAMU de France. Urgences – LIVRE BLANC édition 2015. Disponible sur: <http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
4. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences. DRESS 2014. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss63.pdf>
5. Lesigne E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : p.114
6. Giroud M. Historique, évolution récente et perspective de prise en charge des urgences. Les urgences : un symptôme des changements de la société ? SciencesPo Chaire Santé 2014. Disponible sur: http://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr/chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf
7. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. Publication au Journal Officiel le 04/12/2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20151204&numTexte=8&pageDebut=22420&pageFin=22420
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. Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. Annales françaises de médecine d'urgence. feb 2017;7(1):1-4.
10. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, Ducassé J-L, Giroud M, Pateron D, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence. 1 mars 2012;2(2):125-38.
11. Les établissements de santé - Edition 2016 - Panorama de la DRESS - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
12. ORU et ARS Grand Est. Panorama urgences 2015 de la région GRAND EST-ORU-CA [Internet]. Disponible sur: http://www.colmu.net/documents/PANORAMA_GE_2015_BD.pdf
13. Code de la santé publique - Article L6314-1 modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016
14. Agences Régionales de Santé : Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire (PDSA) : nouvelles modalités d'organisation en Lorraine. Disponible sur: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Permanence-des-soins-en-medeci.169343.0.html>

15. Atlas national de la démographie médicale 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
16. Direction générale de l'offre de soins(DGOS). Financement des activités de médecine d'urgence. Etat des lieux et constats. Groupe technique financement des structures d'urgences, 9 décembre 2011
17. Rapport sécurité sociale 2014. Les urgences hospitalières : Une fréquentation croissante, Une articulation avec la médecine de ville à repenser. Cours des comptes. Septembre 2014. Chapitre XII
18. Labarthe G. Consultations et visites des médecins généralistes. DREES. Etudes et Résultats 2004 ;315 : 1-11
19. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents en médecine générale. DREES. Etudes et Résultats 2007 ;607 : 1-8
20. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. mar 2011;29(3):333-45.
21. Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » emergency department visits. JAMA. 20 mars 2013;309(11):1145-53.
22. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. J Eur Urgences. mai 2007;20(1, Supplement):138.
23. Sarrat S. Optimisation et gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale de premier recours. [Thèse d'exercice de médecine générale Marseille].2010
24. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Juillet 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
25. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, Coussaye J-E de L. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Med Urgence. mar 2014;4(2):96-105.

ANNEXE : QUESTIONNAIRE



Ministère de la Défense



H.I.A. LEGUEST

SERVICES DES URGENCES

Ce questionnaire est le support d'un travail de thèse de médecine générale portant sur l'identification des caractéristiques et des motivations des patients les amenant à consulter aux urgences.

Les données recueillies le sont de manière anonyme et n'auront aucune incidence sur votre prise en charge médicale à venir. Vous êtes libre de participer à cette étude mais votre avis et les informations que vous apporterez nous aideront à mener ce travail. Votre attention est portée sur l'importance de répondre à toutes les questions afin que le questionnaire soit exploitable.

Merci de votre collaboration.

(NB : une seule réponse par question)

Interne F. BOUQUIN
MC CHAI, chef du service des urgences

D) ÉTAT CIVIL

A. VOUS ÊTES :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

B. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ?

..... ANS

C. QUEL EST VOTRE LIEU DE RÉSIDENCE PRINCIPALE ?

- ☐ Metz
- ☐ Metz Métropole
- ☐ Département de la Moselle
- ☐ Autre, à préciser :

D. À QUELLE CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE APPARTENEZ-VOUS ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Agriculteurs | ☐ Ouvriers |
| ☐ Artisans, Commerçants et Chefs d'Entreprises | ☐ Retraités |
| ☐ Cadres et Professions Intellectuelles Supérieures | ☐ Étudiants |
| ☐ Professions Intermédiaires | ☐ Autre, à préciser : |
| ☐ Employés | |

E. QUELLE EST VOTRE PROTECTION SOCIALE ACTUELLE ?

- ☐ Assuré Sécurité Sociale seulement
- ☐ Assuré Sécurité Sociale + Couverture Mutuelle
- ☐ Bénéficiaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- ☐ Autre, à préciser :

2) SITUATION MÉDICALE

F. AVEZ-VOUS UN MÉDECIN TRAITANT ?

☐ Oui

☐ Non, pourquoi : (passer directement à la question I)

G. AVEZ-VOUS ESSAYÉ DE LE CONTACTER AVANT DE VENIR AUX URGENCES ?

☐ Oui

- a) Si Oui : ☐ Un contact téléphonique
☐ En consultation à son cabinet
☐ Une visite de votre médecin traitant à votre domicile

☐ Non

- b) Si Non : ☐ Injoignable (**si coché, merci de répondre à la question H**)
☐ Indisponible ou Absent (**si coché, merci de répondre à la question H**)
☐ Situation médicale trop grave ou inadaptée selon vous
☐ Je n'y ai pas pensé

H. SI VOTRE MÉDECIN TRAITANT AVAIT ÉTÉ DISPONIBLE, SERIEZ-VOUS ALLEZ LE VOIR EN PRIORITÉ PLUTÔT QUE DE VOUS RENDRE AUX URGENCES ?

☐ Oui

☐ Non

I. AVEZ-VOUS EU UN CONTACT AVEC UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU UN AVIS MÉDICAL AVANT VOTRE ARRIVÉE AUX URGENCES ?

☐ Oui

- a) Si Oui : ☐ Avis rendu par un pharmacien
☐ Avis rendu par un autre professionnel de santé (kiné, infirmier, ...)
☐ Autre, à préciser.....

☐ Non

- b) Si Non : ☐ Vous êtes suivi dans un service de cet hôpital
☐ Vous êtes venu sur conseil de l'un de vos proches
☐ La décision m'est personnelle

3) VOTRE ARRIVÉE AUX URGENCES

J. AVANT D'ARRIVER AUX URGENCES, VOUS ÉTIEZ...?

☐ À votre domicile

☐ Au travail

☐ Sur la voie publique

☐ Chez un professionnel de santé

☐ Dans un établissement médico-social

K. QUEL MODE DE TRANSPORT AVEZ-VOUS UTILISÉ POUR VENIR AUX URGENCES ?

☐ Véhicule privé

☐ Pompiers

☐ Ambulance

☐ SMUR

☐ Force de l'ordre

☐ Autre, à préciser :.....

L. POUR QUEL MOTIF VOUS ÊTES-VOUS RENDU AUX URGENCES ?

- ☐ Accident de la voie publique avec un véhicule motorisé
- ☐ Accident de travail
- ☐ Accident domestique ou sportif
- ☐ Agression physique
- ☐ Urgence médicale
- ☐ Complications post-opératoires/suite de soins

M. QU'EST-CE QUI A DÉTERMINÉ VOTRE CHOIX DE CONSULTER AUX URGENCES ? (1 seul choix possible entre A, B, C)

A) Pour un motif médical :

- ☐ Victime d'un accident (vie quotidienne, sport, travail, voie publique)
- ☐ Conseil d'un médecin
- ☐ Je pensais que c'était grave
- ☐ Je pensais que je devais être hospitalisé
- ☐ J'étais angoissé et je ne savais pas où aller

B) Pour l'accessibilité aux soins :

- ☐ Proximité des urgences
- ☐ J'avais besoin que mon problème de santé soit réglé rapidement
- ☐ C'est plus rapide d'attendre aux urgences que de chercher un médecin
- ☐ On peut faire réaliser des examens complémentaires aux Urgences
- ☐ On peut consulter des médecins spécialistes
- ☐ Je peux être pris en charge en dehors des heures de travail
- ☐ Je n'ai pas besoin d'avancer les frais

C) Par défaut :

- ☐ Mon médecin était absent
- ☐ Je n'ai trouvé aucun médecin en cabinet ou qui pouvait se déplacer
- ☐ J'ai besoin d'un examen rapidement et je n'ai pas de RDV
- ☐ J'ai essayé de me soigner seul, sans résultats
- ☐ J'ai consulté, mais cela ne va pas mieux malgré le traitement

4) VOTRE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

N. DANS QUELLE TRANCHE HORAIRE ÊTES-VOUS ARRIVÉ AU SEIN DE NOTRE SERVICE ?

- ☐ Entre 8h et 20h (si coché, aller à la question O directement)
- ☐ Entre 20h et 8h (si coché, merci de répondre à la question N1 et N2)

N1. Si vous consultez entre 20h et 8h :

Avez-vous effectué des démarches avant de vous rendre aux urgences ?

☐ Oui

a) Si Oui :

- ☐ Appel du 15
- ☐ Appel du médecin de garde /SOS médecin
- ☐ Autre, à préciser :

☐ Non

b) Si Non :

- ☐ Vous n'avez pas eu le « réflexe »
- ☐ Vous n'avez pas connaissances des maisons médicales de garde, de SOS médecin,...
- ☐ Seules les urgences ont les compétences nécessaires pour solutionner votre problème de santé selon

vous

N2. Si vous consultez entre 20h et 8h :

Si la même situation était arrivée pendant les heures ouvrées, seriez-vous aller voir votre médecin traitant en première intention ?

☐ Oui

☐ Non

O. AVEZ-VOUS UN COURRIER MÉDICAL EN RAPPORT AVEC VOTRE VENUE AUX URGENCES ?

☐ Oui

☐ Non

P. À QUAND REMONTE VOS PREMIERS SYMPTÔMES MÉDICAUX JUSQU' À VOTRE ARRIVÉE AUX URGENCES ?

- ☐ À moins de 6h
- ☐ De 6h à 24h
- ☐ Entre 24h et 72h
- ☐ À plus de 72h

5) VOTRE RAPPORT AVEC LES URGENCES

Q. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS VOUS ÊTES-VOUS RENDU DANS UN SERVICE D'URGENCES ? (HORS CELUI-CI)
..... FOIS

R. AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN SERVICE D'URGENCE POUR LE MÊME MOTIF RÉCEMMENT ?

☐ Oui

a) Si oui, à détailler (lieu et nombre de fois)

.....

☐ Non

S. QUEL EST SELON VOUS LE COÛT POUR L'ÉTAT D'UNE CONSULTATION AUX URGENCES ?

- ☐ Moins de 25 euros
- ☐ Entre 25 et 50 euros
- ☐ Entre 50 et 150 euros
- ☐ Plus de 150 euros

T. SERIEZ-VOUS PRÊT À AVANCER LES FRAIS SUITE À VOTRE PASSAGE AUX URGENCES ?

☐ Oui

☐ Non

U. SI MAINTENANT VOUS SAVEZ QU'EN MOYENNE UNE CONSULTATION AUX URGENCES COÛTE À L'ÉTAT 160€, AURIEZ-VOUS PRIVILÉGIÉ DE PRENDRE CONTACT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT AVANT DE VOUS RENDRE DANS NOTRE SERVICE ?

☐ Oui

☐ Non

V. SERIEZ-VOUS PRÊT À PAYER UN FORFAIT NON REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE SUITE À CHAQUE PASSAGE AUX URGENCES ?

☐ Oui

a) Si Oui : Quel serait le montant que vous accepteriez de déboursier ?

- ☐ Moins de 10€
- ☐ De 10 à 20€
- ☐ Plus de 20€

☐ Non

b) Si Non : Pourquoi ?

- ☐ Je n'ai pas les moyens financiers
- ☐ Je paye pour ce service public via mes impôts
- ☐ Cela a toujours été gratuit, pourquoi cela changerait aujourd'hui
- ☐ Raisons personnelles
- ☐ Autre, à préciser :

Vos suggestions et commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation, remettez le questionnaire rempli au secrétariat.

VU

NANCY, le **16 mars 2017**

Le Président de Thèse

NANCY, le **20 mars 2017**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9788

NANCY, le **23 mars 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

But de l'étude : Identifier les motivations et le rapport des usagers du service des urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, en dressant le parallèle avec la problématique de surcharge de ce type de structure.

Patients et méthodes : Etude prospective par questionnaires auto-administrés anonymes du 02/11/2015 au 18/12/2015 sur des patients âgés de plus de 18 ans se présentant au SU.

Résultats : 147 questionnaires ont été analysés. La population étudiée est jeune et possède majoritairement une excellente protection sociale. 80% des passages ont été effectués entre 8h et 20h. 42.6% des répondants justifient leur passage par un motif médical, 32.3% par l'accessibilité aux soins, 25.2% par défaut. Près de 40% ont mentionné leur choix pour ces 3 motifs réunis. Moins de 10% des répondants possèdent un courrier de leur médecin traitant et 72% n'ont pas essayé de le contacter au préalable. Le coût moyen est sous-estimé pour près de 80% des patients mais plus de la moitié d'entre eux accepteraient de payer un forfait non remboursable par la sécurité sociale.

Conclusion : Le motif médical apparaît comme justification de premier plan. Toutefois la polyvalence qu'offre la structure des urgences, sa situation géographique privilégiée au sein de l'agglomération messine et sa durée moyenne de passage nettement inférieure à la moyenne régionale, sont autant d'atouts mis en avant par les usagers des urgences. Malgré les solutions évoquées, il existe un vrai challenge pour les pouvoirs publics pour faire face à cet accroissement continu de la fréquentation des structures d'urgences.

TITRE EN ANGLAIS:

Analyse of patient's motivation about their coming to the Emergency Department-Hôpital d'Instruction des Armées Legouest.

MOTS CLES :

Structure d'urgence, engorgement, patients, motivation, parcours de soins, permanence des soins, médecine générale

THESE MEDECINE GENERALE-ANNEE 2017

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex