

ANNEE 2016

N° 54

**CONSULTATIONS D'URGENCE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
SPÉCIFICITÉ DES BESOINS EN ZONE RURALE
ET MORBIDITÉ MORPHOLOGIQUE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le
mardi 5 juillet 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Zacharie VACHERESSE

Né(e) le 14 juin 1986

À Bourg-en-Bresse

Doyen :
1er Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	SAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)			
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyrilque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie

M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE D'URGENCE

M.	Bruno	MANGOLA	(du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	---------	-------------------------------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shalika	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVEY-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISINIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Patricia	MERCIER	Médecine Générale
M.	Giles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Catherine	AUBRY	Médecine Générale
M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire
Mme	France	MOUREY	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anais	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOUIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	URUSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Jean Marie CASILLAS

Membres : Hélène KEMLIN

Jean Michel PETIT

Pablo ORTEGA DEBALLON

Clément CHARRA

REMERCIEMENTS

À Monsieur Jean Marie CASILLAS,

Professeur à la Faculté, médecin rééducateur.

Vous avez été le premier médecin que j'ai rencontré lors de mon premier stage hospitalier au sein de votre unité. Votre pratique de la médecine et votre vision du soin autour du patient m'auront inspiré quelques années.

Je suis très honoré de vous voir présider le jury de cette thèse.

À Monsieur Jean Michel PETIT,

Professeur à la Faculté, médecin endocrinologue,

*Pour toute la gentillesse, la bienveillance et les conseils que j'ai eu le plaisir de recevoir lors
de mon passage dans votre service,*

Je suis très honoré de votre présence dans ce jury.

À Monsieur Pablo ORTEGA-DEBALLON,

Professeur à la Faculté, chirurgien digestif et carcinologique,

*Pour vos compétences vastes, votre ouverture d'esprit, votre intérêt médical centré sur l'être
humain et votre disponibilité,*

Je suis très honoré de votre présence dans ce jury.

À Monsieur Clément CHARRA,

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale, médecin généraliste,

Pour ton inventivité, ton humour et le plaisir de travailler à tes côtés,

Je suis très honoré de ta présence dans ce jury.

À Madame Hélène KEMLIN,

Maître de Stage des Universités, médecin généraliste, directrice de thèse,

*Pour la bienveillance et l'accueil que j'ai reçu, pour ta vision de la médecine générale, tous
les conseils et les astuces, et pour l'intégration dans la tribu,*

Je te remercie d'avoir été à l'initiative de cette thèse et de m'avoir guidé avec talent.

À Dominique et Agnès Delor de m'avoir incité à faire des études de médecine,
À mes parents de m'avoir permis de mener ces études jusqu'à leur terme, de m'avoir toujours
soutenu, de m'avoir élevé dans le respect, la tolérance et l'amour du prochain, à Miriam pour
son courage, son abnégation et sa sensibilité.

À Gilles Moreau, qui m'a apporté beaucoup dans mes études sans qui je n'y serai
probablement pas arrivé.

À Charles, frère de cœur, à Julien, artisan de la sagesse, Guillaume, compagnon des folies,

À tous les amis avec qui j'ai appris et développé mes compétences : Germain, Hadrien,
Cédric, Émilie, Samuel (et Brieuc), Joss', la Grap', MH, Nico,

Aux amis du GrOM : Marie-Lore, Mylène, (et Céline) Alexis, Quentin, M&M's (Marie et
Manon), Carole, Christelle, Olivier et les autres Grommiens et Geopsiens

Aux potes du DESC : Hadrien (Poumbi), Cécile, Élise, Samia, Marie, Melvin, Toon, PYD,
Mich, Aurel', et Giorgio.

Aux médecins et équipes paramédicales des différents services qui m'ont permis d'apprendre
et m'ont conseillé : les Urg' et le SAMU de Dijon, la pédiatrie sennonnaise, la cancéro du 3^e
ouest, et bien sûr les équipes de Beaune.

Une pensée toute particulière à Olivier Troubat : je vous dois beaucoup.

Merci enfin à la Puisaye, sa Maison de Santé et son équipe. Dominique Richardot, Josselyne
Guyard. A Paulo da Silva Moreira et Vincent Camuset, j'ai passé un semestre magnifique à
travailler à vos côtés, vos qualités médicales et humaines font de vous des maîtres que je ne
suis pas près d'oublier.

Merci à Bruno pour sa relecture acerbe et aiguisée.

Et merci à Anne de m'avoir supporté pendant la procrastination, la réflexion, le recueil et la
rédaction de ce document.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HIPPOCRATE	9
SOMMAIRE	10
TABLE DES FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS ET DEFINITION DES TERMES	13
INTRODUCTION	14
MATERIELS ET METHODES	17
RESULTATS	19
DISCUSSION	28
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	62
TABLE DES MATIERES	68
RESUME	71

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - répartition de l'échantillon par âge et par sexe	12
Figure 2 - échantillon et population de SSP et nationale	12
Figure 3 - répartition selon le code postal, distance à la MdS et au SAU, nombre de MG sur la commune	13
Figure 4 - répartition des motifs de consultation	14
Figure 5 - répartition selon groupe de pathologies	15
Figure 6 - répartition des IMC en fonction de l'âge des enfants	16
Figure 7 - Nombre de consultations par an en fonction de l'IMC des enfants	16
Figure 8 - Répartition globale des IMC en fonction de l'âge des adultes	17
Figure 9 - répartition des IMC selon les groupes d'âges des adultes	25
Figure 10 - répartition du nombre de consultations en fonction des IMC des adultes	25
Figure 11 - comparaison des moyennes des IMC selon le motif de consultation en fonction d'une ALD	26
Figure 12 - Récapitulatif des tests de Mann et Whitney de la comparaison des moyennes des IMC selon une ALD ou non	26
Figure 13 - comparaison des moyennes des IMC selon les motifs en fonction du régime CMU ou non	27
Figure 14 - comparaison des moyennes par test de Mann et Whitney de la comparaison des IMC selon le régime CMU ou non	27

TABLE DES ANNEXES

<i>Annexe 1 - base des établissements de santé du sud de l'Yonne 2015 ATIH</i>	<i>62</i>
<i>Annexe 2 - carte des temps d'accès aux soins urgents en Bourgogne selon ARS Bourgogne 2014</i>	<i>63</i>
<i>Annexe 3 - Le Figaro 21 octobre 2012</i>	<i>67</i>
<i>Annexe 4 - Libération 20 octobre 2012</i>	<i>67</i>
<i>Annexe 5 - Pays et territoires de Bourgogne ARS 2013</i>	<i>65</i>
<i>Annexe 6 - pacte territoire-santé 1 2012</i>	<i>66</i>
<i>Annexe 7 - pacte territoire-santé 2 2015</i>	<i>66</i>
<i>Annexe 8 - plaquette de la Maison de Santé de Puisaye Forterre</i>	<i>70</i>
<i>Annexe 9 - superposition des courbes de corpulence de Sempé et de la courbe de corpulence de notre étude</i>	<i>68</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DÉFINITION DES TERMES

Admin RO	motif administratif, renouvellement d'ordonnance
ALD	Affection de longue durée
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture maladie Universelle
CNAM-TS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DREES	Direction de la recherche, des évaluations, des études et de la statistique
HGE	hépato-Gastro-Entérologie
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MCS :	Médecin Correspondant du SAMU
MdS	Maison de Santé
MG	Médecin Généraliste
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SSP	Saint Sauveur en Puisaye
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Consultations d'urgence en médecine générale : spécificités des besoins en zone rurale et morbidité morphologique

INTRODUCTION

1. État des lieux

Urgences en zones rurales

Le médecin généraliste est la porte d'entrée du patient dans le système de santé. Par sa place centrale au sein du parcours de soin coordonné et par le maillage géographique, il représente un pilier essentiel de la santé de la population. La démographie médicale avec le vieillissement des médecins et leur raréfaction dans un grand nombre de zones notamment rurales, rend plus difficile au médecin généraliste la prise en charge de l'urgence qui est une de ses compétences (WONCA), en atteste l'augmentation du nombre de passages dans les services d'urgences du territoire(1) (1 français sur 3,5/an en 2013 contre 1/8 en 1990).

Néanmoins, un grand nombre d'urgences sont gérées au cabinet de médecine générale et n'apparaissent pas dans ces chiffres. C'est dans cette optique que la DREES a réalisé en 2004 une grande étude portant sur les consultations d'urgences en médecine générale(8,11). Plus de 1300 praticiens, majoritairement de ville (SOS médecin et cabinets), ont été interrogés. Cette enquête a permis de dresser le bilan de plus de 17000 consultations non programmées, représentant 12% de l'activité moyenne des MG(7). Nous considérerons que cette étude fait référence.

Les pouvoirs publics se sont saisis de la problématique d'accès aux soins urgents et ont proposé un premier Pacte Territoire Santé en 2012(26) pour remplir une promesse de campagne du Président de la République de garantir à chaque français un accès aux soins urgents en moins de 30

minutes. Dans cette optique, ont été mises en place des mesures incitatives à l'exercice rural de la médecine (générale ou spécialisée) notamment à travers les structures du type Maison de Santé. Un 2^e Pacte Territoire Santé en 2015(27) a prévu le renforcement des propositions du premier pacte et l'annonce de la promotion de médecins correspondants du SAMU pour améliorer l'accès aux soins urgents.

Morbidité morphologique

D'autre part, l'obésité est désormais considérée comme une épidémie qui touche tant les pays en voie de développement que les pays industrialisés(45). Nous pensions la France protégée par rapport aux autres pays de l'OCDE de par nos traditions culinaires, notre culture du repas et de la cuisine mais le taux de citoyens obèses et en surpoids, quoiqu'inférieur à celui de nos voisins, marque une hausse régulière et tend à les rattraper(46).

L'épidémie d'obésité est plus marquée dans les zones rurales qu'en ville et touche particulièrement les classes sociales défavorisées(2). La littérature nous démontre que l'Indice de Masse Corporelle IMC est le plus souvent directement lié à la morbidité d'un grand nombre de pathologies chroniques (diabète, HTA)(19). Tous les 3 ans, ObEPI(46), une enquête nationale dresse un état des lieux de l'obésité en France, sous l'égide de l'INSERM et les derniers chiffres (2012) sont éloquentes : 15% des adultes sont obèses (6,9 M) et 32% en surpoids (14,8 M).

2. Objectifs de l'étude

Présentation de Saint Sauveur en Puisaye

Saint Sauveur en Puisaye est une petite ville en zone rurale, dont l'offre de soins est inférieure à la moyenne nationale(57), située à plus de 30 minutes d'un service d'urgence mais qui bénéficie d'une Maison de Santé depuis 4 ans, pilote en Bourgogne. Située dans le département de l'Yonne, elle est à 42 km d'Auxerre, préfecture du département. La Puisaye est un territoire géographique de presque 20000 habitants dont 4500 sur le canton de SSP(14).

Population étudiée

Ainsi, en nous intéressant aux consultations d'urgence de la maison de santé de SSP, nous observerons les besoins de soins urgents des citoyens habitant à plus de 30 minutes d'un service d'urgence et nous pourrons comparer les motifs de consultation avec l'étude de référence de la DREES. Nous dresserons également un aperçu de l'IMC de ces patients et comparerons la morbidité globale, en fonction des motifs de recours.

La population d'étude regroupe l'ensemble des patients pris en charge en consultation non programmée par un des 4 médecins généralistes de la Maison de Santé de Puisaye-Forterre, seul lieu de consultation médicale du bassin de vie de population de Saint Sauveur en Puisaye.

Objectif principal : les besoins médicaux de soins non programmés en zone rurale, exprimés par les motifs de consultations sont-ils similaires à la ville (où a été menée l'étude de référence) ?

Objectif secondaire : peut-on considérer l'indice de masse corporelle comme un marqueur de risque de développer une pathologie chronique (que nous repérerons par une affection longue durée) ?

Il s'agit d'une étude historico-prospective, menée du 23 novembre 2015 au 30 décembre 2015.

Consultations d'urgence en médecine générale : spécificités des besoins en zone rurale et morbidité morphologique

MATÉRIELS ET MÉTHODES

La population d'étude porte sur les patients habitant le canton de SSP, consultant à l'occasion d'une consultation d'urgence ou consultation non-programmée à la maison de santé de Puisaye-Forterre, seul lieu de consultation médicale du bassin de vie de SSP.

Les patients ont été inclus de manière prospective par l'équipe du secrétariat de la maison de santé sur un registre quotidien. Tout patient qui appelait la maison de santé pour demander une consultation dans la journée, ou qui se présentait spontanément était inclus dans le registre. Nous considérons ces patients pris en charge dans le cadre de consultation urgente non programmée.

Du 23 novembre au 30 décembre 2015, 355 consultations non programmées ont été réalisées et incluses, aux heures ouvrables du lundi au vendredi.

Le dossier médical commun à la maison de santé a permis de colliger des données tant médicales (motif de consultation, nombre de consultations dans les 12 derniers mois, taille et poids, pathologie chronique ALD) que socio-démographiques (date de naissance, code postal du lieu d'habitation, bénéficiaire d'une CMU).

Le recueil de données a été fait de manière rétrospective en analysant le dossier médical informatisé du patient.

Il s'agit donc d'une cohorte historico-prospective, observationnelle.

Les motifs de consultations ont été catégorisés en 7 grands groupes, puis comparés aux données de l'étude de référence de la DREES par méthode de Chi-2 de conformité.

L'analyse comparative de l'IMC a été faite par méthode de Mann et Whitney.

Des régressions linéaires et polynomiales permettent d'interpréter la relation statistique que pouvait présenter l'IMC, l'âge des patients et leur nombre de consultations dans les 12 derniers mois. Un test de Spearman a complété les interprétations.

Les données ont été analysées par tableur Excel® et toutes relues par un statisticien du Département d'Informatique Médicale du CHU Dijon.

Consultations d'urgence en médecine générale : spécificités des besoins en zone rurale et morbidité morphologique

RÉSULTATS

1. Population :

Description de la population du canton de Saint Sauveur en Puisaye (SSP) par rapport à la population française générale et notre échantillon. SSP est un canton rural avec un taux de personnes âgées de plus de 65 ans bien supérieur à la moyenne nationale (29% contre 19%)(14). La part des moins de 65 ans et surtout celle des moins de 20 ans est inférieure à SSP. Dans notre échantillon, nous avons un taux élevé de moins de 20 ans. La part des actifs est moins importante dans notre échantillon alors que la part des plus de 65 ans est proche de celle de la population générale. (fig 2).

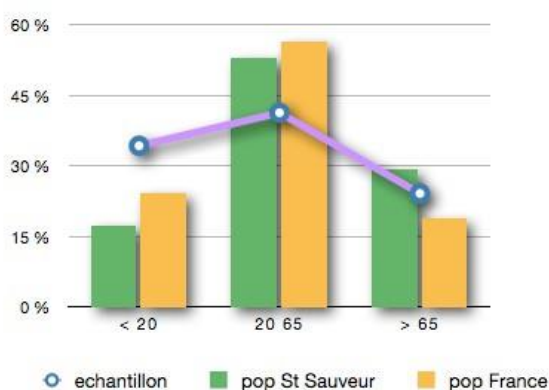


Figure 2 - échantillon et population de SSP et nationale

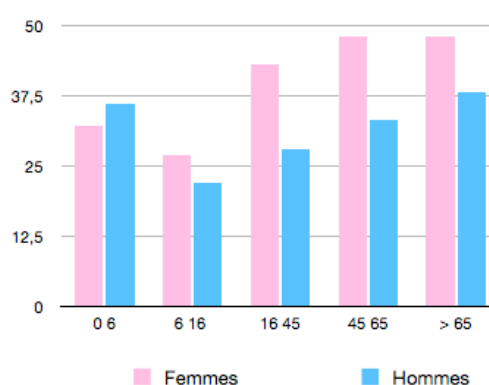


Figure 1 - répartition de l'échantillon par âge et par sexe

Les femmes sont plus nombreuses à consulter quel que soit l'âge sauf dans la tranche des moins de 6 ans. (*fig. 1*)

2. Distance :

Parmi les patients consultants, 62,3% habitent le canton de SSP (221). 32 (9%) patients habitent à une distance comprise entre 10 et 15km, 41 (11,5%) patients ont parcouru entre 15 et 20 km, 19 (5,4%) patients entre 20 et 30km, 8 (2,3%) patients entre 30 et 40 km et 8 (2,3%) patients plus de 40km. 3,9% des patients habitent une autre région (tourisme, résidence secondaire). (*fig 3*)

Code postal d'habitation	89520	89170	58310	89130	89480	58410	89220	89350	89560	89240	45420	58200	45360	89000	89290	89400	hors région
Nombre de Cs	221	32	9	28	4	6	3	2	8	2	1	2	3	5	1	2	14
distance à MdS	0	10,8	15,8	17,2	18,5	20,1	22,7	22,8	29,3	31,4	31,4	38,7	39,5	42,9	49,0	53,2	
distance à Urg	42,9	53,1	20,2	28,7	40,2	25,8	52,2	44,1	23,7	19,8	27,2	0	39,4	0	13,3	15,0	
Nombre de Médecin Gé	3	1	2	6	2	1	2	2	3	6	2	13	3	50	5	11	
Classe	221	32	41		19		8		8		8		8		8		
%	64,4 %	9,3 %	12,0 %		5,5 %		2,3 %		2,3 %		2,3 %		2,3 %		4,1 %		

Figure 3 - répartition selon le code postal, distance à la MdS et au SAU, nombre de MG sur la commune

3. Motifs :

Nous avons classé les motifs de consultation en 17 groupes de motifs médicaux. Nous avons calqué ces motifs sur l'étude menée en 2004 par la DREES(8) (que nous considérerons comme l'étude de référence) qui s'était intéressée aux consultations non programmées à la médecine générale de ville et avait colligé les données de 17254 consultations de 1398 médecins généralistes. Cette étude dont les résultats ont été publiés en 2006 était menée principalement en ville. Il avait été observé que la consultation d'urgence représentait 12% du volume global des consultations. Durant la période d'inclusion de notre étude, 1948 consultations ont été réalisées à la MdS et les 355 consultations non programmées représentent 18,22%. La comparaison avec un Chi-2 de conformité retrouve une différence significative ($p < 0,001$) entre ces pourcentages. Devant notre échantillon trop petit (355 consultations), nous ne pouvons pas mener d'étude statistique suffisamment fiable sur l'ensemble des motifs de consultation. (*fig 4*)

Motif	Nb	%
Infectieux	156	43,9%
Rhumato	24	6,8%
Uro Gynéco	18	5,1%
Pneumo	7	2,0%
HGE	21	5,9%
Neuro	2	0,6%
Cardio	10	2,8%
Ophthalmo	5	1,4%
ORL	13	3,7%
Psychiatrie	14	3,9%
Dermato Allergo	19	5,4%
Traumato	24	6,8%
iatrogénie	1	0,3%
Pédia	1	0,3%
Admin RO	24	6,8%
non venu	9	2,5%
inconnu	7	2,0%
	355	100,0%

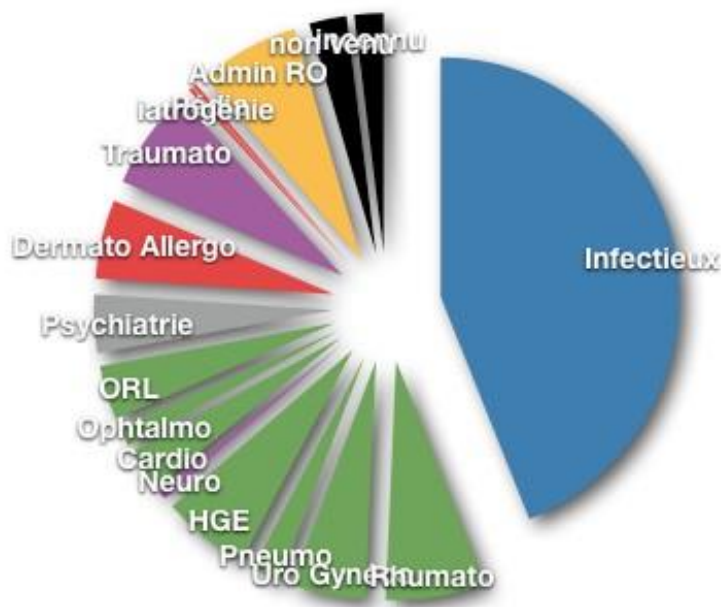


Figure 4 - répartition des motifs de consultation

4. Motifs par groupe de pathologies :

Les 17 motifs de consultations sont regroupés en 7 grands groupes de motifs qui sont les suivants (fig 5) :

- Pathologie aiguë infectieuse de l'adulte et pédiatrie (bronchite, épidémies virales...)
- Pathologie aiguë de l'adulte non infectieuse (poussées d'arthrose, lombalgies...)
- Sans gravité, administratif, renouvellement d'ordonnances, affections chroniques stables
- Allergologie, dermatologie
- Traumatologie
- Psychiatrie
- Urgences vitales

Parmi nos 355 patients, certains ont été vus en visite à domicile et nous n'avons pas pu récupérer leurs motifs de consultation. Certains patients n'ont pas honoré leur rendez-vous. Ces 2 groupes de patients représentent tout de même 5% de notre échantillon.

La comparaison des Motifs Groupe de notre échantillon avec l'étude de référence a été faite avec un test de Chi-2 de conformité et nous retrouvons les fréquences des Motifs par groupes de pathologies similaires

statistiquement à l'étude de référence (hypothèse H0 rejetée avec $p=0,87$).

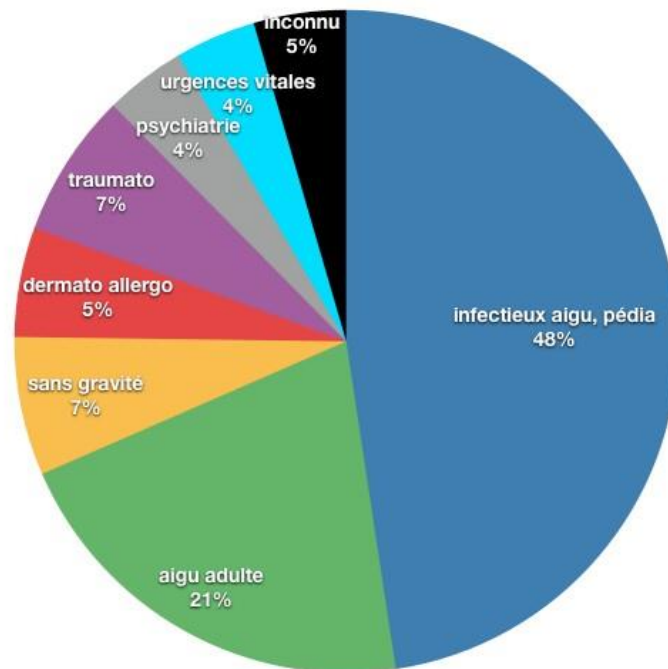


Figure 5 - répartition selon groupe de pathologies

5. IMC de l'enfant :

Parmi les moins de 18 ans consultant, nous avons réparti leur Indice de Masse Corporelle (IMC) sur un graphique en fonction de leur âge et nous avons obtenu une courbe de régression polynomiale. Nous remarquons tout de suite que cette dernière suit les variations de la courbe de corpulence de Sempé (présent dans tous les carnets de santé) avec une augmentation dans la première année suivie d'une diminution jusqu'à 6-7 ans pour remonter ensuite vers les valeurs de l'adulte. Des valeurs extrêmes d'IMC sont observées à tout âge. (*fig 6*)

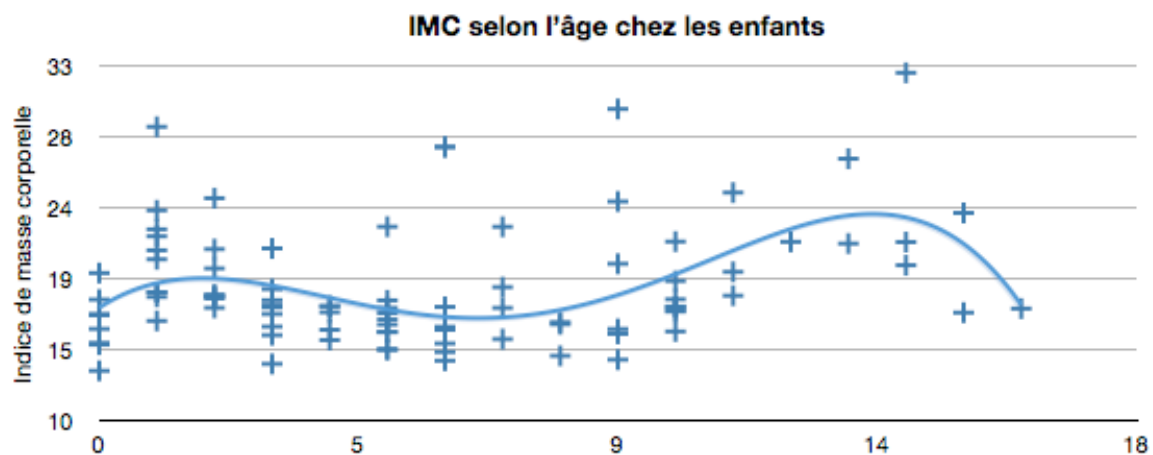


Figure 6 - répartition des IMC en fonction de l'âge des enfants

6. IMC Nombre de Consultations dans l'année de l'enfant :

Chez les moins de 18 ans nous avons regardé s'il y avait un lien entre leur IMC et le nombre de fois où l'enfant est vu en consultations au cours des 12 derniers mois. Le graphique représente cette répartition avec une courbe de régression polynomiale de 2^e ordre. Nous remarquons que les enfants présentant un IMC dans les normes sont vus plus fréquemment en consultation que les enfants en surpoids. Le test de corrélation de Spearman montre que ce lien est statistiquement significatif ($p = 0,019$). (fig 7)

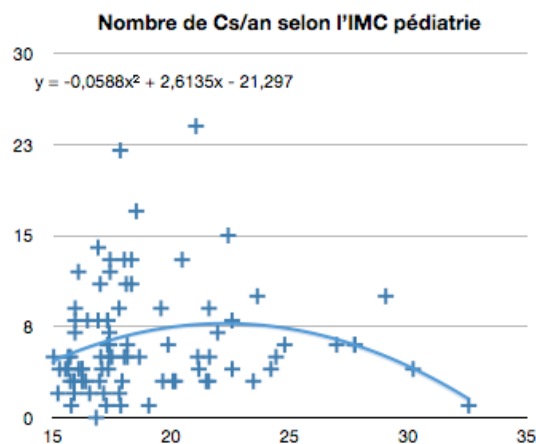


Figure 7 - Nombre de consultations par an en fonction de l'IMC des enfants

7. IMC de l'adulte :

Parmi les adultes, nous avons réparti leur IMC en fonction de l'âge. La courbe de régression linéaire est globalement stable avec une grande dispersion des valeurs (*fig 8*). Nous avons réparti les patients selon les quartiles de l'âge de la manière suivante (*fig 9*).

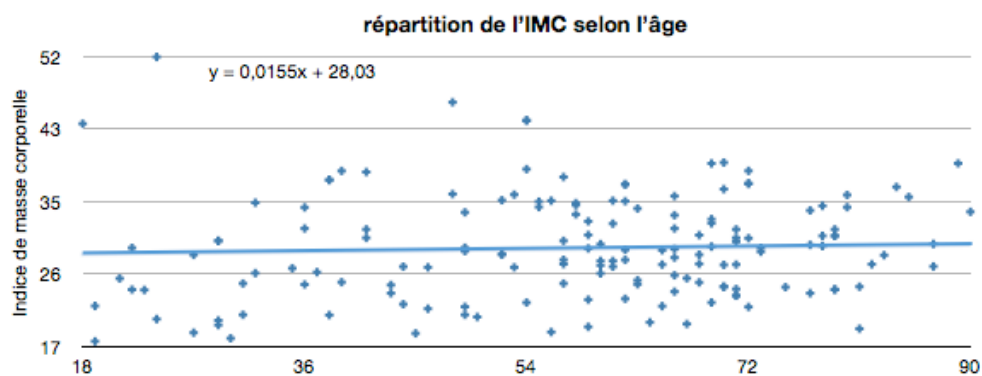


Figure 8 - répartition globale des IMC en fonction de l'âge des adultes

18-36 ans : 40 patients. La moyenne des IMC diminue avec l'âge, selon la courbe de régression linéaire.

36-54 ans : 66 patients. La moyenne des IMC remonte et passe dans la zone de surpoids. Nous remarquons dans cette tranche d'âge une plus grande dispersion des valeurs avec une proportion non négligeable de patients en obésité morbide.

54-72 ans : 91 patients. La moyenne des IMC est stable dans la zone de surpoids avec une grande dispersion des valeurs.

72-95 ans : 38 patients. La moyenne des IMC retrouve des valeurs moins élevées et diminue progressivement. Nous avons néanmoins peu de valeurs notamment pour les plus de 90 ans.

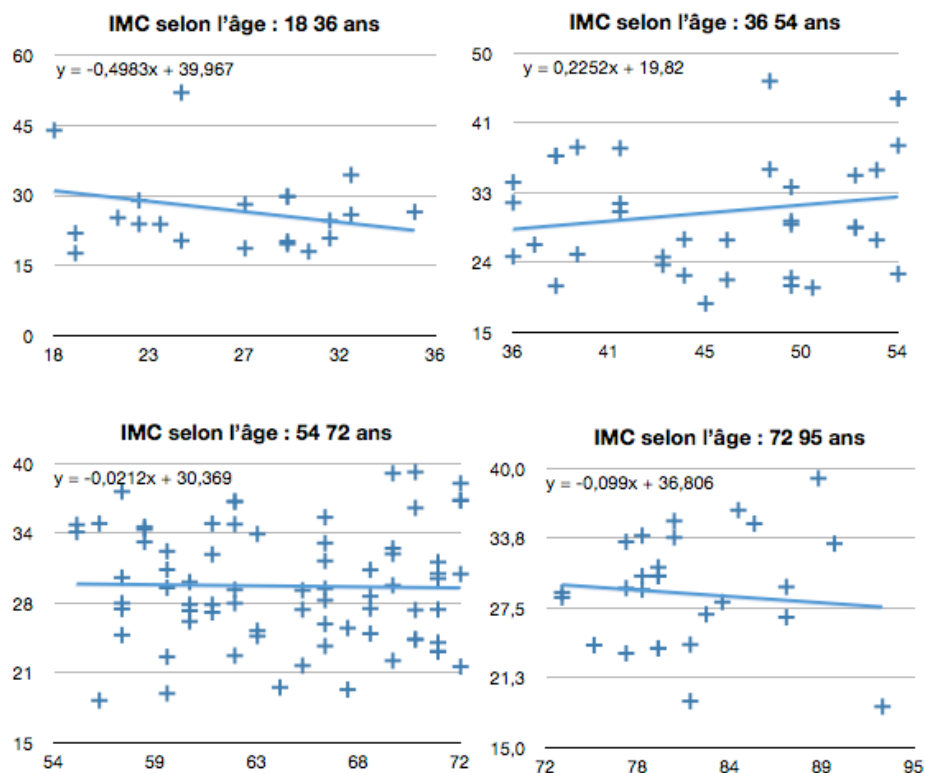


Figure 9 - répartition des IMC selon les groupes d'âges des adultes

La répartition selon les quartiles des effectifs ne nous permet pas d'obtenir des tendances significatives : les tranches d'âges sont les suivantes 18-45 ans, 45-61 ans, 61-70 ans et 70-95 ans.

8. IMC nombre de consultations adultes :

Un graphique montre la répartition du nombre de consultations selon l'IMC des adultes consultant. La statistique ne nous permet pas de retrouver de lien entre ces variables chez l'adulte contrairement à l'enfant (fig 10).

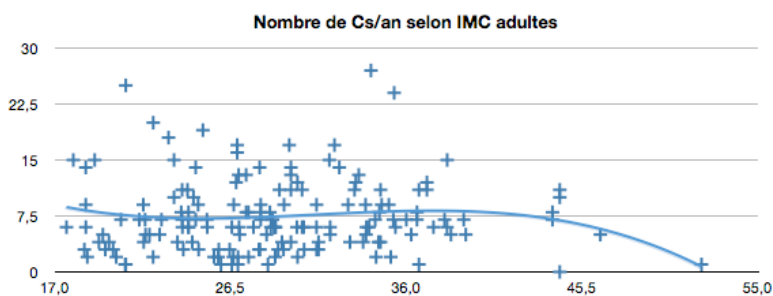


Figure 10 - répartition du nombre de consultation en fonction des IMC des adultes

9. ALD : IMC chez les Groupes de pathologies :

Comparaison des IMC des patients selon qu'ils soient en **Affection Longue Durée** (ALD) ou non.

L'IMC moyen des patients en ALD est de 28,88 alors qu'il est de 25,26 kg/m² chez les patients non en ALD. Cette différence n'est néanmoins pas significative.

Parmi les Motifs Groupes suivants : *Infectieux aigu* et *Aigu adulte*, nous observons une différence significative (test de Mann et Whitney $p < 0,05$) de leur IMC (IMC supérieur chez les patients en ALD). Pour le Motif Groupe *Dermato Allergo*, nous remarquons une tendance significative ($p = 0,05$) ainsi que pour le groupe *Traumato* ($p = 0,089$). (fig 11 et 12)

	nb	Moyenne IMC	Médiane IMC	nb	Moyenne IMC	Médiane IMC
	ALD	OUI		NON		
infectieux aigu, pédiat	28	29,16	28,60	141	21,72	18,50
aigu âgé	22	30,35	30,11	52	26,19	24,51
sans gravité	13	27,65	28,90	10	28,83	30,47
Dermato allergo	3	30,56	30,17	16	22,94	22,31
traumato	6	29,40	28,32	19	22,77	20,05
psychiatrie	8	30,37	31,89	6	26,75	27,47
Urgence somatique critique	7	24,65	24,73	7	27,60	26,95
total	87	28,88	28,96	251	25,26	24,32

Figure 11 - comparaison des moyennes des IMC selon le motif de consultation en fonction d'une ALD

			Mann Whitney	p (Chi 2)
	ALD	OUI	NON	
infectieux aigu, pédiat	28	141	463,00	0,00
aigu âgé	22	52	182,50	0,01
sans gravité	13	10	43,00	0,93
Dermato allergo	3	16	5,00	0,05
traumato	6	19	11,00	0,09
psychiatrie	8	6	10,00	0,14
Urgence somatique critique	7	7	15,00	0,39
total	87	251		

Figure 12 - Récapitulatif des tests de Mann et Whitney de la comparaison des moyennes des IMC selon une ALD ou non

10. CMU : IMC chez les Groupes Motifs :

Comparaison des IMC des patients selon qu'ils bénéficient d'une **Couverture Maladie Universelle** (CMU) ou non.

L'IMC moyen des patients CMU est de 22,72 contre 26,11 kg/m² pour les patients non-CMU. Cette différence n'est statistiquement pas significative (Mann et Whitney p=0,075) mais marque une tendance à prendre en compte.

Selon les *Motifs Groupes*, une tendance est observée dans tous les sous groupes, particulièrement pour *Infectieux aigu* (p=0,06) avec un IMC moyen à 18,56 contre 23,53 kg/m². (fig 13 et 14)

	nb	Moyenne IMC	Médiane IMC	nb	Moyenne IMC	Médiane IMC
	CMU	OUI		NON		
infectieux aigu, pédia	12	18,56	17,36	157	23,53	21,56
aigu âgé	7	23,62	23,84	67	27,99	28,57
sans gravité	1			22	28,15	26,79
Dermato allergeo	4	29,12	28,32	15	22,79	21,94
traumato	0			25	24,33	22,76
psychiatrie	1	19,59	19,59	13	29,76	29,63
Urgence somatique critique	1			13	26,24	25,98
total	26	22,72	22,27	312	26,11	25,32

Figure 13 - comparaison des moyennes des IMC selon les motifs en fonction du régime CMU ou non

	Mann Whitney p (Chi 2)			
	CMU	OUI	NON	
infectieux aigu, pédia	8	113	274,00	0,06
aigu âgé	6	48	95,00	0,18
sans gravité	0	19	0,00	
Dermato allergeo	4	12	-41,63	0,31
traumato	0	17	0,00	
psychiatrie	1	12	-20,85	0,49
Urgence somatique critique	0	13	0,00	
total		19	234	

Figure 14 - comparaison des moyennes par test de Mann et Whitney de la comparaison des IMC selon le régime CMU ou non

Consultations d'urgence en médecine générale : spécificités des besoins en zone rurale et morbidité morphologique

