



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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée ou soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Valérie LEJAILLE

Le 30 mai 2018

**Motivation de recours et parcours de soins aux urgences des patients d'une
petite ville d'Ille et Vilaine : Redon**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur : BOLLAERT Pierre-Edouard

Président

Monsieur le Professeur : AUDIBERT Gérard

Jury

Monsieur le Professeur : MARCHAL François

Jury

Docteur : MAUGE Sophie

Jury et directrice



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

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 Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

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 - 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 - Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Olléro 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
- Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - 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 Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

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

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 - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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 CHENUÉL - 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 LOZNIIEWSKI – 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 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 Ellane ALBUSSON - 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)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

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

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; 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 François SIRVEAUX

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

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

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

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 Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

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 Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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 - Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLET

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

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

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 – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - 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 (VIËTNAM)
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 portés lors de la présentation de ce travail.
Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur AUDIBERT Gérard, Professeur d'anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique .

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

Monsieur le Professeur MARCHAL François, Professeur de biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de juger-notamment dans l'urgence- notre travail.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE ET JUGE

Au Docteur Sophie MAUGE, médecin urgentiste convaincue et convaincante avec qui j'ai eu plaisir à travailler. Tu as su me soutenir et me faire confiance. Tu sais tout ce que je te dois. Pour le reste à venir, sois sûre de mon amitié sincère et indéfectible.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Au Docteur Henri PIERSON, pour sa bonne humeur constante, son empathie bienveillante et sa passion contagieuse de la médecine humaine.

Au Docteur Patrick LUCQUIN, médecin de famille qui m'a convaincue de le devenir à mon tour.

Au Docteur Patrick MERLIN, au Docteur Didier RIEDER, à toute l'équipe d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier de Verdun Saint Mihiel pour leurs énormes qualités professionnelles, humaines et pédagogiques.

Au Docteur Cécile LERAY, pour m'avoir autorisée à réaliser ce travail au sein du centre hospitalier de Redon.

Au Docteur Patrice BOSSARD, mon modèle et ami. A son épouse Pascale, avec toute mon amitié.

A Sébastien. Tu as été là dans tous les moments difficiles. Tu es un pilier. Merci.

A Laurent, pour tout ça.

A Vincent TRICARRI, Pierre ROCHEBOUET, Wilfrid RUAUX, Daniel PORT, Sandrine DUCOS, Anne-Marie et Guy LEJAILLE, pour leurs brillantes interventions tout au long de mon parcours.

A Victorine.

A Léontine et Antoine, pour être et ne pas être ce qu'ils sont... et ce qu'ils ne sont pas.

A Alphonsine, sans qui cette thèse...

A tous ceux qui ont compté et comptent pour moi. Merci

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des Abréviations :

<i>AEG</i>	<i>Altération d'Etat Général</i>
<i>ARS</i>	<i>Agence Régionale de la Santé</i>
<i>CCMU</i>	<i>Classification Clinique des Malades des Urgences</i>
<i>CH</i>	<i>Centre Hospitalier</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
<i>CRU</i>	<i>Compte Rendu des Urgences</i>
<i>DREES</i>	<i>Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques</i>
<i>ECG</i>	<i>Electrocardiogramme</i>
<i>EMLPP</i>	<i>Equipe Mobile de liaison en Psychiatrie Précarité</i>
<i>FFI</i>	<i>Faisant Fonction d'Interne</i>
<i>HCD</i>	<i>Hospitalisation de Courte Durée</i>
<i>IAO</i>	<i>Infirmier d'Accueil de Réorientation</i>
<i>INSEE</i>	<i>Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques</i>
<i>MADD</i>	<i>Maintien à Domicile Difficile</i>
<i>OCDE</i>	<i>Organisation de Coopération et de Développement Economiques</i>
<i>OMA</i>	<i>Otite Moyenne Aigue</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<i>PASS</i>	<i>Permanence d'accès aux soins de santé</i>
<i>SAMU</i>	<i>Service d'aide médicale urgente</i>
<i>SAU</i>	<i>Service d'Accueil des Urgences</i>
<i>SMUR</i>	<i>Service Mobile d'Urgence et de Réanimation</i>
<i>SSR</i>	<i>Soin de Suite et de Réadaptation</i>
<i>UHCD</i>	<i>Unité d'Hospitalisation de Courte Durée</i>
<i>UPA</i>	<i>Unité Post-Accueil</i>
<i>UP-AVC</i>	<i>Unité Post Accident Vasculaire Cérébral</i>

Table des matières

I-Introduction.....	14
II-Généralités.....	15
III-Etudes	20
IV-Résultats :	24
V-Discussion :	48
VI-Propositions.....	59
VII-Conclusion :	62
Bibliographie :	64
Annexes :.....	72

I- Introduction

Depuis une vingtaine d'années le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation. Le rapport d'information du Sénat de juillet 2017 décrit ainsi ce qui est devenu un véritable enjeu pour les pouvoirs publics. « Le constat est unanime et alarmant la croissance démographique et régulière du nombre de passages aux urgences est difficilement soutenable au long terme. » (1)

Il semble que les services d'urgences servent aujourd'hui à absorber tout type de consultations « les prises en charges tendant à se diversifier » (1) : traumatologie, prises en charge sociales, psychologiques, consultations de médecine générale. Les services d'urgences ne seraient-ils pas à risque de devenir « le supermarché de la médecine » et « sans bourse délier » (2) ? Serviraient-ils aujourd'hui à compenser une offre de soins déficiente en médecine de ville ?

Notre thèse- après avoir redéfini la notion d'urgence- s'attachera à étudier le contexte de la fréquentation du service d'accueil des urgences de Redon, petite ville de Bretagne. Elle regroupera trois études différentes.

- La première est une étude prospective à travers laquelle nous tenterons de définir le profil type d'un patient se présentant aux urgences, nous étudierons son devenir immédiat, et nous essaierons si possible d'en tirer des propositions en amont susceptibles de réduire cet afflux de passages au SAU.
- La seconde tentera d'évaluer en quoi le médecin généraliste est un acteur phare du parcours de soins du patient. En effet, nous valoriserons notre thèse par l'apport d'un mémoire réalisé en amont concernant la « motivation des médecins généralistes à adresser leurs patients aux urgences » (3).
- Une troisième étude, rétrospective sur six mois, nous permettra peut-être d'évaluer l'intérêt de la présence d'un médecin généraliste au sein de l'hôpital le week-end.

Nos résultats, après analyse, seront confrontés aux données de la littérature dans une discussion commune et nous espérons contribuer à l'élaboration des évolutions futures de l'offre de soins dans le secteur de Redon. Nos résultats seront transmis à l'ARS.

II- Généralités

1) Rappel

→ Définition de l'urgence :

L'ARS a ainsi défini le 14 février 2017 les structures d'urgences :

« Service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé 24h/24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. »

L'urgence médicale est par ailleurs définie en 2012 comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques et psychiques durables » (4), visant ainsi à bannir toute notion de « vraies ou fausses » urgences et à « considérer les urgences comme une solution aux difficultés rencontrées par les patients dans notre système de santé. » (5)

Le nombre annuel de passages aux urgences de la France entière était de 13,6 Millions en 2001, 14 millions en 2003 soit une augmentation de 29% et de 18,5 millions en 2011 soit une augmentation de 36%. (1)

Il semble utile de citer ici les résultats de l'étude publiée en 2007 par la DREES sur la genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, permettant une vue globale de la réalité de l'activité ambulatoire : « Une grande partie de la demande de soins « urgents » est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine de ville, pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages ». Le médecin généraliste reste donc un acteur phare dans la prise en charge des urgences.

La pénurie de médecins généralistes, particulièrement sensible en milieu rural, retentit inexorablement sur le nombre de passages aux urgences. Selon la cour des comptes (1) 43% des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale, 35% auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. Parmi les patients concernés, 32% ont fait des démarches auprès de professionnels de santé et se tournent vers les urgences faute de réponse adéquate.

« Le modèle de médecin de famille aux horaires extensifs dont une large part de l'activité était consacrée aux visites à domiciles a vécu, sans que l'évolution du numérisé n'ait anticipé ce basculement. » (3)

La difficulté réside dans le fait que la notion d'urgence elle-même n'a pas de véritable définition. Pour le patient l'urgence est subjective.

L'OMS nous dit : « l'urgence est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et ou son entourage. »

La définition médicale la plus fréquemment rencontrée est celle-ci : « 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. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant. » (1)

Le patient, d'avantage acteur de sa santé et subissant un contexte démographique compliqué, notamment en médecine rurale, se rendrait aux urgences spontanément. D'après l'étude de la DREES réalisée en 2013 (6), trois quarts des patients sont concernés. Le regard porté par le patient sur les services d'accueil des urgences a vraisemblablement changé.

➔ *La médecine d'urgence en théorie*

*Définition de l'urgence :

- Hippocrate préconisait à ses élèves de « suivre les troupes à la main », leur impliquant que « l'occasion était furtive », c'est-à-dire que « le délai du traitement passé, le patient perdrait ses chances. » (7)

- Pour simplifier, il existe quatre types d'urgences :

- L'urgences absolue ou vitale
- L'urgence vraie
- L'urgence relative
- L'urgence différé

Le médecin urgentiste, par conséquent est un praticien intra et préhospitalier, capable de prendre en charge des patients de médecine, chirurgie et psychiatrie, adultes et enfants, pour des problèmes de santé lourds ou légers.

Existe par ailleurs la classification CCMU : classification clinique des malades aux urgences. La CCMU classe selon 7 degrés de gravité les patients des urgences. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. (Annexe 1)

- Champ qui relève de la médecine d'urgence. (8)

*Urgences susceptibles de nécessiter le recours à :

- un plateau technique
- des techniques spécifiques (anesthésie, réanimation, chirurgie...)
- une hospitalisation

* ce qui ne relève pas du champ privilégié de la médecine d'urgence :

- urgences gérées par un praticien isolé ou en cabinet ou à domicile
- éducation thérapeutique, médecine préventive
- établissement de certificats

2) Présentation de la région (*Annexe 2*)

- Démographie : Redon est une commune du département d'Ille et Vilaine en région Bretagne. Elle est la douzième commune d'Ille et Vilaine avec 9306 habitants.

Redon est le centre de la communauté de commune d'agglomération « Redon agglomération » ayant la particularité de regrouper des communes de trois départements limitrophes (Ille et Vilaine, Morbihan, Loire Atlantique).

Redon est situé à 60 kms d'un triangle de trois grands centres hospitaliers : Rennes, Vannes et Nantes.

- Le pays de Redon : 93825 habitants, avec un bassin d'emploi essentiellement industriel (la cosmétique, l'électronique et les équipements automobiles).

La ville de Redon bénéficie d'un pôle de formation avec un enseignement secondaire

Le CH emploie entre 400 et 500 personnes.

- L'offre de soins du Pays de Redon : le CHU de Rennes est l'établissement de référence, Il traite près de 1500 hospitalisations par jour (9). Il est classé dans les 10 meilleurs hôpitaux de France en 2014 dans une étude comparant plus de 60 pathologies (10)

➤ *L'organisation de l'offre de soins est dictée pas l'ARS. Elle regroupe :*

- Deux établissements hospitaliers :
 - Centre hospitalier de Redon-Carentoir (récemment fusionnés)
 - Centre hospitalier du Grand Fougeray
- L'accès à l'offre de soins des établissements voisins, notamment ceux des pays de Rennes, l'établissement de référence étant le CHU de Rennes.

Les densités des professionnels de santé implantés sur le territoire sont plus faibles que les densités régionales. (*Annexe 3*)

L'offre de soins en médecine générale notamment regroupe 26 omnipraticiens dont 16 ont plus de 55 ans et 7 ont plus de 60 ans. (*Annexe 4*)

Il y a un radiologue, un pédiatre, un ophtalmologue, un ORL et un cardiologue sur la commune même de Redon, un ORL sur la commune de Saint Nicolas de Redon, jouxtant la commune de Redon.

➤ *Le centre Hospitalier intercommunal Redon-Carentoir :*

C'est un établissement public de santé intercommunal. Il assure la couverture sanitaire de 100 000 habitant en proposant une offre de proximité et un niveau de technicité reconnu dans les activités de médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, psychiatrie et pédiatrie. Il regroupe 7 sites. (*Annexe 5*)

➤ *Le centre hospitalier de Redon :* il présente un large spectre d'activité qui s'explique par son éloignement (60km) d'un CHU.

- Urgences : SAU, UHCD, UPA, UP AVC

- Pôles d'activité :
 - * chirurgie viscérale/traumatologie
 - * gynécologie médicale/ maternité
 - * médecine polyvalente
 - * SSR
 - * cardiologie, pneumologie
 - * pédiatrie
 - * psychiatrie
 - * vacations de médecins spécialistes

- Services des urgences :
 - *Nombre de passages par année :
 - 2016 = 22769
 - 2017 = 21927

 - *IAO de 9h15 à 21h15, zone d'accueil et d'orientation.
 - *Une zone de déchocage pouvant accueillir 4 patients simultanément.
 - *Une zone de consultation comprenant 5 boxes et une salle normalement dédiée à la prise en charge des patients du circuit court (petite traumatologie)
 - *Une zone d'HCD où la durée de séjour ne devrait pas excéder 48h : 5 chambres

- UPA, UP AVC : 16 lits (en théorie), unité de post-accueil où la durée de séjour ne devrait pas excéder 5 jours.

- L'équipe d'urgence :
 - *Est composée de 8 médecins seniors dont 2 présents généralement de garde 24h et 4 ou 5 internes intervenant par 2 en journée jusque 20h30.

 - *20 infirmiers de jours dont trois présents en journée et deux la nuit.

 - *20 aides-soignants, dont deux présents de jour et de nuit.

A noter, à Redon la présence d'un médecin généraliste le week-end du samedi 13h30 au samedi 23h00, puis au dimanche matin 8h30 au dimanche soir 23h00.

Le laboratoire de biologie est extrahospitalier et gère les biologies demandées en ville et par les différents sites hospitaliers.

III- Etudes

A- Etude 1 : motivation de recours et parcours de soin aux urgences des patients de la ville de Redon :

→ Méthode :

Il s'agit d'une étude statistique rétrospective monocentrique, menée au sein du service des urgences du centre hospitalier de Redon.

→ Echantillonnage

Toutes les patientes et tous les patients entrés aux urgences, quel que soit leur moyen d'arrivée (moyen personnel, adressés par le médecin traitant ou adressés sur appels du 15) ou leurs motivations ont été inclus dans l'étude, y compris les patients relevant de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la gynécologie ou de la demande d'aide sociale.

Seront exclus de l'étude, les patients parlant un français trop approximatif pour remplir le questionnaire et se présentant non-accompagnés.

Les patients admis aux urgences après une intervention SMUR.

Notre volonté est d'être le plus exhaustif possible et de refléter au mieux à travers cette étude le fonctionnement du SAU de Redon.

→ Technique de recueil :

L'étude a été réalisée de 22 janvier 2018 au 4 février 2018, de 8h30 à 8h30, 24h sur 24H. Les questionnaires (*Annexe 6*) ont été remis par moi-même ou le docteur MAUGE tous les jours de 8h30 à 21h00. Le recueil de données de nuit a été réalisé par l'interne de garde qui était sensibilisé à l'étude dès son arrivée à 18h30. L'interne de garde est en charge des patients en première ligne toute la nuit. Les résultats sont récupérés en fin de garde à 8h30 par mes soins ou ceux du Dr MAUGE.

Cette méthode nous a permis de récupérer 100% des données, et de préserver l'anonymat des patients.

→ Analyse :

Les résultats seront en partie étudiés à l'aide d'un logiciel spécialement conçu pour cette étude (*Annexe 7*). Certains comptages seront réalisés manuellement. Le logiciel Excel permet de retranscrire les données sous forme de graphiques.

B- Etude 2 : du motif de recours des médecins généralistes aux urgences de Redon, mémoire réalisé en amont dans la région de Redon avec la participation des médecins généralistes des communes environnantes.

→ Méthode

L'étude a pour objectif d'appréhender les comportements des médecins généralistes face à une situation ressentie comme urgente, et non de quantifier les urgences rencontrées. La méthode qualitative de recueil était la plus appropriée.

→ L'échantillonnage

Le panel des praticiens interrogés est composé des 26 omnipraticiens recensés par l'ARS, auxquels s'ajoutent deux médecins installés depuis moins d'un an. Le choix des praticiens est exclusivement territorial, seront exclus les praticiens spécialistes n'exerçant pas la médecine générale, et les médecins retraités.

→ Technique de recueil :

Une recherche qualitative s'appuie sur plusieurs techniques de recueil : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien (11/12). Il est conseillé d'avoir recours à plusieurs méthodes pour multiplier les points de vue. (13)

Pour notre travail ont été choisis le questionnaire, volontairement bref pour obtenir le maximum de réponses, suivi d'une question ouverte (« commentaires libres »). Cette dernière permettait aux omnipraticiens de s'exprimer librement sans être dirigés (entretien libre) (14), l'objectif étant d'appréhender de manière un peu plus large l'articulation médecine de ville-médecine hospitalière.

Les questions se sont développées spontanément en fonction des éléments soulevés par les généralistes.

Le recueil a été réalisé du 15 au 30 novembre 2017 par moi-même, et par entretien téléphonique. (*Annexe 8*)

Initialement prévu de courte durée, les commentaires libres ont suscité l'intérêt parfois même passionné de l'ensemble des praticiens sollicités.

Les entretiens auront duré en moyenne environ 15 minutes, le plus bref allant de 3 minutes au plus long, ayant duré plus d'une heure.

→ Analyse

L'anonymat des médecins est préservé, ce qui leur est précisé dès le début de l'entretien. L'analyse du questionnaire sera réalisée par comptage manuel.

La retranscription des interviews sera menée à la main, consistant à noter mot à mot, tout ce que dit l'interviewé, sans aucune modification, interprétation ou abréviation du texte. Si le discours est pauvre, la retranscription peut comporter les intonations. Sera utilisé ici le codage ouvert (*Annexe 9*). L'unité de codage sera l'unité syntaxique. Les commentaires libres donneront lieu à une analyse globale de l'articulation médecine de ville/ médecine hospitalière (versus médecine de ville). (15/16)

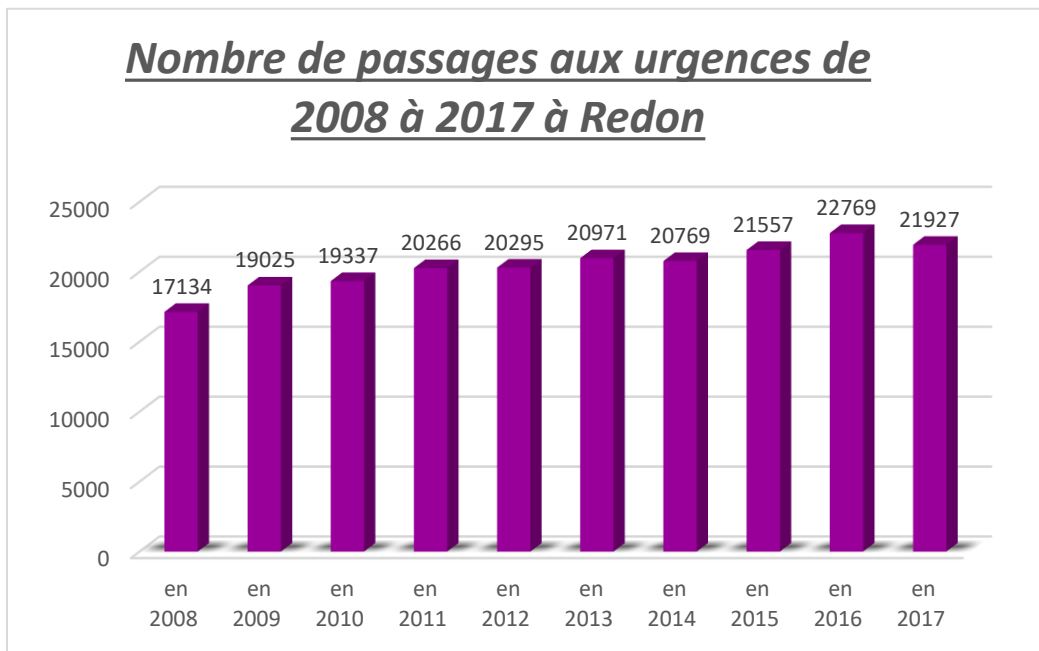
C- Etude 3 : étude rétrospective sur 6 mois, de janvier à juin 2017, étudiant le nombre de passages aux urgences de Redon la semaine ou le Week end.

Cette étude définira le nombre de passages aux urgences, semaine versus week-end, l'établissement de Redon ayant la particularité d'offrir une consultation libre de médecine générale du samedi 13h30 à 23h00 et du dimanche 8h30 au dimanche 23h00.

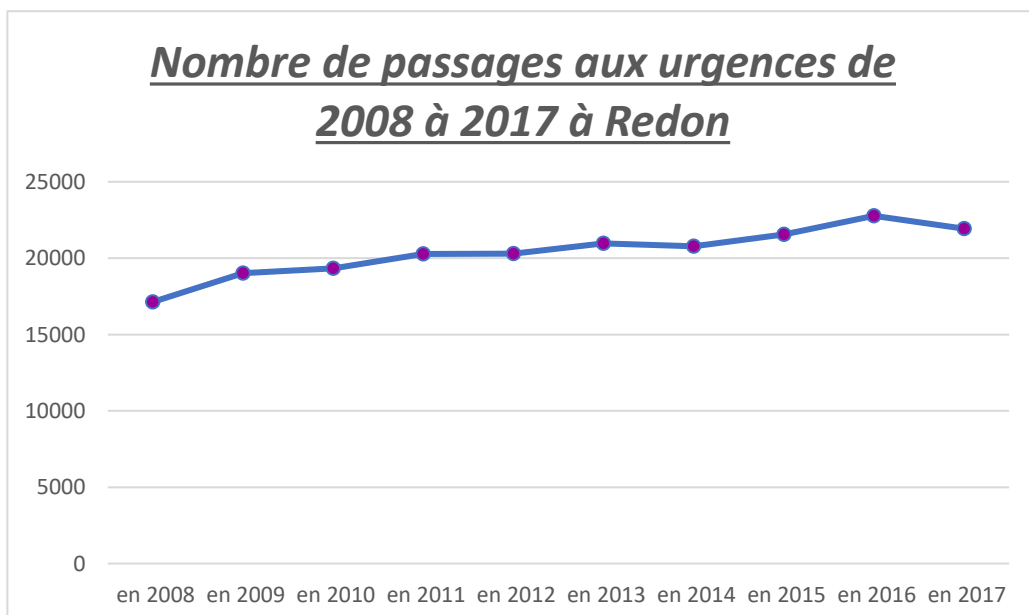
Nous avons relevé le nombre de passages sur le logiciel de l'hôpital (convergences) sur une durée de 6 mois, chaque week-end, comparativement au nombre de passages en semaine. Nous comparerons si possible nos résultats à ceux d'autres études.

IV- Résultats :

Nombre de passages aux urgences de Redon de 2008 à 2017



(Fig.1)

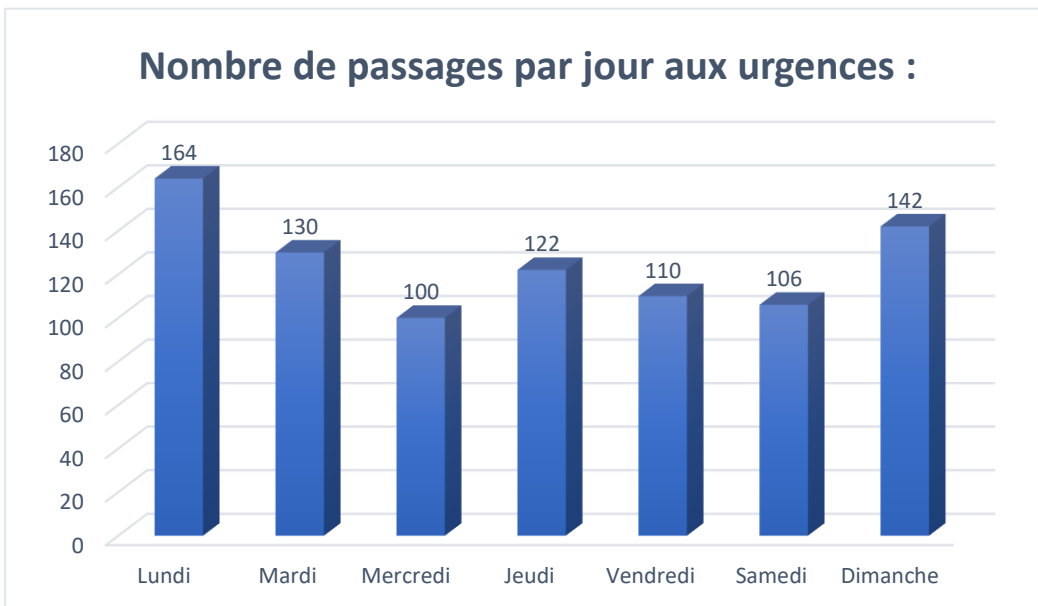


(Fig.1 bis)

- > Le nombre de passages aux urgences est passé de 17 134 en 2008 à son maximum enregistré en 2016 à 22769. Soit une augmentation de 32,9% entre 2008 et 2016.

A) Etude statistique réalisée au service d'accueil des urgences de Redon

1- *Nombre de passages par jour aux urgences*

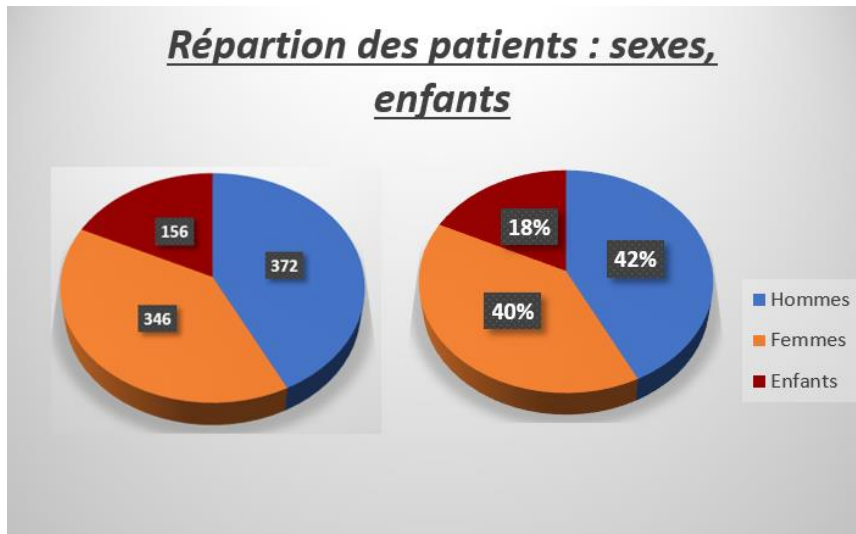


(Fig.2)

- > Le nombre total de patients observés sur la période de quinze jours du 22 janvier au 4 février est de 874.

Le pourcentage d'admissions le plus élevé au SAU est constaté le lundi. Il est relativement stable sur le reste de la semaine avec une petite inflexion constatée le mercredi.

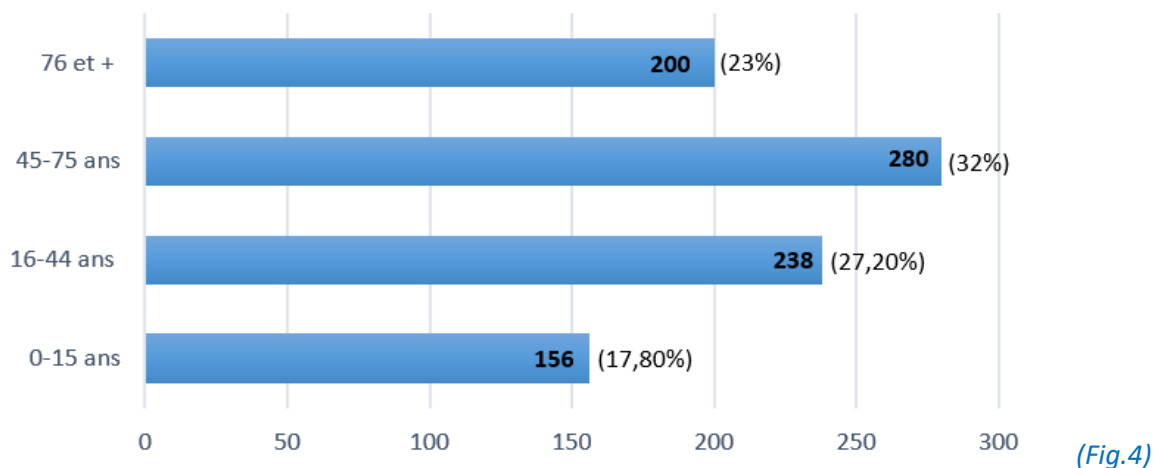
2- *Répartition de la population se rendant aux urgences*



> Les patients se présentant aux urgences sont majoritairement des hommes (42%), on compte 40% de femme et 18% d'enfant de moins de 15 ans.

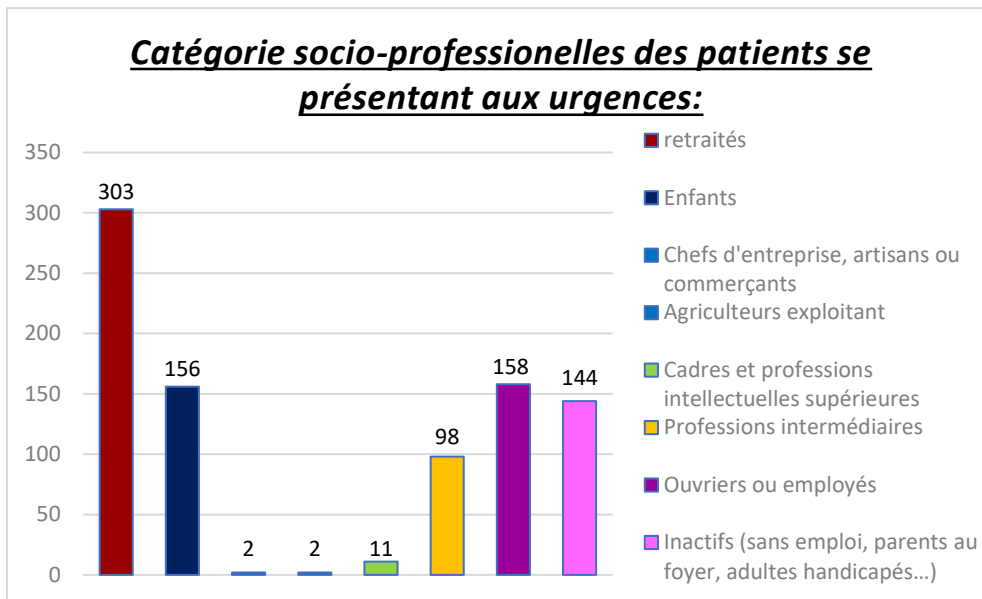
3- *Nombre de passages aux urgences selon les tranches d'âges :*

Nombre de passages aux urgences selon les tranches d'âge



> Sont majoritairement représentés les patients de 45 à 75 ans. Les patients relevant de la pédiatrie représentent seulement 17,8 % de l'activité.

4- *Catégories socio-professionnelles des patients se présentant au SAU*

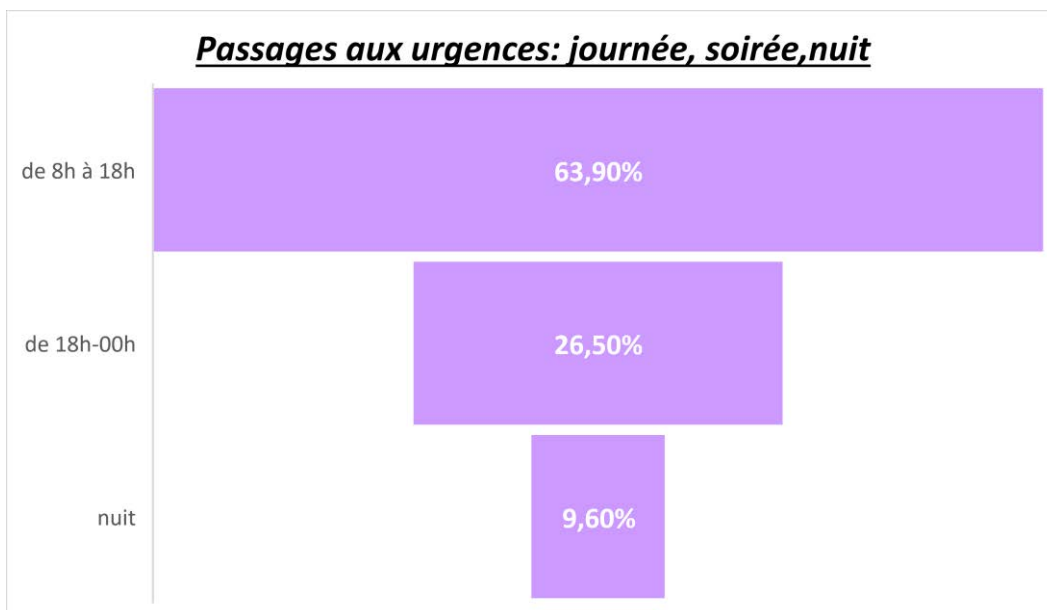


(Fig.5)

> Les patients se présentant

aux urgences sont majoritairement des retraités. Les ouvriers ou employés et les professions intermédiaires sont largement représentés comparativement aux catégories socio-professionnelles plus favorisées. 16,5 % sont inactifs.

5- Pourcentage des passages aux urgences en fonction de l'heure

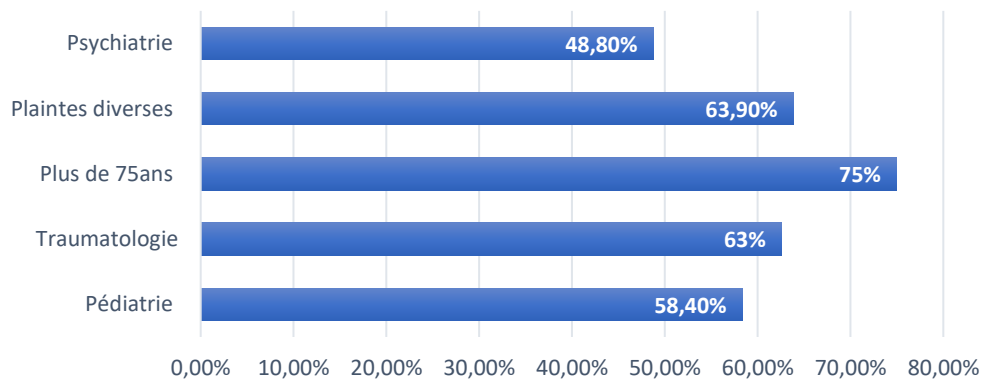


(Fig.6)

- > 63,9% des passages aux urgences ont lieu aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (et des secrétariats) contre 36% après 18h.

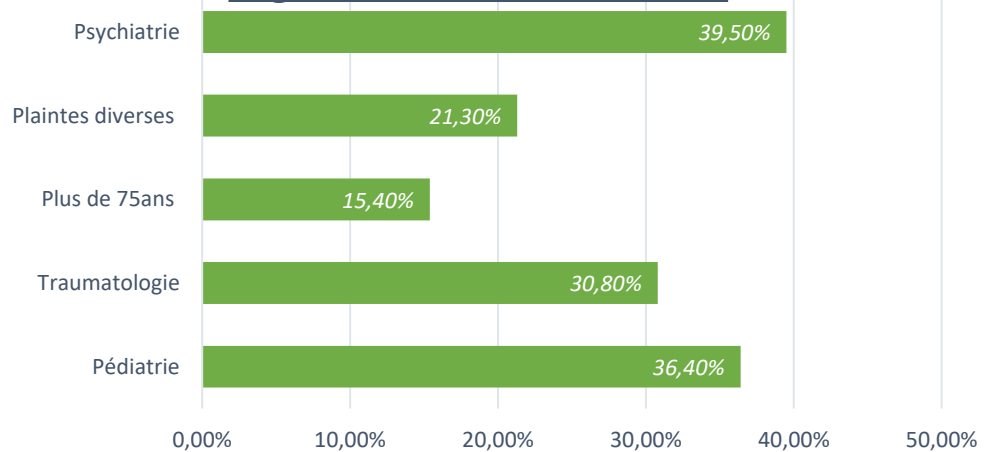
➔ Evolution des motifs de recours en fonction des horaires :

Motifs de recours des patients au urgences de 8h à 18h

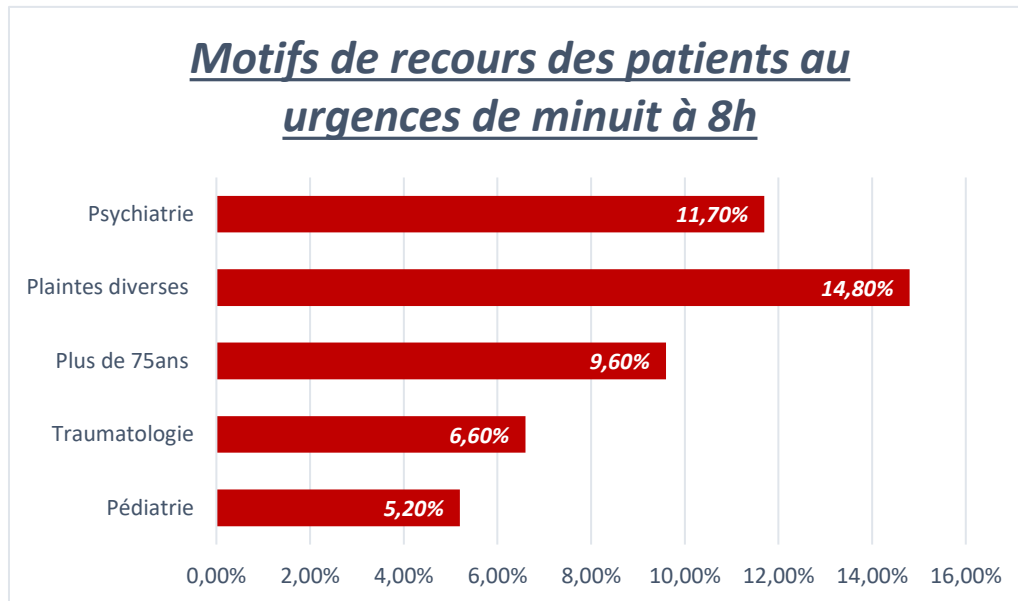


(Fig.7)

Motifs de recours des patients au urgences de 18h à minuit



(Fig.8)

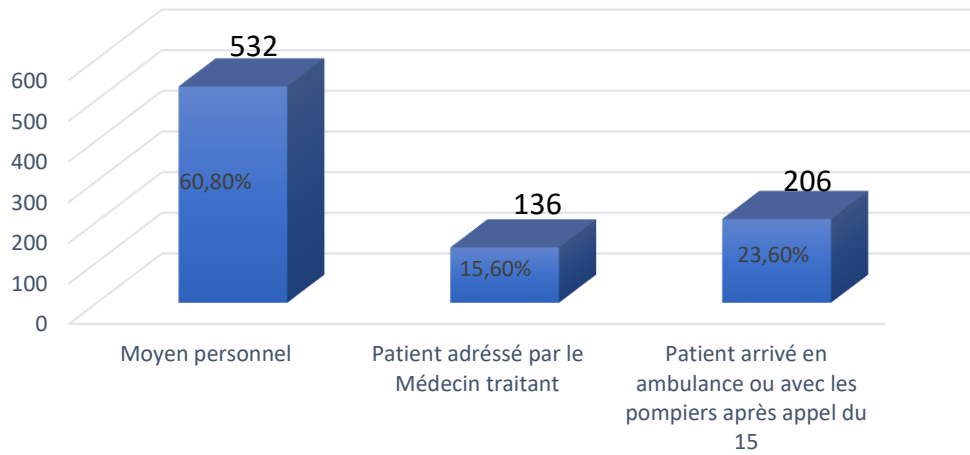


(Fig.9)

- > Les patients âgés de plus de 75ans se présentent majoritairement aux urgences en horaires de journée.
A l'inverse, on constate une augmentation du nombre d'admissions concernant les enfants et jeunes de moins de 15 ans entre 18h et minuit.

6- *Les patients s'adressent-ils de manière spontanée aux urgences ?*

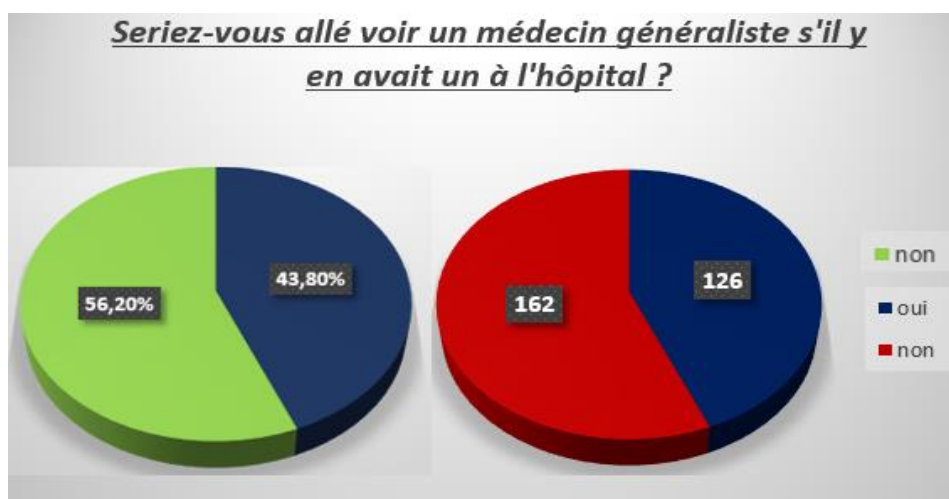
Les patients s'adressent-ils de manière spontanée aux urgences ?



(Fig.10)

- > 60,80% des patients se rendent d'eux même aux urgences, contre 39,1% qui sont :
 - Adressés par le médecin traitant
 - Arrivés en ambulance ou avec les pompiers après appel du 15

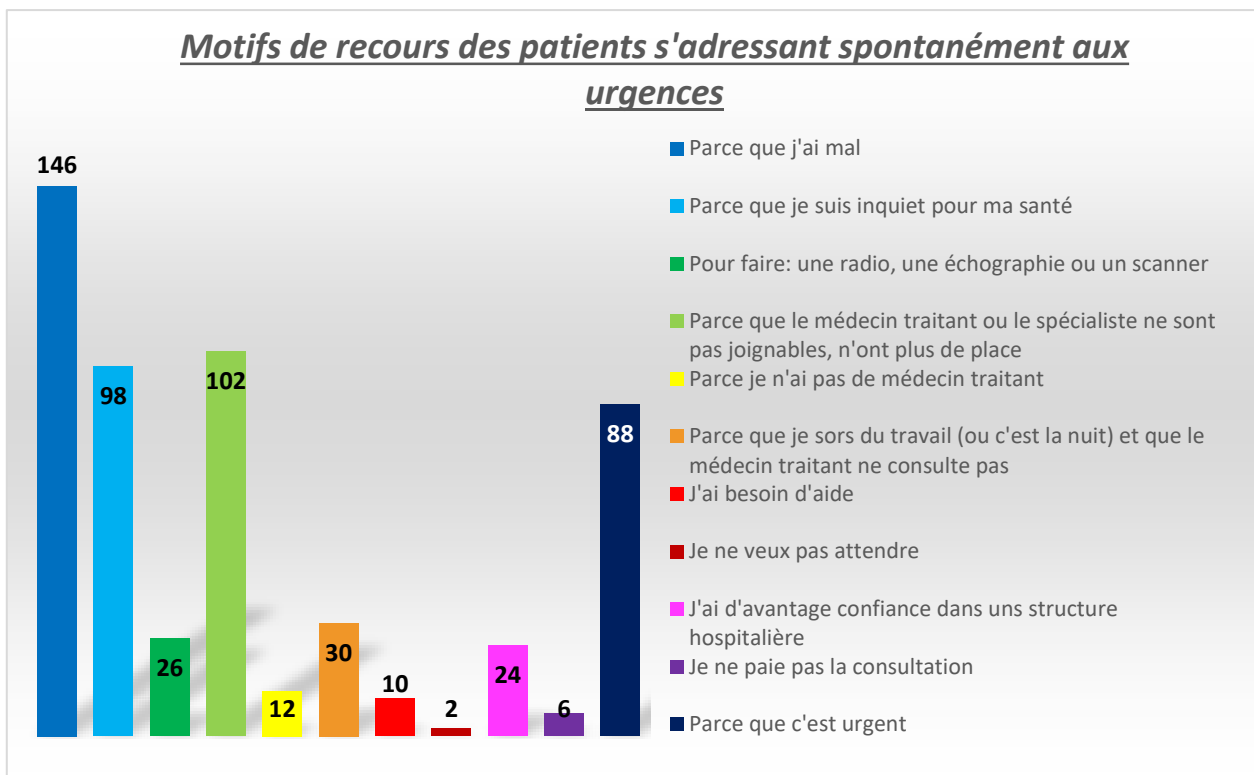
7- Pourcentage de patients qui venus spontanément auraient accepté d'être réorientés vers un médecin généraliste



(Fig.11)

- > 43,80% des patients se présentant d'eux-mêmes aux urgences auraient accepté d'être redirigés vers un médecin généraliste.

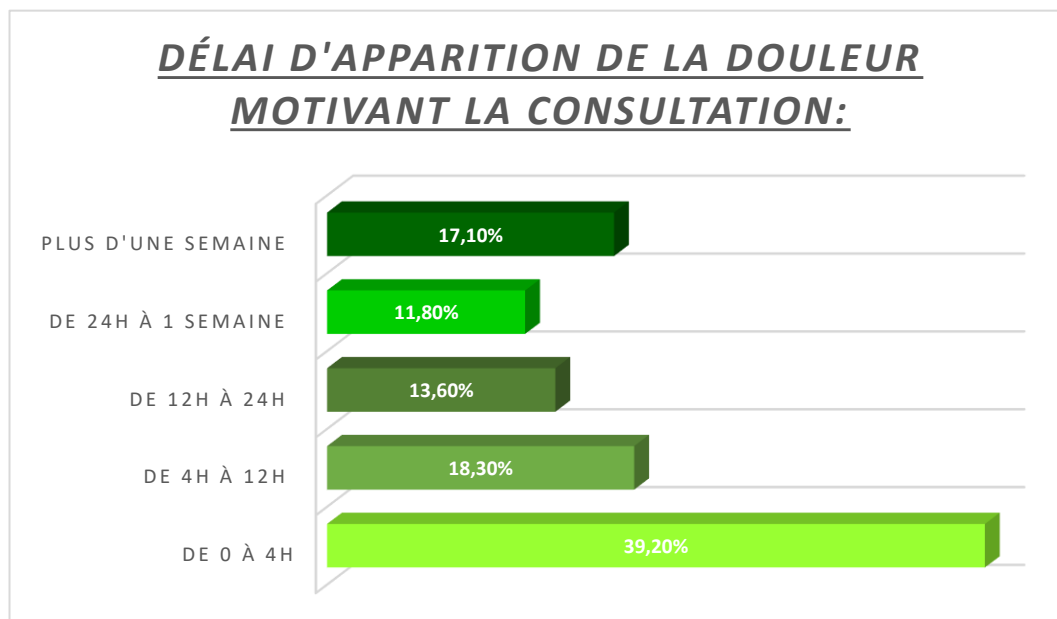
8- Motifs de recours des patients venus spontanément décrits par le patient à l'accueil



(Fig.12)

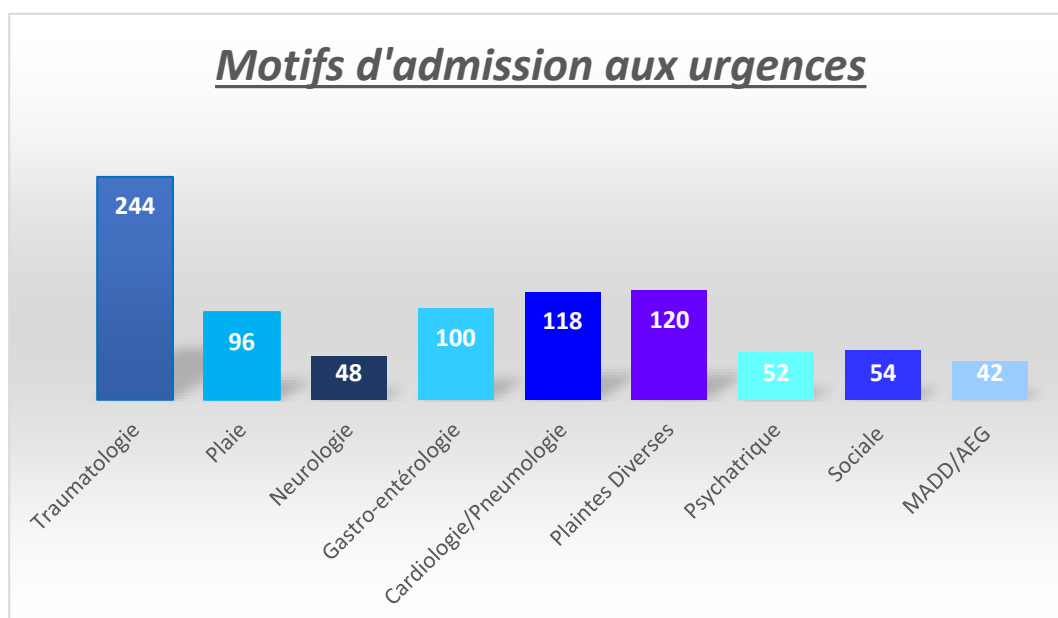
- > Le principal motif de recours formulé par le patient est la douleur (26,40%). 18,10% auraient essayé de joindre un médecin traitant. Seulement 16,50% des patients se disent être en situation d'urgence. 1% seulement se rendraient aux urgences pour ne pas payer la consultation. La confiance dans une structure hospitalière n'est évoquée que dans 4,50% des cas.

9- Délai d'apparition de la douleur, motif de recours principalement évoqué par les patients



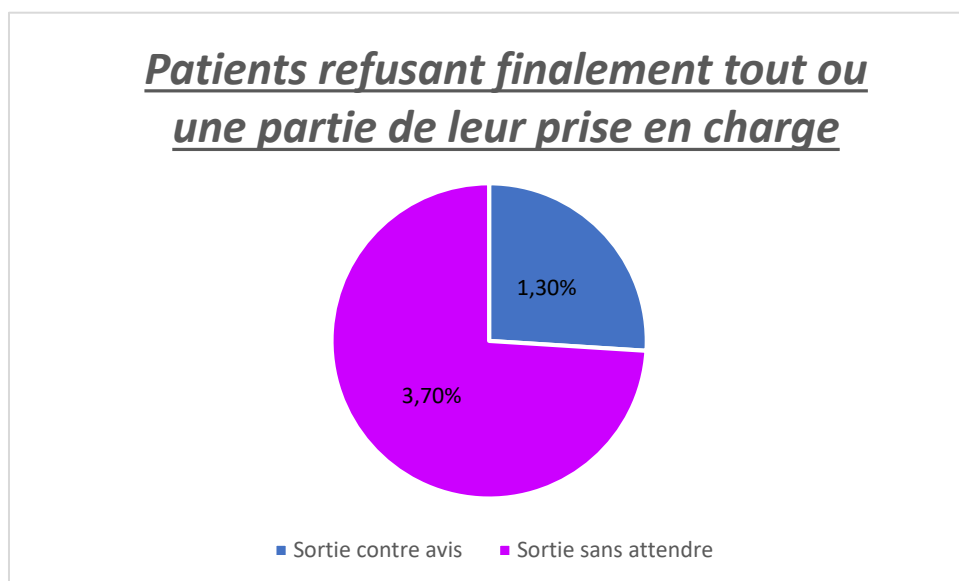
- > Dans 39,20% des cas la douleur motivant la consultation est d'apparition aïgue (inférieure à 4h). A l'inverse dans 17,10% des cas il s'agit d'une douleur chronique (plus d'une semaine).

10- Motifs médicaux d'admission aux urgences



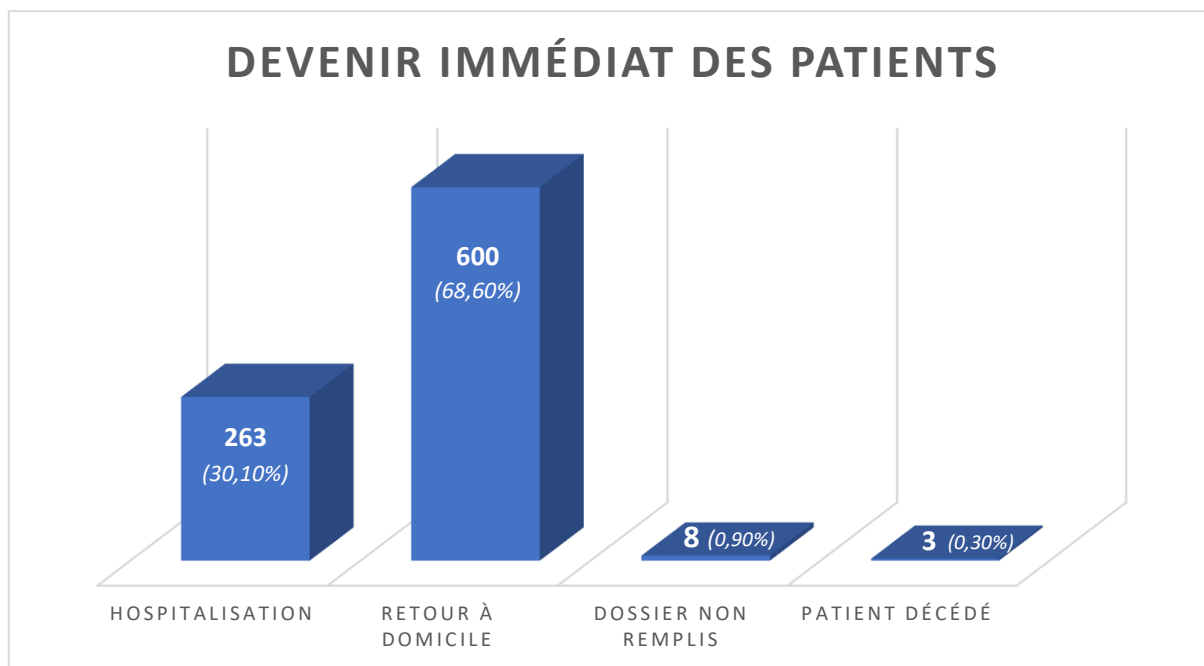
- > Le taux d'admissions aux urgences est de 38,9% pour ce qui concerne la traumatologie et les plaies. 6% relèvent d'une demande de soins psychiatriques, 6,2% d'une demande d'aide sociale. 4,8% concernent l'AEG et MADD des personnes âgées.

11- Interruption de la prise en charge pour certains patients



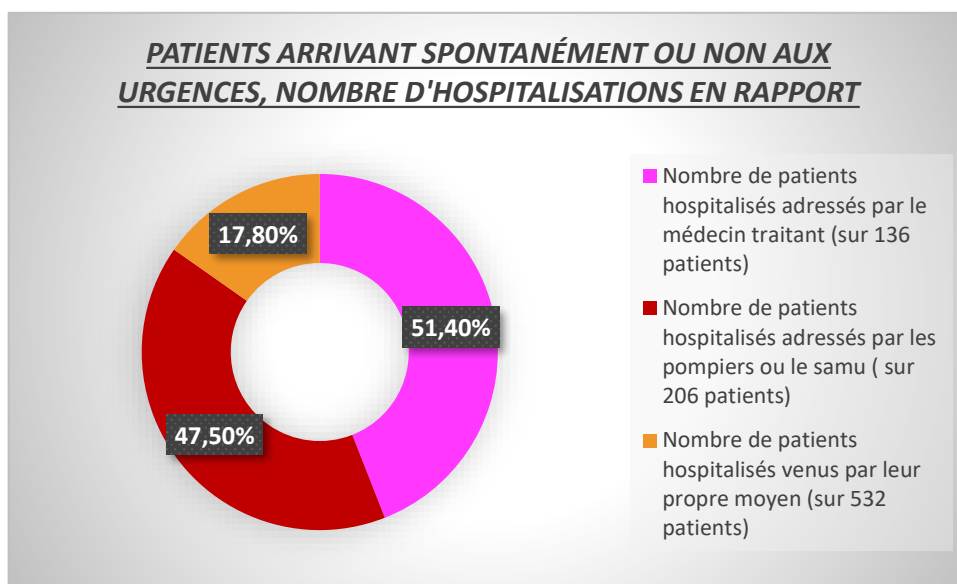
- > 3,70% des patients quitteront les urgences avant d’être pris en charge par le médecin urgentiste, 1,30% sortiront du service contre avis médical quel que soit le moment de la prise en charge.

12- Devenir immédiat des patients



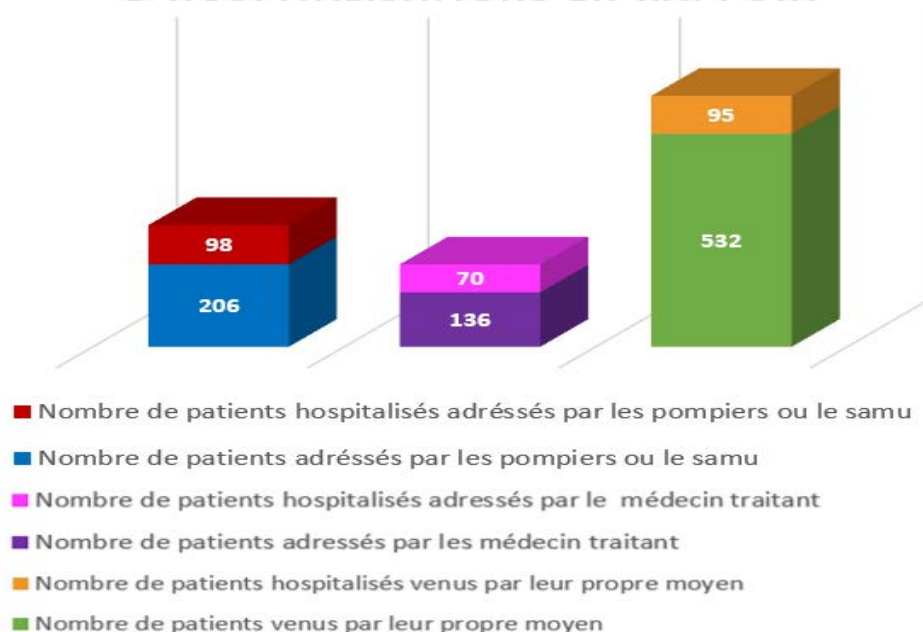
(Fig.16)

→ Patients hospitalisés à l'issue de leur prise en charge



(Fig.17)

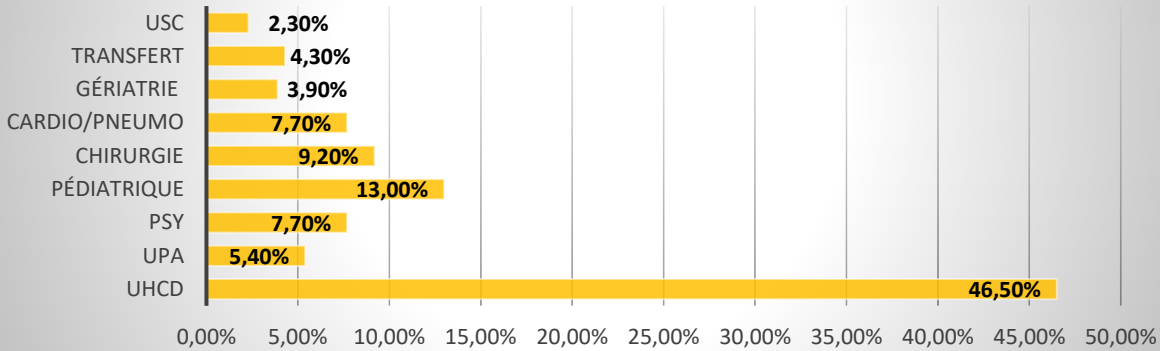
PATIENTS ARRIVANT SPONTANÉMENT OU NON AUX URGENCES, NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN RAPPORT



(Fig.17 bis)

- > Les patients hospitalisés concernent 17,80% des patients s'étant présentés spontanément aux urgences contre 51,40% pour les patients adressés le médecin traitant et 47,50% adressés par les pompiers ou le SAMU.

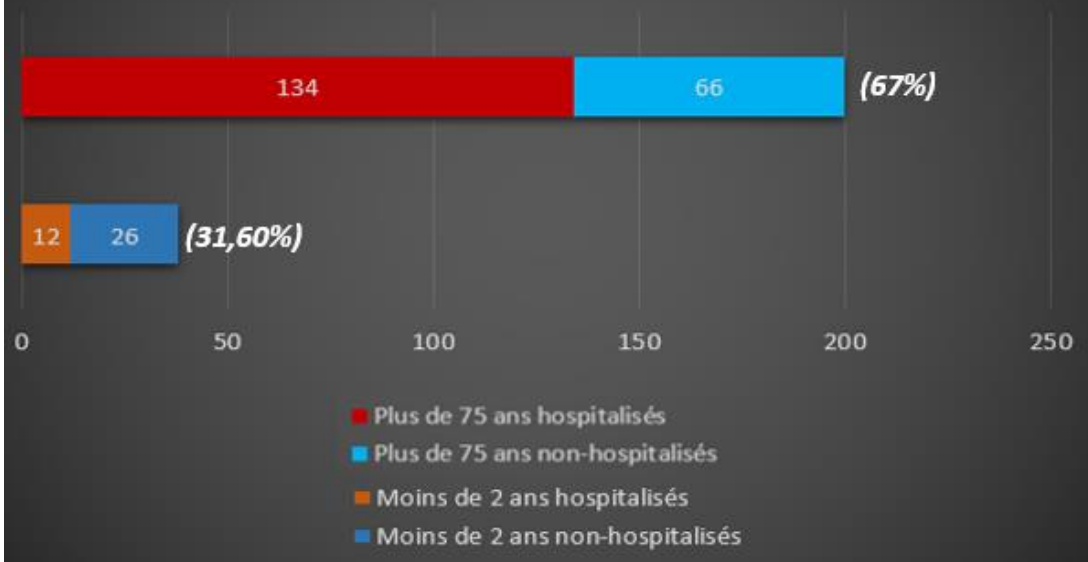
Hospitalisation: Orientation dans les différents services



(Fig.18)

- > Près de 50% des patients transitent par le service d’UHCD. Le plus gros taux d’admissions directes étant celui du service de pédiatrie.

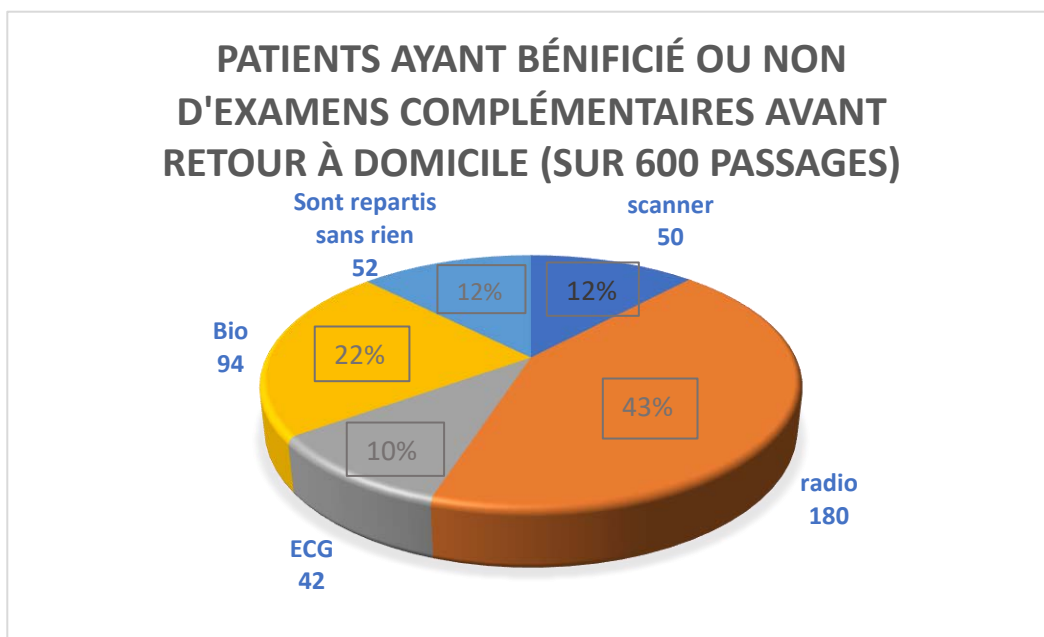
Nombre de patients hospitalisés: nourrissons, personnes âgées



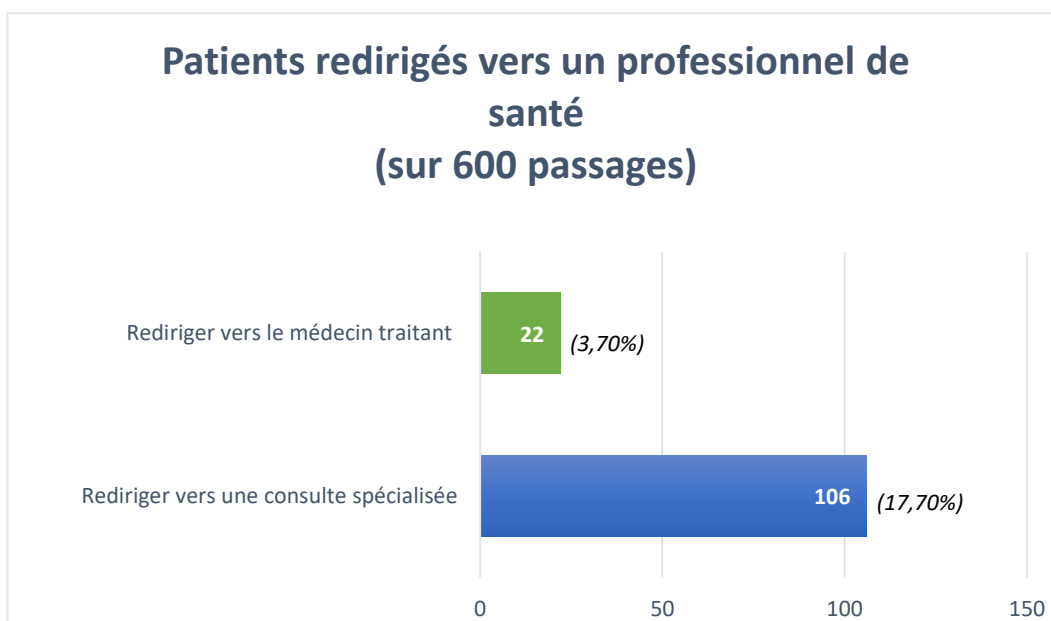
(Fig.19)

- > Le nombre de patients hospitalisés augmente sensiblement avec l’âge.

→ Retour à domicile



- > 88% des patients ont bénéficié d'un examen complémentaire avant leur retour à domicile dont 43% de radiologie.



- > A l'issue de la consultation, 17,70% des patients méritent un avis spécialisé en externe et 3,70% seront réadressés à leur médecin traitant pour une suite de prise en charge.

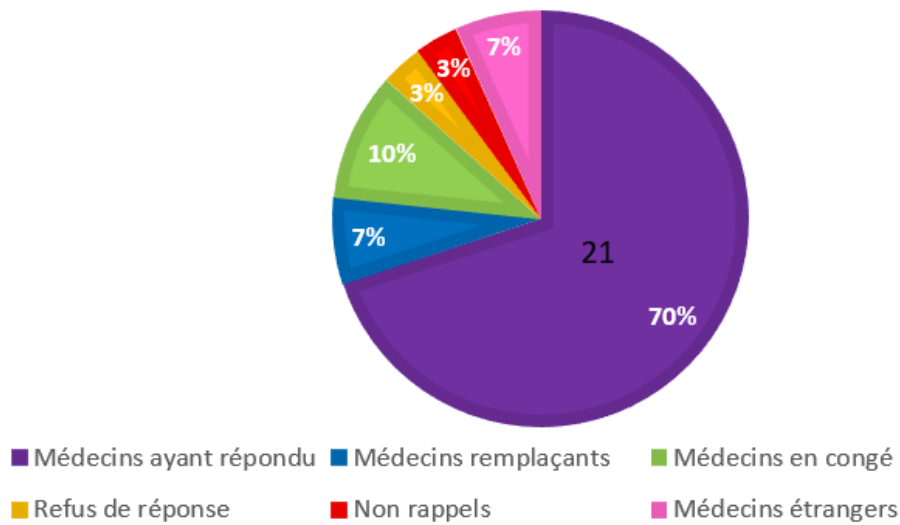
B) Motivation des médecins généralistes à adresser les patients aux urgences

1- Etude du résultat du questionnaire

Les appels téléphoniques ont eu lieu de 9h à 19h, quels que soient le jour ou l'heure (hors week-end) y compris pendant les horaires de consultations. Plusieurs appels ont souvent été nécessaires. Deux des médecins ont choisi de me rappeler à une heure plus confortable au vu de leur activité.

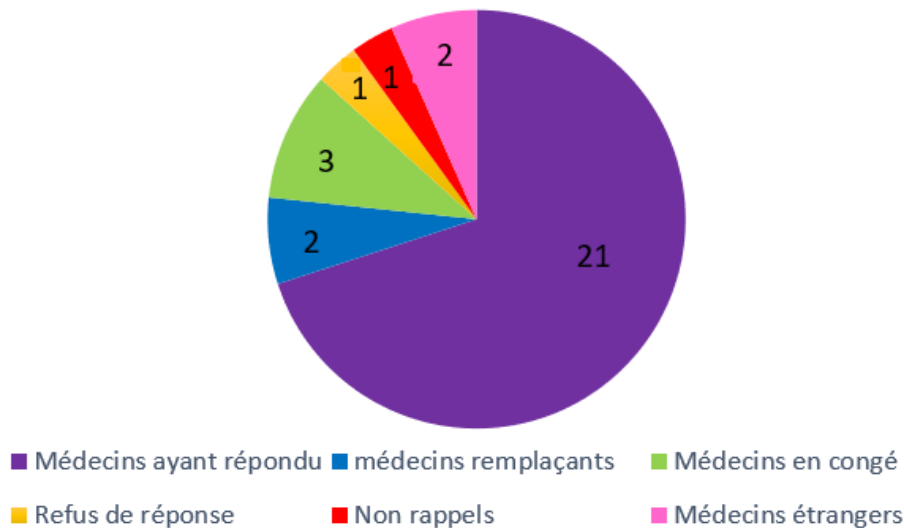
- 27 médecins sur 28 ont un secrétariat téléphonique. Le dernier a été joint directement, il m'a répondu en voiture entre deux visites à domicile.
- Un seul médecin m'a demandé de lui envoyer le questionnaire par mail, j'ai reçu la réponse dans la demi-journée.
- Sur les 28 médecins interrogés, 12 sont des femmes, 16 des hommes.
- Trois étaient en congé et n'ont pu répondre.
- Un seul refusait catégoriquement de répondre à toute enquête quelle qu'elle soit.
- Deux étaient des médecins remplaçants, mais réguliers et habitués à fonctionner en lien avec le centre hospitalier de Redon depuis plusieurs années.
- Un médecin étranger a eu la gentillesse d'accepter mon appel, mais le téléphone n'était peut-être pas idéal et semblait compromettre notre compréhension réciproque.

Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences de Redon



(Fig. 23)

Motifs de recours des médecins généralistes aux urgences de Redon :

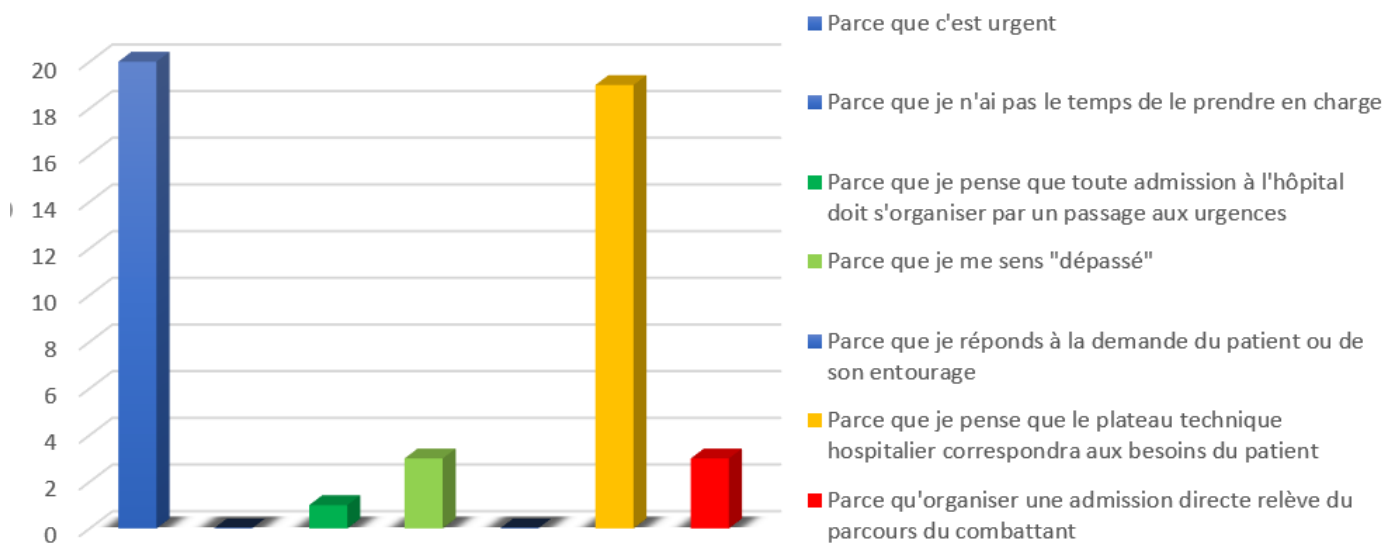


(Fig. 23 bis)

Au total, les deux réponses privilégiées des médecins quant à leur motif de recours au service des urgences étaient par priorité :

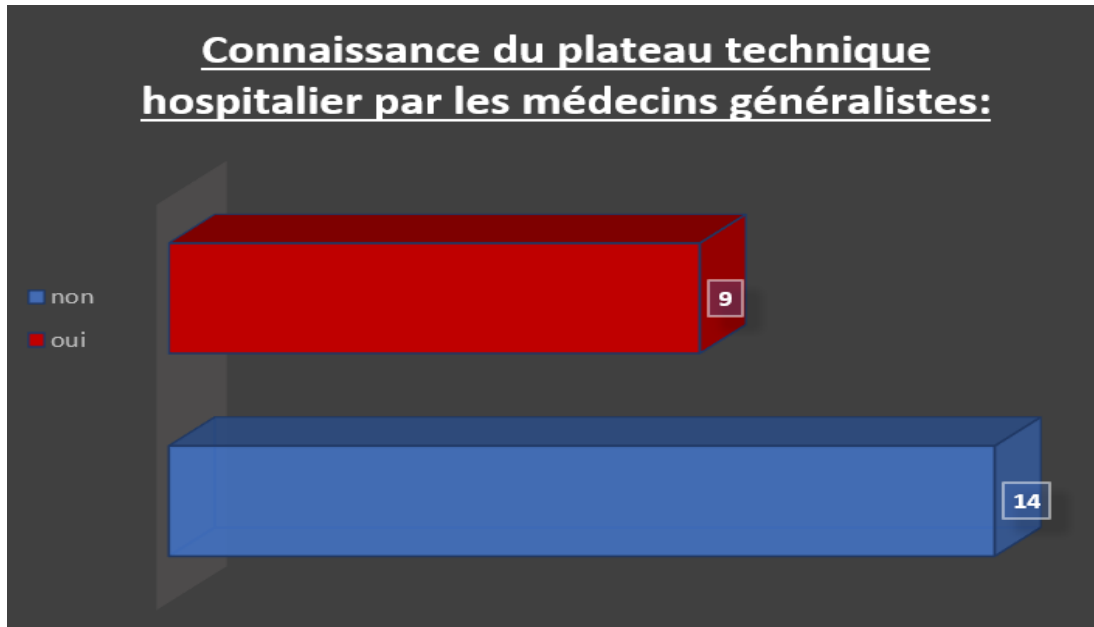
- 1ere intention « Parce que je pense que c'est urgent » => 20 réponses
- 2eme intention : « Parce que le plateau technique de l'hôpital correspondait au besoin du patient » => 19 réponses
- Un médecin cite en deuxième intention la réponse N°3 : « je pense que toute admission à l'hôpital doit se faire par un passage aux urgences ».
- Trois médecins citent en deuxième intention le fait de se sentir « dépassé ».
- Trois médecins citent également en deuxième intention le fait qu'« organiser une admission directe relève parfois du parcours du combattant ».
- Aucun médecin n'a « pas le temps de prendre en charge le patient », et ne répond à la pression familiale ou du patient lui-même

Motif de recours des médecins généralistes aux urgences de Redon:



(Fig.23 bis)

A- A la question, interrogeant sur la connaissance par les praticiens du plateau technique hospitalier au moment de notre enquête, 9 ont répondu connaître le plateau et 14 pas du tout.



(Fig.24)

2- Etude des commentaires libres

18 médecins sur les 23 ayant accepté de nous répondre, ont commenté librement le questionnaire initial.

Thèmes	Citations :
<p><i>Offre de soin</i></p>	<p>« Beaucoup trop d'intérimaires » M8</p> <p>« On n'a jamais d'interlocuteur, nous n'avons aucune information fiable sur l'offre de soins actuelle sur l'hôpital. » M9</p> <p>« J'organise mes admissions directes aux CHU grâce à une tablette où figurent les numéros détaillés » M10</p> <p>« Les patients sortent des urgences avec une mauvaise compréhension des informations qui leur auraient été transmises » M11</p> <p>« Je ne connais pas tout à fait l'offre de soins spécialisés » M12</p> <p>« Les consultations spécialisées ou les spécialistes changent tout le temps » M5, M8, M7</p> <p>« Une maquette qui n'est pas à jour, qui est à rafraichir » M11, M12, M13</p> <p>« Non connaissance des spécialistes et des médecins urgentistes » M6, M8, M10</p> <p>« Pas réussi à avoir un rendez-vous d'échodoppler sur Redon !! », « cardio je faxe à Pontchâteau, il n'y a pas de communication avec le service de cardiologie de REDON » M7</p> <p>« A REDON je ne travaille qu'avec les consultations de gastro et de pneumo », « La relation avec le service de cardiologie et particulièrement tendue » M 10</p> <p>« L'hôpital est en crise, le service de cardio dysfonctionne », « Les spécialistes sont plus faciles à joindre » M13</p> <p>« Je faxe mes ECG au cardiologue de l'hôpital pour avis » M 17</p>
	<p>« Mais c'est un peu " moins pire " qu'il y a quelques années. » M3</p> <p>« Je reçois une plaquette d'information mais jamais à jour car il y a un manque de pérennité</p>

<p><i>Communication avec les médecins urgentistes</i></p>	<p>des médecins sur l'hôpital. Je reçois les comptes rendus d'hospitalisation par Apicrypt mais pas des urgences » M4</p> <p>« Je reçois les courriers de sorties des urgences » M7</p> <p>« A la sortie d'hospitalisation le médecin est mal informé ce qui est parfois un problème pour le retour à domicile. » M11</p> <p>« Les spécialistes sont plus faciles à joindre. Pour les consultations relevant de la médecine générale, l'IAO peut nous appeler, nous recevons en général les patients. » M13</p> <p>« Et nous ne sommes pas au courant en temps réel » M16</p> <p>« Je ne reçois pas ou pas souvent les courriers des urgences » M2, M3, M5, M10, M11, M12</p> <p>« Nous n'avons pas les bons numéros ou ne savons pas où nous adresser » M3, M6, M7, M13</p> <p>« Les urgentistes n'utilisent pas Apicrypt » M3, M6</p> <p>« Médecins urgentistes non joignables ou très difficilement » M3, M7, M10, M13</p> <p>« Déjà remonté à la chargée de communication et à la direction » M6, M12</p>
<p><i>Admission directe</i></p>	<p>« L'hospitalisation directe est parfois possible...mais ça dépend vraiment des intervenants, qu'on ne connaît pas. » M3</p>

	<p>« Il n’y a jamais de place » M4</p> <p>« Admission directe difficile voire impossible (quel que soit le service) » M6, M9, M10, M15</p>
<p>Gériatrie</p> <p>Gériatrie</p>	<p>« Moi, j’ai voulu hospitaliser un patient en gériatrie, on m’a demandé un courrier, je l’ai fait mais je n’ai jamais eu de réponse. Je dirige donc mes patients sur Saint Nazaire. » M6</p> <p>« Je les organise directement et sans difficulté à Malestroit » M16</p> <p>« L’organisation d’une entrée est relativement facile en gériatrie. » M17</p> <p>« Admission difficile, compliquée » M3, M4, M13, M16</p>
<p>Démographie Médicale</p>	<p>« Pour ma part, je ne refuse aucun patient » M7</p> <p>« Et si je suis sous la pression d’une famille, faute de temps, il peut m’arriver d’adresser le patient aux urgences » M10</p> <p>« Je ne fais plus face. » M11</p> <p>« Nous sommes débordés » M10, M11, M18</p> <p>« Manque et recherche de médecins généralistes » M10, M11, M18</p>
<p>Psychiatrie</p>	<p>« J’ai maintenant mes interlocuteurs privilégiés ailleurs. » M3</p> <p>« La psychiatrie c’est tout un poème. Un patient Schizophrène avait rendez-vous le 9 décembre avec un psychiatre. Le rendez-vous a été repoussé au 4 janvier, puis au 12. Puis encore repoussé. Le patient a fait une tentative de suicide. Même scénario pour une patiente de 18 ans qui se décrit comme bipolaire. Je n’ai pu avoir qu’un rendez-vous avec un infirmier de liaison. Le médecin psychiatre n’est jamais joignable au téléphone » M7</p> <p>« La prise en charge psychiatrique et en addictologie est catastrophique à Redon. » M15</p> <p>« Pas de suivi psychiatrique » M3, M5</p>
<p>Radiologie</p>	<p>« Manque d’un radiologue 24h/24 » M1</p> <p>« Une IRM à REDON serait indispensable » M8</p>

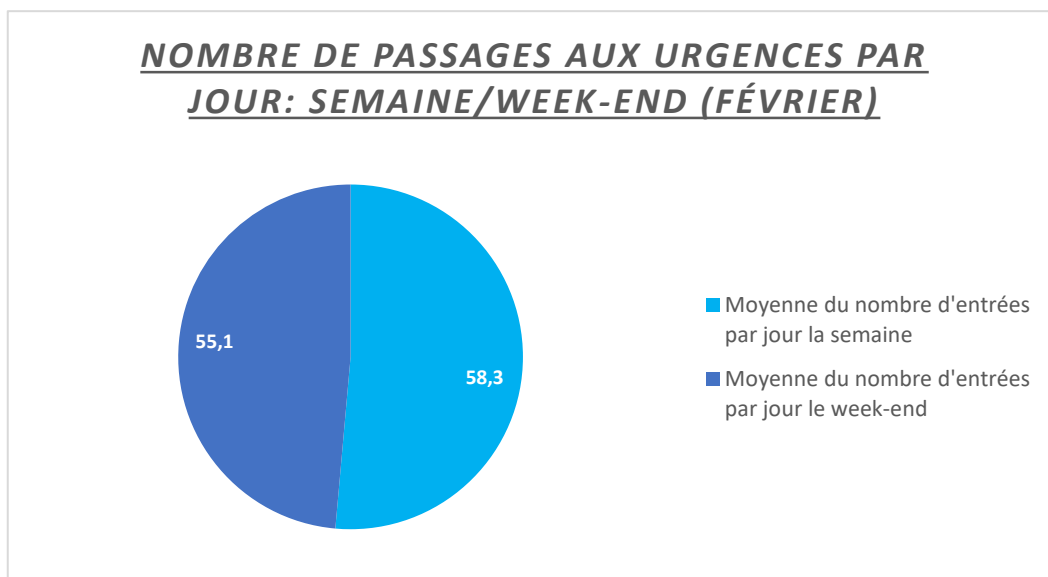
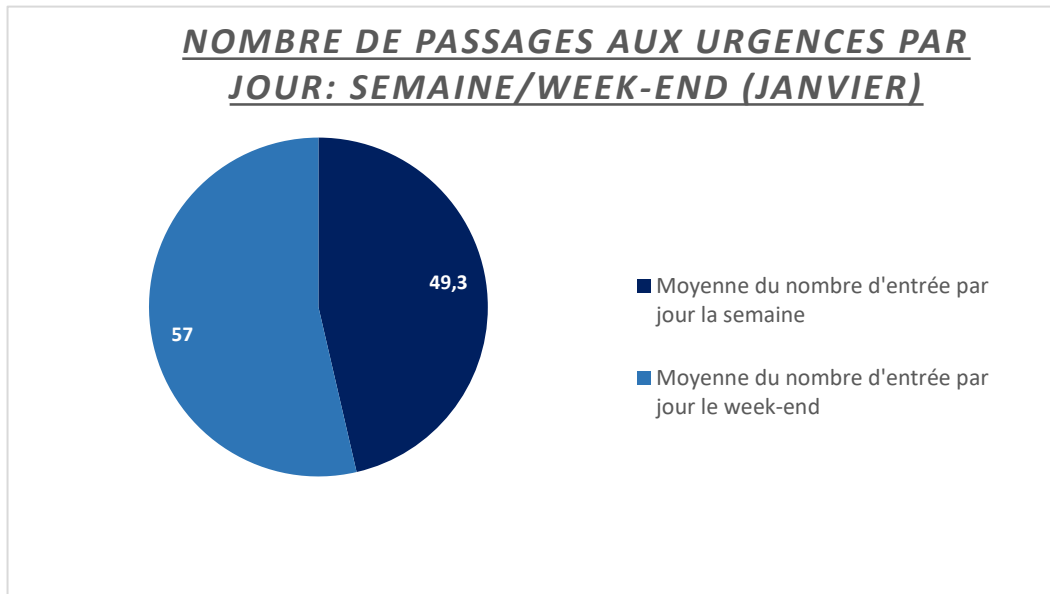
	« Les services de radiologie fonctionnent bien avec des rendez-vous de scanner rapides et des compte rendus de qualité depuis l'intervention des radiologues de Pontchâteau. » M10
Importance d'un Hôpital de proximité	« Hôpital procure une proximité indispensable, c'est en cela qu'il est honorable. » M5 « Cet Hôpital est à la mesure de notre patientèle rurale, on apprécie d'en être si proche. Cela nous aide et nous sécurise dans nos prises en charge. » M14 « Nous apprécions l'offre de soin de proximité. » M18
Traumatologie	« Déploire qu'il n'y ait pas d'orthèse » M16

(Fig. 6)

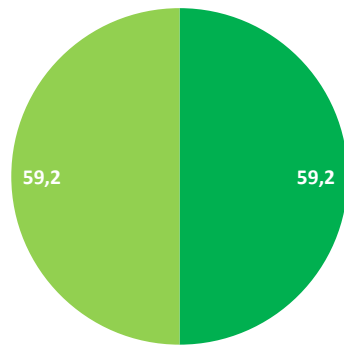
- Plusieurs thèmes ont été facilement identifiables après codage. (16)

<u>Thèmes abordés par les praticiens :</u>	<u>Nombre de médecins :</u>
La connaissance de l'offre de soins au centre du CH	n= 10
La communication avec les médecins urgentistes	n= 10
L'admission directe des patients dans les services de médecine	n= 6
L'admission directe en gériatrie	n= 6
La démographie médicale	n= 4
La psychiatrie	n= 4
La radiologie	n= 3
L'importance d'un hôpital de proximité	n= 3
La prise en charge en traumatologie	n= 1

C) Etude comparative du nombre de passages aux urgences de Redon semaine/week-end compte tenu de la présence d'un médecin généraliste au CH de Redon de 13H30 à 23H00 le samedi et de 8H30 à 23H00 le dimanche.

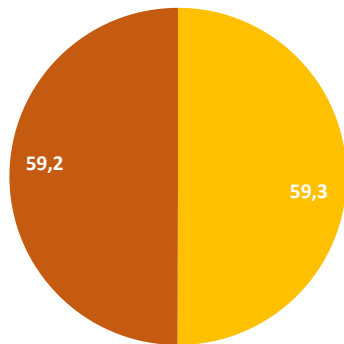


**NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES
PAR JOUR: SEMAINE/WEEK-END (MARS)**



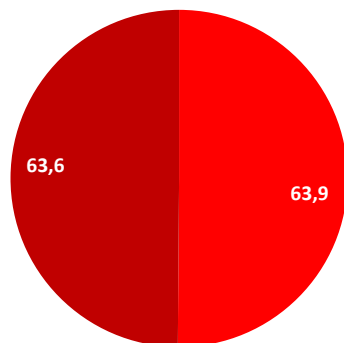
- Moyenne du nombre d'entrées par jour la semaine
- Moyenne du nombre d'entrées par jour le week-end

**NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES
PAR JOUR: SEMAINE/WEEK-END (AVRIL)**



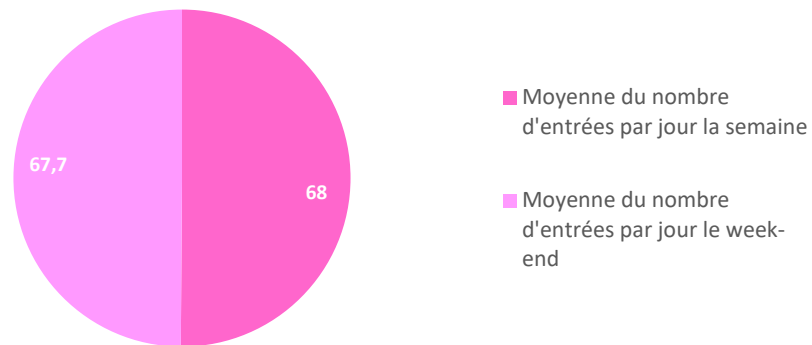
- Moyenne du nombre d'entrées par jour la semaine
- Moyenne du nombre d'entrées par jour le week-end

**NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES
PAR JOUR: SEMAINE/WEEK-END (MAI)**

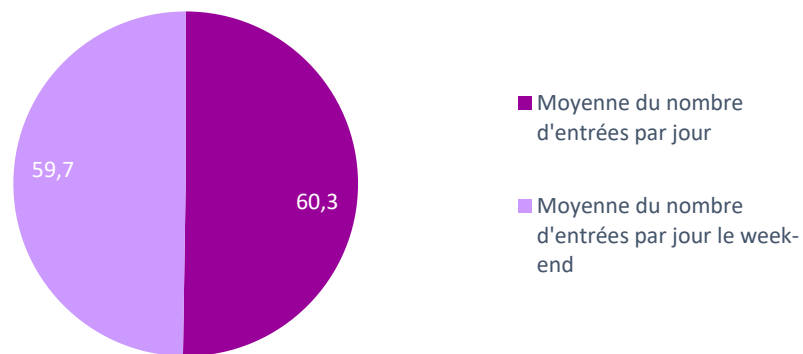


- Moyenne du nombre d'entrées par jour la semaine
- Moyenne du nombre d'entrées par jour le week-end

**NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES
PAR JOUR: SEMAINE/WEEK-END (JUIN)**



**NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES PAR
JOUR: SEMAINE/WEEK-END (SUR 6 MOIS)**



(Fig. 22)

- > Le nombre de passages par jour est sensiblement égal en semaine ou le week-end.

V- Discussion :

1) *Limites et biais de l'étude*

→ Enquête au sein des services d'urgences :

- Le recueil des données s'est effectué pendant le temps de présence du patient, par mes soins, celui du Dr MAUGE ou celui des internes de garde. Il est malheureusement possible que certaines informations concernant le devenir des patients nous aient échappé avant le classement du dossier (notamment en ce qui concerne la prescription d'examen complémentaires). Nous pensons avoir limité ce biais au maximum mais il ne peut être considéré comme nul.
- Certains patients ont dû être accompagnés pour répondre au questionnaire. Il est possible qu'ils aient été influencés par notre appréhension personnelle des informations à récolter. Comme dans tout travail de recherche qualitative, il existe un biais d'interaction, de courtoisie, d'induction.

→ Enquête réalisée auprès des médecins généralistes :

- Le premier est celui lié au nombre restreint de médecin que nous avons choisi d'interroger. Nos résultats ne peuvent donc prétendre – a priori – refléter l'état des lieux sur l'ensemble du territoire français. Ce n'était toutefois pas notre objectif même s'il apparaîtra finalement de grande similitude avec d'autres enquêtes (17) (18)
- Le second biais concerne la réalisation même de l'étude. Certains médecins ont été interrogés pendant un temps de consultation, entre deux patients ou même en visite à domicile.
Il est évident que les propos ont pu être plus retenus, plus ou moins prolixes ou à l'inverse plus véhéments en fonction du contexte.
- L'étude était par ailleurs très ponctuelle, les médecins interrogés n'ont donc eu aucun temps de réflexion. Les réponses reflètent-elles vraiment la réalité du terrain ?
- La méthode téléphonique, si elle permet d'obtenir plus de réponses, ignore certains aspects des réponses à un entretien : mimiques, grimaces, gestuelles. Nous nous serons contentés de l'intonation et des éclats de voix éventuels, rapportés par la ponctuation.

- L'entretien sous forme de "commentaires libres" a apporté des réponses s'éloignant très rapidement du thème principal concernant le recours des médecins généralistes aux urgences.

C'est ce qui nous a conduits à modifier le titre de ce mémoire et à détailler d'avantage l'articulation globale médecine de ville/ médecine hospitalière. Le commentaire libre n'a pas permis d'interroger chaque praticien sur des items spécifiques, ce qui ne donnent pas une vue d'ensemble concernant les points évoqués. Si nous pouvons en tirer des informations intéressantes, elles ne peuvent en aucun cas représenter un état des lieux global.

Un entretien semi-dirigé aurait s'en doute permis de recenser de manière plus objective les commentaires de chaque médecin avec des items plus précis. La contrepartie est la parfaite spontanéité des réponses que nous avons décidé de retranscrire dans leur intégralité. (*Annexe 9*)

- Mon activité professionnelle actuelle est en elle-même un biais d'étude, je suis actuellement depuis plus d'un an FFI au sein du SAU de REDON donc de l'"autre côté de la barrière" (j'y occupe un poste de médecin en toute autonomie).
Il est donc possible que malgré mon application à conserver une neutralité absolue, j'ai orienté les commentaires, ou que j'ai ressenti de manière subjective les intonations des praticiens interrogés.
- Il existe un biais de déclaration entraînant un décalage de réalité de la pratique des médecins et l'idée qu'ils s'en font donc des réponses qu'ils donnent à nos questions.
- Enfin en ce qui concerne le questionnaire, certains praticiens m'ont fait remarquer que choisir deux réponses n'était pas pertinent et ne reflétait pas forcément la réalité du terrain. Ils ont notamment tous réagi à la question numéro 7, celle-ci n'étant choisie que par 13% d'entre eux. En effet la réponse N° 1 "parce que c'est urgent" a été citée par 99% des médecins. Elle semblait finalement induite par la question initiale, elle n'aurait peut-être pas mérité de figurer -en tout cas aussi simplistement- dans le questionnaire.

→ Etude rétrospective concernant la permanence de soins proposée par une consultation de médecine générale en accès libre le week-end à l'hôpital de Redon.

L'étude ne permet pas de conclure réellement. En effet les différentes organisations en matière d'offre de soins le week-end sont nombreuses selon les régions ce qui n'autorise pas une analyse comparative suffisamment informative. Nous nous contenterons d'émettre des suppositions.

2) *Discussion des résultats :*

Nombre et durée de passages aux urgences de Redon :

- Le nombre de passages aux urgences de Redon est passé de 17134 en 2008 à 22739 en 2016 soit une augmentation de 32,9%. L'hôpital de Redon semble donc être un reflet de la tendance nationale avec une augmentation sensible du nombre de passages aux urgences (*Fig.1*).

L'étude de la DREES en 2014 (19) fait un état des lieux dont le premier enseignement est que les soins destinés aux personnes en situation de détresse vitale sont minoritaires.

- Selon cette même étude le temps de passage aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients. La durée de passage moyen des patients qui rentrent à domicile après une consultation au SAU de Redon est de 2h00. (19)
- Le nombre de passages est sensiblement le même tous les jours de la semaine, une surcharge d'activité est tout de même récurrente le lundi (20). Elle peut être expliquée par le nombre de patients adressés par le médecin traitant au décours du week-end ou ceux qui n'ont pas voulu consulter « pour ne pas déranger » ou « profiter de leur week-end normalement ». Ce constat permet d'évoquer la question de « l'urgence vraie » de la « fausse urgence » ou la définition de l'urgence qu'en ont les usagers. (2)

Les urgences semblent répondre d'avantage aux besoins des patients qu'à leur vocation intrinsèque. Le DR Mathieu DOUKHAN, médecin urgentiste, dans son livre « papa pourquoi tu dors à l'hôpital ? » définit le métier de médecin urgentiste de « médecin de comptoir » ou de « larbin de dispensaire ». (21)

Dans l'interview du 14 Mars 2018, le Dr DOUKHAN décrit la réalité de son quotidien avec des conclusions certes hâtives, mais reflétant ce qui est largement entendu dans les couloirs des SAU : « certains médecins généralistes nous envoient une partie de leurs patients » « les patients eux même n'ont pas d'éducation à la santé. Ils ne connaissent pas bien le système de soins et ne savent pas qu'elle est la vocation initiale des urgences. »

Caractéristiques des patients

- Sexe

Les patients de notre étude sont en majorité des hommes (43% pour 40% de femmes). 17% sont des enfants de moins de quinze ans. (Fig.3)

Le sexe ratio, plutôt équilibré à Redon, est retrouvé : - en faveur d'une prédominance féminine dans les études de C. PUYOL en 2007 (22), de E. FAGOT en 2012 (23), L. MEUNIER en 2009 (24)

- i. En faveur d'une prédominance masculine dans les études de J ; CARON (25), de F ; BAQUET en 2010 (26) ou A.BIANCO en 2003 (27)

Il n'y a donc pas de profil type lié au sexe des patients se présentant aux urgences.

- Age :

Le plus jeune a 1 mois et le plus âgé a 105 ans. Le pourcentage le plus élevé est représenté par les patients âgé de 44 à 75 ans, il s'agit donc principalement de patients jeunes, hommes et femmes confondus. (Fig.4) On retrouve cette tendance dans l'étude de J. HASCOUET sur les patients auto référés dans les services d'urgences de haute Normandie. (28)

Les patients de notre étude résident tous à une distance inférieure à 30 km des alentours de Redon rappelant l'importance d'un service de soins de proximité.

- Catégories socio-professionnelles (Fig.5)

Les patients les plus représentés sont les retraités, 23% des patients ont plus de 75 ans. Ce nombre de patients retraités se présentant aux urgences s'expliquent tant par les problèmes médicaux que par les problèmes sociologiques. (29)

On peut constater un nombre très faible de patients chez les cadres et professions intellectuelles supérieures, reflétant certes la démographie socio-professionnelle de la population de Redon et de ses alentours, mais soulevant néanmoins une question secondaire : les populations ayant un meilleur accès et une meilleure compréhension à l'information auraient-elles tendance à se rendre moins facilement aux urgences ?

On peut ici faire un aparté sur le ressenti de l'état d'urgence par le patient. Mieux informés, les patients ayant un niveau d'étude supérieure auront peut-être tendance à ne pas avoir le même sentiment d'urgence ou à mieux connaître le réseau de soins. Il est bien entendu quasi impossible de juger d'une quelconque rationalité de ce sentiment.

Le passage aux urgences des patients est-il toujours pertinent ? Notre étude permet-elle d'obtenir des pistes de réponses à cette question ?

De l'aveu même des patients se présentant spontanément aux urgences, une première consultation chez le médecin traitant aurait permis de répondre à leur demande dans 43,8% des cas. 26,6% des consultations auraient ainsi pu être évitées. (Fig.11)

Seuls 16,5% des patients affirment que leur consultation est vraiment urgente. Paradoxalement, seuls 18,8% des patients ont essayé de joindre leur médecin traitant (Fig.12) : manque connu des disponibilités de celui-ci ? Désaveu du patient de la médecine de ville au profit de la médecine hospitalière ? Solution de facilité pour le patient ?

La raison financière (Fig.12) est peu évoquée ce qui est corroboré par les travaux de thèse réalisés en 2015 par Marie LERA GOLASOWSKI et celui J. HASCOUET (28) en 2013 à

Rouen ou seulement 1% des patients évoquaient la facilité financière comme motivation de consultation.

Par ailleurs, le taux d'hospitalisation des patients se présentant spontanément aux urgences n'est que 17,8% contre 51,40% chez les patients adressés aux urgences par le médecin traitant ou 47,8% pour les appels adressés après appel du 15. (Fig.17) Il se rapproche sensiblement de celui retrouvé dans l'étude de la DREES en janvier 2003. (30) Selon J. PENEFF, sociologue, dans l'étude intitulée « les malades des urgences une forme de consommation médicale », les usagers tendent peu à peu à abandonner le médecin de famille (31)

La principale motivation (hors plaie et traumatologie) des patients se rendant spontanément aux urgences est la douleur (Fig.12) laquelle est apparue il y a moins de 4h dans 40% des cas. (Fig.13) Il en résulte un besoin d'être pris en charge pour être rapidement soulagé.

Motif médical de recours aux urgences et parcours de soins

- La traumatologie, que nous avons volontairement traitée séparément, garde toute sa place aux urgences regroupant presque un tiers des patients. (Fig.14) Ce même pourcentage est retrouvé dans la travail de thèse de J. HASCOUET en 2013 (28)

Ceci explique notamment le nombre de radiologies dont ont bénéficié dans notre étude les patients avant le retour à domicile. (Fig.20) Le recours aux radiologies apparaît comme quasi systématique, ce qui n'est pas sans conforter le patient dans l'idée que tout traumatisme de membre mérite une consultation aux urgences. Rappelons qu'il existe des recommandations des société savantes comme par exemple les critères d'OTTAWA dans le bilan d'une entorse de cheville et qu'on assiste trop souvent à des bilans exhaustifs chez des sujets jeunes. Les taux de radiations cumulés ne sont pas négligeables. (32)

- L'étude du parcours de soins met en évidence le nombre relativement important d'examens complémentaires réalisés. Seulement 12% des patients sont rentrés à domicile sans aucun examen complémentaire. (33) (Fig.20)

Pour des consultations où un simple avis médical aurait probablement pu être dispensé, « l'obligation des moyens » est un sentiment de plus en plus présent dans les services d'urgences. Il s'agit « de ne pas passer à côté de quelque chose » et d'apporter une réponse la plus rapide possible dans un contexte où les places d'hospitalisation

sont rares (6) et qui ne permet pas ou peu de garder un patient en observation. Le médecin urgentiste va chercher par tous les moyens une réponse la plus précise possible quitte à multiplier les examens complémentaires.

Par ailleurs, ledit médecin urgentiste aura ainsi un premier bilan exhaustif de son patient au cas où celui-ci serait hospitalisé lui permettant plus facilement de rendre son patient « attractif » pour un lit en aval. (34)

Se développe également en France et de manière plus générale en Europe la pratique d'une médecine défensive à l'américaine, le spectre de l'erreur médicale régnant désormais à l'hôpital. « Beaucoup de nos actes médicaux sont guidés par la peur de la plainte, et il devient impossible actuellement d'exercer la médecine sans évoquer au quotidien le risque médico-légal encouru à chaque geste ou consultation ». (35)

- Le taux d'hospitalisation augmente sensiblement avec l'âge. (Fig.19) Dans notre étude 67% des patients d'âge supérieur à 75 ans sont hospitalisés. Un taux évocateur d'une même tendance est retrouvé dans l'étude la DREES : « les personnes âgées aux urgences, une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue » (36) Ce nombre de personnes âgées passant aux urgences et étant secondairement hospitalisées ne relève pas que de problèmes médicaux.

L'isolement de la personne âgée est une réalité. Selon l'INSEE en France un peu plus de 28% entre 65 et 79 ans vivent seuls à domicile, il s'agit le plus souvent de femmes se retrouvant seules du fait d'un veuvage. (37) Elles sont plus de la moitié au-delà de 80 ans. (38) L'évolution sociologique fait également que les personnes âgées ne vivent plus au domicile de leurs enfants qui parfois résident loin. Même si on constate qu'en « moyenne 80% des gestes d'assistance envers les personnes âgées dépendantes sont délivrés par l'entourage et le reste par des aidants professionnels » (39) ces aides sont souvent ponctuelles, ou si elles sont pérennes épuisent les aidants ce qui peut aboutir aux hospitalisations redoutées des urgentistes pour MADD.

Selon un rapport de la DREES en 2000 (40) il existe un lien entre les visites à domicile du médecin traitant et les passages aux urgences, ces derniers pouvant être conditionnés par l'absence de déplacement du médecin traitant habituel.

- En ce qui concerne les prises en charges psychiatriques et sociales : les « SAU sont repérés comme offrant des soins immédiatement et efficacement. (Fig.14)

Cette représentation de soulagement rapide de la souffrance, leur accessibilité et la précarisation des liens sociaux en font des lieux de plus en plus visités (plus 4% par an) » (41).

- Les urgences augmentent aussi en pédiatrie (42).
Dans notre étude, les consultations de nourrissons aboutissent à un tiers d'hospitalisation (Fig.19) ces consultations ont lieu plus souvent la nuit, liées pour beaucoup d'entre elles à une inquiétude parentale majorée.

Imputabilité de la responsabilité des médecins généralistes dans l'engorgement du service des urgences à Redon

D'après l'étude du mémoire associé à cette thèse, il en résulte que les médecins envoient leurs patients aux urgences pour un motif bien précis, avec une demande souvent explicite et à laquelle ils n'ont pas les moyens de répondre au cabinet médical (biologie, imagerie, prise en charge spécialisée ne pouvant être différée). (Fig.23)

Les médecins -au cours de leurs prises en charges- ne sont donc -d'après cette étude- pas acteurs de l'affluence de passages aux urgences.

Cette affluence résulterait d'avantage du problème de démographie médicale d'une part, et d'évolution sociétale d'autre part, les patients se rendant vraisemblablement aux urgences directement sans avoir vu ou pu voir un médecin généraliste au préalable.

On retiendra l'importance de la structure hospitalière de proximité pour la prise en charge de l'urgence, malgré une offre de soins mal connue par les médecins généralistes. (Fig.24)

➤ Sont soulevées comme difficultés par les médecins traitants : *Annexe 9*

- ➔ la difficulté de communication avec les médecins urgentistes La **difficulté de communication avec les médecins urgentistes** est soulevée spontanément par 7 médecins sur 18. La récupération des courriers à la sortie des urgences est largement évoquée.

L'intérêt d'une messagerie électronique de type Apicrypt est même évoqué spontanément par deux praticiens à l'ère de la télécommunication sécurisée.

Dans les faits, ces affirmations paraissent discutables : les patients sortent en général des urgences avec les CRU et à l'heure où le patient est censé être acteur de sa santé, il semble important de les sensibiliser à leurs propres prises en charge. Remette un courrier en main propre au patient s'accompagne théoriquement d'explications précises.

Cela n'exclut en aucun cas l'intérêt indispensable d'un courrier envoyé directement (via messagerie sécurisée ou voie postale). Plusieurs médecins se sont par ailleurs dit satisfaits déplorant toutefois la lenteur des délais de réception.

Il est difficile sur un petit nombre de praticiens d'objectiver ce manque de coordination.

Dans les faits, il n'existe pas de système informatisé pour les courriers de sortie des urgences, et certaines informations semblent ne pas parvenir au médecin traitant.

→ **Admission directe dans les services de médecine** : comme souligné par GIRAUD (thèse 2010 ; 17), “**les médecins généralistes déplorent la quasi impossibilité de faire hospitaliser leurs patients en urgence directement dans les services de spécialités**“.

Nous avons trois hypothèses pour expliquer cette difficulté récurrente :

- Le nombre de places à l’hôpital est de plus en plus restreint. Accueillant les patients d’urgences en priorité, et bloquant des lits pour les hospitalisations programmées à distance, les services de spécialités n’ont le plus souvent plus de place pour un accueil d’urgence.
- Le second problème relève là aussi de la communication, les médecins des services n’étant pas ou peu joignables. Si les médecins ne sont que quatre à avoir soulevé cet obstacle, ils l’ont fait avec exaspération.
- Le troisième point relève probablement du manque de temps que les omnipraticiens peuvent consacrer à l’organisation d’une prise en charge directe.

Dans un contexte démographique où l’affluence en cabinet de médecine générale est vécue parfois comme une véritable souffrance, il est imaginable que les médecins généralistes n’aient pas envie de “batailler“ pour ces entrées directes et dirigent systématiquement leurs patients vers l’accueil des urgences.

→ Cela nous amène directement au problème relevant de la prise en charge des patients gériatriques. 4 médecins ont déclaré spontanément être dans **l’impossibilité complète d’hospitaliser directement leurs patients âgés** mais réussir à les adresser vers d’autres structures.

Comme cité par Benoit CANAC (thèse 2014) (43) “Le frein principal à l’entrée directe est la difficulté pour le médecin généraliste à contacter le service voulu et plus précisément le médecin en charge. “

Un des freins est également lié aux problèmes de saturation des lits en court séjour gériatrique, l’offre n’étant pas en adéquation avec les besoins.

D'autre part, en période hivernale et notamment d'épidémie, il est clairement avoué par les médecins généralistes (43) que s'adresser aux urgences permet parfois de gagner un temps précieux.

- Les omnipraticiens rencontrent des difficultés concernant la prise en charge psychiatrique de leurs patients. Elle peut s'expliquer par une pénurie de médecins psychiatres sur le secteur, une demande de plus en plus importante de suivi de la part des patients (consulter un psychiatre aujourd'hui n'est plus tabou).

Dans l'état des lieux de 2014 sur " la place de la santé mentale en médecine générale, il est dit que 61% des médecins généralistes consultés estiment que l'offre de soins en psychiatrie a évolué ces dernières années... estimant que l'offre de soins a évolué négativement, quelle s'est dégradée ces dernières années. Les difficultés d'accès aux soins et l'insuffisance du nombre de psychiatres sont aussi évoquées. " (43)

Dans la thèse d'Antoine CHARAZAC de 2015, (44) 80% des patients trouvaient les délais trop longs ou la prise en charge difficile.

Malgré l'existence d'un CMP à REDON, le contact direct avec les médecins psychiatres est toujours compliqué, laissant les médecins généralistes dépourvus de réponse dans des situations parfois dramatiques.

Intérêt d'une consultation de médecine générale libre au sein du centre hospitalier

Le nombre de consultations par jour sur 6 mois est quasiment le même le week-end ou en semaine. (Fig.22)

Dans une étude particulièrement détaillée en 2014,2015,2016, dans la région Grand EST (20) l'augmentation de l'activité est sensiblement plus importante le week-end. Ce n'est pas le cas dans l'étude réalisée en Ile de France en 2015 (45) où le nombre de passages en semaine ou le week-end est relativement stable.

Compte tenu de la diversité des offres de soins proposées sur le plan régional durant la période de week-end il est difficile de conclure sur cette étude rétrospective à une véritable diminution de l'activité imputable à la présence du médecin généraliste dans les murs du CH.

Elle est cependant probable puisqu'à l'accueil des urgences certains patients se dirigent d'eux même vers la consultation de médecine générale ou y sont directement orientés après passage en IAO. Nous ne pouvons cependant pas conclure pour les premiers qu'ils auraient pour autant consulté aux urgences.

VI- Propositions

1) Triage initial par un médecin généraliste

Ce triage initialisé par un médecin généraliste et non par une IAO peut paraître une idée intéressante. En effet on peut constater que de nombreuses consultations de médecine générale, aux urgences de Redon, pourraient être gérées dès l'accueil par un médecin généraliste ce qui réduirait considérablement le temps d'attente.

L'étude de A. DENGLEHEM et C. BOUQUILLON montre que la présence d'un médecin d'accueil permet de diminuer de 15% le flux dans le circuit habituel des urgences. (46)

2) Anticipation des besoins en termes de soins

- Valoriser les visites à domicile des médecins traitants : de moins en moins nombreux sur le territoire, les médecins traitants du territoire de Redon reconnaissent avoir moins de temps à consacrer aux visites à domicile. Une revalorisation financière pourrait-elle rendre celles-ci à nouveau plus attractives ?

- Développement de la filière gériatrique : valorisation du travail sur le terrain des équipes mobile de gériatrie, création d'un véritable réseau gériatrique permettant une prise en charge optimale et coordonnée des personnes âgées.

Une autorisation de prescription pourrait être délivrée par le Conseil de l'Ordre aux médecins coordinateurs des maisons de retraite afin d'alléger la charge d'activité des médecins généralistes. Cette solution a déjà été proposée ponctuellement dans d'autres communes en état de crise (Saint Gildas des Bois en Loire Atlantique) avec une grande satisfaction du seul médecin traitant exerçant sur cette commune de 4000 habitants.

- Notion de filière de soins permettant de fluidifier le passage aux urgences (activité programmée facilitée dans toutes les spécialités) : les réunions de FMC sont censées permettre une meilleure articulation médecine de ville/ médecine hospitalière.

Malheureusement, le manque de disponibilité des professionnels de santé rend aléatoire leurs présences régulières au cours de ces rencontres. Le problème de la surcharge d'activité des médecins généralistes dans notre région reste là encore un frein majeur à l'efficacité de ces rencontres.

- La PASS et l'EMLPP : amélioration de la relation entre SAU, organismes sociaux (47), et équipes mobiles de psychiatrie. Il n'existe pas, aujourd'hui, d'interlocuteurs sociaux joignables directement par les médecins généralistes sur l'agglomération. En psychiatrie, les interlocuteurs sont malheureusement difficilement joignables et les Infirmiers de Liaison se déplacent trop peu en ambulatoire.

Ces points méritent réflexion et réorganisation.

3) *S'interroger sur l'ouverture d'une consultation non programmée de médecine générale, même en semaine.*

Nous n'avons pas la prétention d'être novateur, cette organisation existe déjà (par exemple dans la commune de Dreux en Eure et Loir) (48) projet élaboré et financé par l'ARS pour faire face à une situation de crise dans cette région. Faut-il élargir cette démarche à d'autres territoires ? Aurait-elle un intérêt au centre hospitalier de Redon ? Pourrait-on en envisager l'essai sur quelques mois ? Y aurait-il un frein financier à cette éventuelle réorganisation ?

4) *L'hospitalisation directe programmée* notamment en gériatrie apparaît comme un facteur de qualité pour la prise en charge des patients mais elle s'avère difficile compte tenu du peu de places dans les services, de délai trop long, d'interlocuteurs disponibles et le manque de temps des médecins généralistes. C'est toute une organisation qui est à revoir (49)

5) *La communication :*

La communication entre médecins urgentistes et médecins généralistes reste au centre des préoccupations. L'harmonisation des logiciels médicaux et un vrai dossier médical partagé devrait faciliter le dialogue.

Une mise à jour régulière, hebdomadaire si besoin, via le site internet de l'hôpital réservé aux professionnels, de l'offre de soins sur l'hôpital de Redon : présence ou non des spécialistes, avec créneau horaire d'appels téléphoniques pour conseils.

Certains médecins traitants ont créé un réseau informel ce qui facilite la coordination (50)

6) *Une « empathie coordinatrice »* impliquant les médecins généralistes dans le système de garde des urgences créerait du lien entre les professionnels et favoriserait la prise en charge optimale du patient. (51) : à Redon et dans l'agglomération aucun médecin généraliste ne participe aux gardes du SAU.

Le problème de démographie médicale est là encore largement soulevé.

7) *Limiter les conditions d'admission* en obligeant les patients à se rendre d'abord chez leur médecin généraliste : proposé par la fédération des médecins de France, il y a évidemment un vaste débat à ce propos incluant notamment le problème des patients sans ressources qui se rendraient aux urgences pour ne pas avoir à avancer les soins. Cette idée n'est pas sans précédent, en effet l'étude de l'OCDE (34) met en évidence une variabilité de la définition des recours non pertinents aux services d'urgence. Ainsi dans certains états comme la Belgique le passage aux urgences n'est considéré comme approprié que dans les cas où le patient y est adressé par un généraliste ou la régulation.

VII- Conclusion :

L'engorgement du service des urgences est un sujet d'actualité particulièrement brûlant.

A la une des journaux le décès ce lundi 13 mars 2018, d'une patiente de 60 ans dans le couloir des urgences du CHU de Rennes au moment où celui-ci était surchargé. Un fait divers parmi d'autres – tous dramatiques- au sein du service public hospitalier au cœur de bien des débats.

Selon l'organisation SAMU-Urgences de France plus de 15 000 patients ont passé la nuit sur un brancard des urgences depuis le début de l'année faute de lit pour les hospitaliser dans un service.

Au SAU de Redon, la tension est palpable à tous les niveaux : manque de personnel paramédical, médecins en sous effectifs avec de nombreuses présences d'intérimaires dans le service, augmentation alarmante du nombre de patients, notamment de personnes âgées. Une dégradation sensible des conditions de travail qui retentit inévitablement sur la qualité de prise en charge des patients.

Si les consultations de traumatologie prédominent et concernent essentiellement les patients de 17 à 44 ans ,notre étude met cependant en évidence la diversification des consultations avec un nombre important de motifs qui relèveraient de la médecine générale.

Pour autant ce n'est pas la prise en charge en elle-même des médecins généralistes qui est à remettre en cause.

Le problème, à Redon comme sur le plan national, semble lié d'avantage à une évolution sociétale quant à l'appréhension de l'offre de soins, au vieillissement de la population peu ou mal anticipé et à une démographie médicale -particulièrement sensible en zone rurale -n'apportant pas de réponse à une augmentation croissante de la demande.

Dans l'Interview du 15 avril 2018, le Président Emmanuel MACRON s'exprime : « les situations que vous évoquez dans nos services d'urgences sont insoutenables. La réponse est une réforme de réorganisation de nos hôpitaux. Je m'exprimerai fin mai à ce sujet. »

Des changements sont vivement attendus par le corps médical et para médical, qui devront prendre en compte les évolutions profondes de notre société et la désorganisation actuelle de nos hôpitaux : le vieillissement de la population, le manque de lits et de personnel (effet de seuil), l'ordre de représentation que les usagers ont de leur propre état de santé, l'évolution sociétale avec une exigence différente quant à l'accès aux soins.

Dans le domaine de l'organisation des soins de premiers recours, le projet de santé d'Emmanuel MACRON prévoit de doubler le nombre des maisons de santé en 5 ans. Un objectif est également martelé : mieux articuler la médecine libérale et l'hôpital. (52)

Une question reste cependant en suspens :

« Où trouve -t-on les médecins pour alimenter de manière pérenne nos campagnes, nos villes et nos hôpitaux ? »



Bibliographie :

[1] Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, Sénateurs rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières N° 685, sénat session extraordinaire de 2016-2017 Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 juillet 2017

[2] Alphabet des fausses urgences. 26 bonnes raisons de ne pas aller aux urgences. LE GENERALISTE N°2193- 16 avril 2002 Disponible : http://www.esculape.com/controverse/urgences_fausses.html

[3] Valérie LEJAILLE. Motifs de recours des médecins généraliste aux urgences de Redon. Articulation médecine de ville, médecine hospitalière. 2018.

[4] François Braun(président), Frédéric Berthier, Karim Boudénia, Pierre Carli, Charlotte Chollet-Xémard, Jean-François Cibien, Jean-Emmanuel De la Coussaye, Marc Freysz, Marc Giroud, Jean-Marc Labourey, Gilbert Leclercq, Rémy Loyant, Tarak Mokni, Dominique Pateron, Paul Petit, Emgan Querellou, Agnès Ricard-Hibon, Bruno Riou, Pierre-Marie Roy, Louis Soulat, Karim Tazarourte, Muriel Vergne. Samu Urgences de France. Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?. Premières assises de l'urgence. Paris-13 septembre 2012. Disponible : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou - Assises de l'urgence - recommandations de Samu-Urgences de France.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_-_Assises_de_l'urgence_-_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf)

[5] François Braun(président), Frédéric Berthier, Karim Boudénia, Pierre Carli, Charlotte Chollet-Xémard, Jean-François Cibien, Jean-Emmanuel De la Coussaye, Marc Freysz, Marc Giroud, Jean-Marc Labourey, Gilbert Leclercq, Rémy Loyant, Tarak Mokni, Dominique Pateron, Paul Petit, Emgan Querellou, Agnès Ricard-Hibon, Bruno Riou, Pierre-Marie Roy, Louis Soulat, Karim Tazarourte, Muriel Vergne. Samu Urgences de France. Organisation de la médecine d'urgence en France : un motif de l'avenir. Livre Blanc. Octobre 2015. Disponible : <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>

[6] VUAGNAT A. Les urgences qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. DREES. 2013 ; p.11-28

[7] La Grèce Autrement. Hippocrate, père de la médecine. 17 août 2017. Disponible : <https://www.la-grece-autrement.fr/hippocrate/>

[8] Pr. Bruno RIOU. Une nouvelle spécialité : la médecine d'urgence. 2017. Disponible : <http://www.copacamu.org/IMG/pdf/21-03-12h30ha1-b.riou.pdf>

[9] CHU Rennes. Disponible : <https://www.chu-rennes.fr/>

[10] Le Point.Hopitaux et Cliniques, la palmarès 2016. N°2754. 9 août 2016. Disponible : <http://www.lepoint.fr/hopitaux/classements/neurochirurgie-public.php>

[11] Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Médecine ambulatoire. Médecine et hygiène-62(2497) :1818-24

[12] Temporal F, l'armarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et /ou qualitative [internet] laboratoire Popinter, département des sciences-facultés de sciences humaines et sociales-Université Paris 5 René Descartes ; 2006
https://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf

[13] Fenneteau H. entretien et questionnaire 2e éd. DUROD ; 2007.

[14] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin ; 2005

[15] Traitement et analyse des données qualitative-cloudfrond.net

[16] Andréani Jean Claude et al. La communication de diversité en marketing : approche exploratoire. Management et Avenir 2008 ; 1 (N° 15) : p156-173

[17] Marianne Sailliol. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre

hospitalierderattachementdePaupouraméliorerlapriseenchargemutualiséedespatients.

Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01080525>. Disponible :

<<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080525/document>>

[18] Laure Fabre. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. 2014. Disponible : <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/1/2014TOU31125.pdf>

[19] Boisguérin B. Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation- DREES, étude et résultat N° 889, juillet 2014
Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>

[20] ORU. PANORAMA URGENCES 2016 ACTIVITE DES STRUCTURES D'URGENCE. Région Grand EST, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine. 15 décembre 2017. Disponible : http://www.oru-ca.com/wp-content/uploads/2017/12/Panorama-2016-hyperliens_Version-corrig%C3%A9e-15Dec17.pdf

[21] Dr DOUKHAN. Papa ! Pourquoi tu dors encore à l'hôpital ?. Chroniques d'un jeune urgentiste. Avril 2016

[22] C.PUYOL. Patients consultant pour des motifs de médecine générale aux services d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures e permanences des soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soins. Thèse d'exercice de médecine générale. Montpellier 2007

[23] E. FAGOT-GRIFFIN. Caractéristique démographique et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgences au Havre. Thèse d'exercice de médecine générale. Rouen, 2012

[24] L.MEUNIER. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris VII, 2009

[25] J.CARON. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint-Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny-Villers. Thèse d'exercice de Médecine générale. Créteil, 2009.

[26] F.BAQUET. Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients pour une consultation pendant la permanence de soins. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris, 2010.

[27] . A.BIANCO, C.PILEGGI, IF.ANGELILLO. Non-urgent visits to a hospital emergency departement in Italy. Public health. 2003, Jul:117(4):250-5

[28] Julien Hascoët. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil? Quelles implications pour la permanence des soins? . Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00805992> Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00805992/document>

[29] Boiguérien B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences , une patientèle au profil particulier. Etudes et résultats, N° 1007, DREES. Mars 2017 Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

[30] Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale, DREES. Janvier 2003

[31] J.PENEFF. Les malades des urgences, une forme de consommation médicale. 2000

[32] Dr Jean-Luc Breda. Quelles radiographies demander ou ne pas demander aux urgences. Faut-il encore faire des clichés standards aux urgences ? Medscape. 18 avril 2012.

Disponible : <https://francais.medscape.com/voirarticle/3373745>

[33] L.BOUNIORT. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. Thèse d'exercice de médecine générale. Poitiers 2012.

[34] Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales n° 685 (2016-2017) - 26 juillet 2017

[35] JACQUIER Delphine. Qui se plaint aux urgences et pourquoi ? 2010 Disponible :

http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3433_THESE-JACQUIER.pdf

[36] BOISGUERIN.B et MAURO.L. Les personnes âgées aux urgences, une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. N°1008, DREES. Mars 2017. Disponible :

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>

[37] Seniors-INSEE. Disponible : <https://www.insee.fr-statistiques-fichier>

[38] Groupe de travail de la Société Française d'Alcoologie et de la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie. Comment définir la population des personnes âgées ? Recommandations 2013.

Disponible : https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_R2013-SeniorsQ1.pdf

[39] P.DENOUX, A-S. RIGAUD. Démographie, économie et sociologie de la personne âgée : des mutations sans modèle. IR= psychiatrie de la personne âgée- 2010 Disponible : https://books.google.fr/books?id=HedfAQAAQBAJ&pg=PA26&lpg=PA26&dq=demographie+economie+et+sociologie+de+la+personne+%C3%A2g%C3%A9e+des+mutations+sans+mod%C3%A8le&source=bl&ots=QW83-Hp4o0&sig=LWUuoObWPzuJOIW2Nmmcs3UeKZc&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwi8_8bT7MPaAhXHDOwKHV6UDx8Q6AEIKDAA#v=onepage&q=demographie%20economie%20et%20sociologie%20de%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e%20des%20mutations%20sans%20mod%C3%A8le&f=false

[40] Dominique BAUBEAU, Annie DEVILLE, Marc JOUBERT. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. N°72, juillet 2000. Disponible : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>

[41] Michele WALTER et Philippe JONEST. Réalité des urgences en psychiatrie. L'information psychiatrique. Volume 82. 2006/2007. p 565 -570.

[42] A. MOUZARD, C. BOSCHER, V.DAVID. Urgences pédiatriques : analyse des motifs d'admission et de leur adéquation à la structure hospitalière. Réan Urg, 1999, 8, p.143

[43]] Benoit Canac. Admission directe en court séjour gériatrique: difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01213651>. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01213651/document>

[44] Antoine Charazac. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des patients suicidaires en ambulatoire dans le Sud de l'île de la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01215139>. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01215139/document>

[45] Commission Régionale d'Experts Urgences île de France. Activités des services d'urgences, Ile de France. 2015 . Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Urgences-CREU-Rapport-IDF-2015.pdf>

[46] A.DENGLEHEM et C.BOUQUILLON. L'intérêt du médecin d'accueil et d'orientation aux urgences adultes du Centre Hospitalier de Valenciennes. Thèse d'exercice de médecine générale. Lille 2011

[47] Mylène Etchart, Jacques Levraut. Gestion des flux de patients aux urgences Gestion des flux d'aval. Disponible : http://copacamu.org/IMG/pdf/ETCHARD_Texte_-_L_IOA_son_role_dans_la_gestion_des_flux_d_aval.pdf

[48] Yves Le Calvez. La « bobologie » ne passe plus aux urgences de Dreux. L'écho républicain. 18 juin 2013. Disponible : https://www.lechorepublicain.fr/dreux/sante/2013/06/18/la-bobologie-ne-passe-plus-aux-urgences-de-dreux_1592598.html

[49] Avelyne LE GALLE. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. Volume 6, N°7. Septembre 2010. P : 326-330

[50] Walter Hanhart, Réza Kehtari, Walter Gusmini. Attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence : une enquête neuchâteloise. Rev Med Suisse; volume 4. 2438-2443. 2008. Disponible : <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-179/Attentes-et-besoins-des-medecins-de-premier-recours-face-a-l-urgence-une-enquete-neuchateloise>

[51] Thomas Cartier¹, Alain Mercier, Caroline Huas, Pascal Boulet, Matthieu Cala Fiore, Sébastien Leruste, Vincent Renard. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. Exercer. 2012. p 104:212-9. Disponible : file:///C:/Users/valerie%20lejaille/Documents/212-9_exercer104_cartier.pdf

[52] Dupuis Cécile. Macron président, ce qui va changer pour les médecins, les hôpitaux et la Sécu. Le quotidien des médecins.fr. 2017 Mai 07. Disponible :

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/07/macron-president-ce-qui-va-changer-pour-les-medecins-les-hopitaux-et-la-secu_847280

Annexes :

Annexe 1 :

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

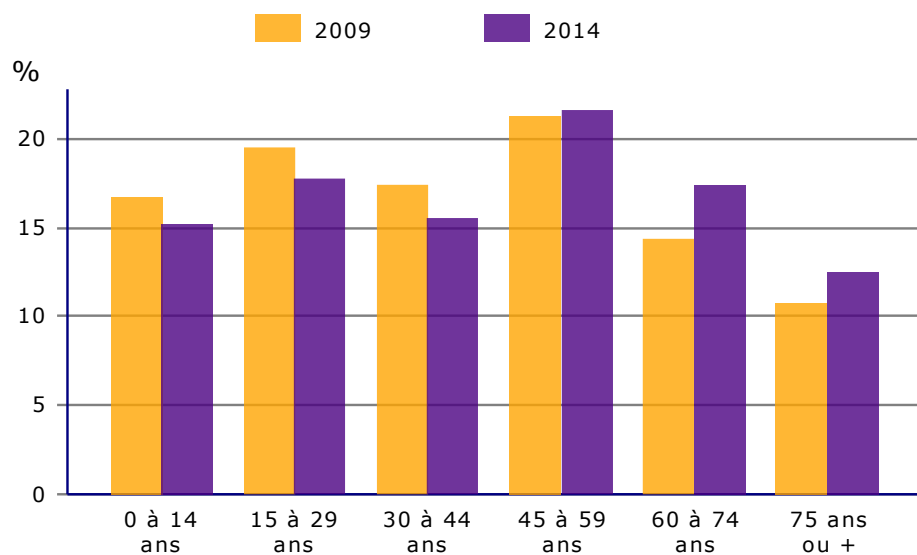
CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 2 :

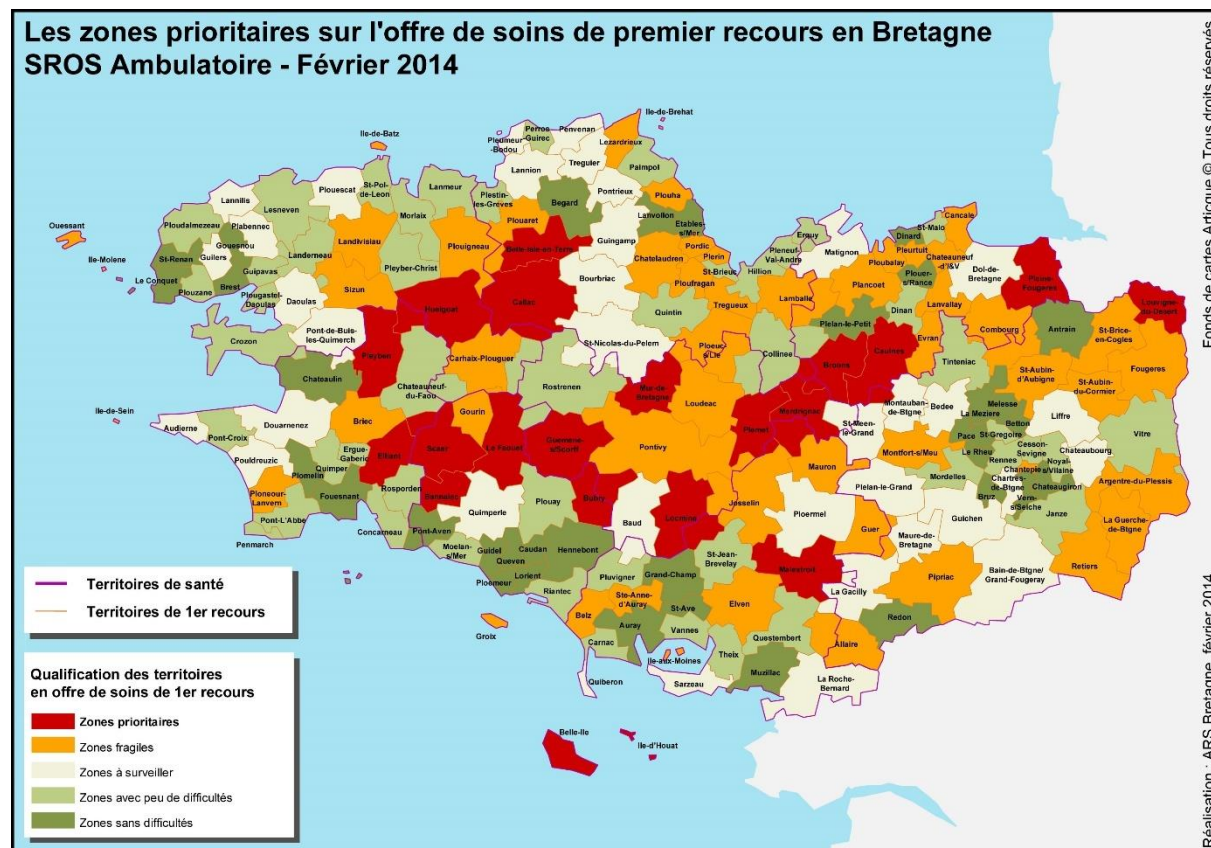
POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



Sources : Insee, RP2009 (géographie au 01/01/2011) et RP2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales.

	2014	%	2009	%
Ensemble	7 533	100,0	7 852	100,0
Agriculteurs exploitants	0	0,0	0	0,0
Artisans, commerçants, chefs entreprise	289	3,8	276	3,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	480	6,4	496	6,3
Professions intermédiaires	845	11,2	940	12,0
Employés	998	13,2	1 060	13,5
Ouvriers	966	12,8	1 300	16,6
Retraités	2 507	33,3	2 424	30,9
Autres personnes sans activité professionnelle	1 448	19,2	1 356	17,3

Annexe 3 :



Communes	Pop.	Nb d'omni.	Nb inf.	Nb MK	Nb chir. dent.	Nb orthoph.
Redon	8 921	12	5	11	7	10
Allaire	3 751	3	2	3	2	0
Bains-sur-Oust	3 401	2	2	1	1	0
Saint-Nicolas-de-Redon	3 154	2	2	4	1	0
Rieux	2 859	2	1	1	2	0
Avessac	2 549	2	2	1	1	0
Fégréac	2 398	1	3	0	0	0
Sainte-Marie	2 279	1	0	0	1	0
Saint-Jacut-les-Pins	1 727	1	1	0	0	0
Saint-Jean-la-Poterie	1 508	0	0	0	0	0
Saint-Vincent-sur-Oust	1 416	0	0	0	0	0
Béganne	1 392	0	1	0	0	0
Saint-Perreux	1 189	0	1	0	0	0
Renac	965	0	0	0	0	0
Théhillac	558	0	1	0	0	0
Saint-Gorgon	372	0	0	0	0	0

Annexe 4 :

Distribution des omnipraticiens au 31/12

Nbre Omnip.	Hommes	Femmes	Total
Total	12	14	26
Moins de 40 ans	1	3	4
40 à 49 ans	1	3	4
50 à 54 ans	1	1	2
55 à 59 ans	4	5	9
60 ans et plus	5	2	7

source : FNPS - 2016

Répartition des omnipraticiens (%)

Nbre	Redon (bassins de vie 2012) %	France %
Total		100
Moins de 40 ans	15,4	14,5
40 à 49 ans	15,4	17,3
50 à 54 ans	7,7	13,3
55 à 59 ans	34,6	25,1
60 ans et plus	26,9	29,8

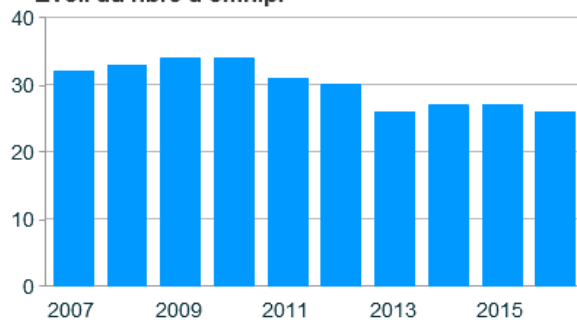
source : FNPS - 2016

Activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète

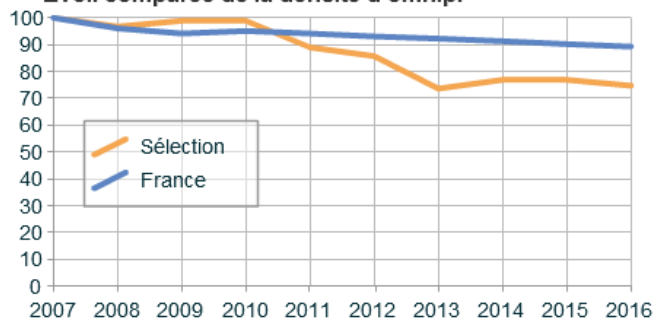
Actes par omnip.	Redon (bassins de vie 2012)	France 2016
Nbre	5 541	5 176

source : SNIR - 2016

Evol. du nbre d'omnip.



Evol. comparée de la densité d'omnip.



Annexe 5 :

■ Etablissements - 7 sites

CHI Redon-Carentoir Site de Redon (216 places)

8 avenue Étienne Gascon, BP 90343, 35603 Redon Cedex
> **Tel.** : [02 99 71 71 71](tel:0299717171) > **Fax.** : 02 99 72 32 53 > **Courriel** : secretariat.direction@ch-redon.fr

Résidence Les Mariniers (EHPAD & USLD) (104 places)

8 avenue Étienne Gascon, 35603 Redon
> **Tel.** : [02 99 71 79 81](tel:0299717981)

CHI Redon-Carentoir Site de Carentoir (92 places)

5 rue Abbé de la Vallière, 56910 Carentoir
> **Tel.** : [02 99 93 70 00](tel:0299937000) > **Fax.** : 02 99 08 82 58 > **Courriel** : fablet@hopital-carentoir.fr

EHPAD de Carentoir (71 places)

5 rue Abbé de la Vallière, 56910 Carentoir
> **Tel.** : [02 99 93 70 00](tel:0299937000) > **Fax.** : 02 99 08 82 52

Foyer de vie Camille Claudel (35 places)

13 rue du Dr Le Calvé, 35600 Redon
> **Tel.** : [02 99 71 79 66](tel:0299717966) > **Fax.** : 02 99 72 32 53 > **Courriel** : infirmiere.camille.claudel@ch-redon.fr

Unité de psychiatrie Lanrua (25 places)

4 rue de la Riaudaie, 35600 Redon
> **Tel.** : [02 99 71 79 64](tel:0299717964) > **Courriel** : secretariat.lanrua@ch-redon.fr

Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

3 rue de Galerne, 35600 Redon
> **Tel.** : [02 99 71 71 28](tel:0299717128) > **Courriel** : secretariat.addictologie@ch-redon.fr

Annexe 6 :

Questionnaire Anonyme :

- homme, femme, enfant

-âge :

-profession :

-date et heure d'arrivée : – semaine

– Week end

-lieu de résidence :

-bénéficiez-vous de la CMU ?

Pourquoi venez-vous aux urgences ?

- Je suis adressé par : le médecin traitant
- Le Samu

- Parce que j'ai mal : Oui Si oui depuis combien de temps ?
- Non

- Parce que je suis inquiet pour ma santé.
- Pour faire : une radio, une échographie ou un scanner.
- Parce que le Médecin Traitant ou le spécialiste ne sont pas joignables, n'ont plus de place.
- Parce que je n'ai pas de médecin traitant.
- Parce que je sors du travail (ou c'est la nuit) et que le médecin traitant ne consulte pas.
- J'ai besoin d'aide.
- Je ne veux pas attendre.
- J'ai d'avantage confiance dans une structure hospitalière.
- Je ne paie pas la consultation.
- Ma consultation est vraiment urgente.
- Seriez-vous allés voir un médecin généraliste s'il y en avait un à l'hôpital ? Oui /non

A l'issue de la consultation nous étudierons le devenir du patient :

- Retour à domicile avec ou sans examen complémentaire :
 - *biologie
 - *scanner
 - *radiologie
 - * échographie
 - *consultation gynéco
 - * Orientation vers une consultation spécialisée
 - *Patient réadressé au médecin traitant

- Hospitalisation

Annexe 7 :

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
		H/F/E	Âge	Profession	Date arrivée	Heure arrivée	lieu de résidence	CMU?	Adressé par	A mal	Mal depuis?	Inquiet pour sa santé	Pour: radio/écho/scan	MT/Spé injoignables	pas de MT	Sort du travail ou nuit	Besoin d'aide
1																	
2	EXEMPLE	h	40		12/17/2017	21:00				o							
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	

Annexe 8:

➔ Pour quel motif adressez-vous vos patients aux urgences ?
(Deux réponses à entourer par ordre de priorité)

- 1- Parce que je pense que c'est urgent
- 2- Parce que je n'ai pas le temps de le prendre en charge
- 3- Parce que je pense que toute admission à l'hôpital doit s'organiser par un passage aux urgences
- 4- Parce que je me sens "dépassé"
- 5- Parce que je réponds à la demande du patient ou de son entourage
- 6- Parce que je pense que le plateau technique hospitalier correspondra aux besoins du patient
- 7- Parce qu'organiser une admission directe relève du parcours du combattant

➔ Pensez-vous connaître de façon certaine le plateau technique de l'hôpital où vous adressez votre patient ?

- Oui
- Non

➔ Commentaires libres :

Annexe 9 :

- => M1 Il manque juste un radiologue 24h/24

- => M2 Ancienne interne de Redon, je connais bien l'hôpital... j'y ai beaucoup trainé. Allez, c'est globalement satisfaisant...mais quand même les médecins urgentistes ne font pas beaucoup de courriers !

- => M3 L'hospitalisation directe est parfois possible...mais ça dépend vraiment des intervenants, qu'on ne connaît pas. C'est particulièrement difficile en gériatrie. De toutes façons on ne sait pas où appeler, où s'adresser. Les urgentistes n'envoient pas beaucoup de courriers mais c'est un peu " moins pire " qu'il y a quelques années. Il y a trop de délai pour recevoir les courriers et pas d'utilisation d'apicrypt. Dans les services d'urgences c'est médecin dépendant, mais ça va. J'ai rencontré des soucis avec la psychiatrie, il n'y a pas de suivi, j'ai maintenant mes interlocuteurs privilégiés ailleurs.

- => M4 Hélas l'admission en gériatrie ou en cardio est très compliquée, quand on arrive à joindre quelqu'un il n'y a jamais de place. Je reçois une plaquette d'information mais jamais à jour car il y a un manque de pérennité des médecins sur l'hôpital. Je reçois les comptes rendus d'hospitalisation par apicrypt mais aucuns des urgences.

- => M5 Oui je suis au courant du plateau technique mais pas des consultations spécialisées car ça change tout le temps. Cet hôpital procure une proximité indispensable, c'est en cela qu'il est honorable. Courriers des urgentistes trop souvent absents, suivi psychiatrique impossible, absence totale d'interlocuteur fiable !!!

- => M6 Malheureusement les professionnels de santé de l'hôpital ne sont pas connus. Nous recevons une maquette tous les 2-3 mois, avec des numéros de téléphone qui ne sont pas les bons. Il y a-t-il un problème de communication au sein de cet hôpital ? Nous n'avons pas d'avantage d'adresse mail. Utiliser une messagerie sécurisée (apicrypt) serait d'actualité. Ces problèmes sont déjà remontés à la direction et étant installé depuis moins d'un an, c'est un des critères pour rester sur le terrain. Les admissions directes, n'en parlons pas !! Il y a quelques mois, j'ai voulu hospitaliser un patient en gériatrie, on m'a demandé un courrier que j'ai fait mais je n'ai jamais eu de réponse. Je dirige donc mes patients sur Saint Nazaire.

- => M7 Communication avec l'hôpital ? NON !!! Depuis deux mois et demi, j'ai un patient sous Lovenox, je n'ai pas réussi à avoir un rendez-vous d'échodoppler sur Redon !! C'est difficile de connaître les consultations, un de mes patients avec un cancer de la gorge est porteur d'une sonde urinaire. Depuis 2 mois, il n'a pas eu de consultation d'urologie, je n'ai pas les bons numéros. La psychiatrie c'est tout un poème. Un patient Schizophrène avait rendez-vous le 9 décembre avec un psychiatre. Le rendez-vous a été repoussé au 4 janvier, puis au 12. Puis encore repoussé. Le patient a fait une tentative de suicide. Même scénario pour une patiente de 18 ans qui se décrit comme bipolaire. Je n'ai pu avoir qu'un rendez-vous avec un infirmier de liaison. Le médecin psychiatre n'est jamais joignable au téléphone. Pour ma part, je ne refuse aucun patient. Je pense donc que les patients vont aux urgences sans appeler leur médecin avant. Je déplore de ne pas recevoir d'appels des urgentistes pour demander des informations sur mes patients. C'est dommage de ne pas plus communiquer. Pour les avis cardio je faxe à Pontchâteau, il n'y a pas de communication avec le service de cardiologie de REDON. Je reçois les courriers de sorties des urgences.
- => M8 Il y a un manque réel de lien avec le plateau technique, ça change tous les jours. Beaucoup trop d'intérimaires. Je n'envoie mes patients aux urgences que pour des demandes précises que je ne peux satisfaire au cabinet. Je suis plutôt satisfait mais ça dépend des urgentistes !! On ne les connaît pas assez. Une IRM à REDON serait indispensable pour un bassin de population de 50 milles personnes.
- => M9 Il est difficile d'organiser une admission directe voire impossible, quel que soit le service. On n'a jamais d'interlocuteur, nous n'avons aucune information fiable sur l'offre de soin actuelle sur l'hôpital.
- => M10 Comment organiser un accès direct ?? c'est un véritable débrouillage !! Les médecins ne sont jamais joignables. Le jour où je suis débordée, et où je suis sous la pression d'une famille, faute de temps, il peut m'arriver d'adresser le patient aux urgences. A Redon je ne travaille qu'avec les consultations de gastro et de pneumo, je ne connais pas les spécialistes ni leurs compétences. J'organise mes admissions directes aux CHU grâce à une tablette où figurent les numéros détaillés. La relation avec le service de cardiologie et particulièrement tendue. Aux urgences je reçois les courriers dans...euh... 70% des cas. Les services de radiologie fonctionnent bien avec des rendez-vous de scanner rapides et des compte rendus de qualité depuis l'intervention des radiologues de Pontchâteau. Notre exercice est difficile, nous manquons de généraliste.

- => M11 Je regrette que la plaquette d'information ne soit pas à jour. Les patients sortent des urgences avec une mauvaise compréhension des informations qui leur auraient été transmises. Je n'ai pas toujours les courriers. A la sortie d'hospitalisation le médecin est mal informé ce qui est parfois un problème pour le retour à domicile. De toutes façons je suis débordé, j'ai besoin d'un associé rapidement. Je ne fais plus face.
- => M12 Je ne reçois jamais de compte rendu des passages aux urgences. Les compte rendus ne sont jamais envoyés ce qui a déjà été signalé à la chargée de communication. Je ne connais pas tout à fait l'offre de soins spécialisés, une maquette récente devait nous parvenir... !
- => M13 Une admission directe en gériatrie est une véritable bataille ! La plaquette d'information de l'hôpital est à rafraichir. J'ai par exemple appelé le médecin hygiéniste, le numéro était faux. L'hôpital est en crise, le service de cardio dysfonctionne ! Je pense par expérience personnelle (hôpital de Châteaubriant) que c'est aux urgentistes de redynamiser l'hôpital. Par contre la maternité se porte mieux. Les spécialistes sont plus faciles à joindre. Les urgentistes sont par contre difficiles à joindre directement. Pour les consultations relevant de la médecine générale, l'IAO peut nous appeler, nous recevons en général les patients.
- => M14 Je suis globalement satisfaite mais l'admission directe en gériatrie est parfois compliquée. Cet Hôpital est à la mesure de notre patientèle rurale, on apprécie d'en être si proche. Cela nous aide et nous sécurise dans nos prises en charge.
- => M15 L'admission directe d'un patient reste compliquée. La prise en charge psychiatrique et en addictologie est catastrophique à Redon.
- => M16 Globalement je ne suis pas satisfaite et avoue envoyer parfois mes patients ailleurs, par exemple s'ils ont de la famille dans une autre ville. Organiser une admission directe en gériatrie est impossible, je les organise directement et sans difficulté à Malestroit. Les spécialistes changent tout le temps et nous ne sommes pas au courant en temps réel. Le service de gastro entérologie fait obstacle avec son secrétariat. Je déplore également qu'il n'y ait pas d'orthèse.
- => M17 L'organisation d'une entrée est relativement facile en gériatrie. Je faxe mes ECG au cardiologue de l'hôpital pour avis, je déplore le manque de radiologue h24 sur l'hôpital.

- =>M18 Nous ne rencontrons pas de problème particulier avec les services des urgences et travaillons en lien avec l'hôpital facilement. Nous apprécions l'offre de soin de proximité. Nous sommes par contre dépassés par le nombre de consultations et sommes à la recherche active d'un troisième médecin.

Verbatim :

- Mauvaise communication avec les médecins urgentistes.
- Traumatologie.
- Absence de radiologue h24 sur l'hôpital / Pas IRM.
- Admission directe très compliqué en gériatrie mais en l'ensemble des services également.
- Méconnaissance globale de l'offre de soin de l'hôpital.
- Proximité appréciée. Importance d'un hôpital de proximité.
- Médecin généraliste du pays de Redon sont globalement débordés. / Démographie médicale.
- Psychiatrie. Prises en charge psychiatrique inexistantes.

Gériatrie. Admission très compliquée voire impossible.

RESUME DE LA THESE :

But de l'étude : Identifier les motivations et les parcours de soins des usagers au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Redon, étudier le rôle du médecin généraliste dans un contexte national de surcharge des structures d'accueil des urgences.

Patients et méthodes : Etude prospective par questionnaires anonymes du 22 janvier au 4 février 2018. Etude téléphonique auprès des médecins généralistes du 15 au 30 novembre 2017. Etude rétrospective sur logiciel du passage aux urgences les week-end comparativement à la semaine, pendant 6 mois, compte tenu d'une consultation de médecine générale au sein du centre hospitalier le week end.

Résultats : 874 questionnaires ont été analysés. 28 médecins généralistes ont répondu au questionnaire téléphonique. La population étudiée est principalement jeune, résidant à proximité de l'hôpital, et se rend spontanément aux urgences. 23% des patients ont plus de 75 ans et le nombre d'hospitalisations augmente sensiblement avec l'âge. La consultation pour traumatologie reste prévalente. La douleur est le principal motif de consultation. Les médecins traitant adressent leurs patients aux urgences pour des motifs justifiés. Seules 16,5% des consultations d'après les patients relèvent d'une urgence vraie.

Conclusion : Le service d'accueil des urgences est un service polyvalent de proximité répondant à une demande des patients qui évolue dans le temps. La démographie médicale, les attentes des patients quant à leur prise en charge, des patients plus âgés et plus fragiles, autant de facteurs qui influencent l'activité croissante des services d'accueil des urgences. Malgré des solutions évoquées, le problème de l'engorgement des urgences reste une véritable priorité pour les pouvoirs publics.

TITRE EN ANGLAIS :

Patient's motivation about their coming to the Emergency Department, hôpital de Redon, Ille et Vilaine and patient healthcare.

MOTS CLES :

Motivation, structure d'accueil des urgences, devenir, patients, engorgement, médecin généraliste

THESE MEDECINE GENERALE-ANNEE 2018

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex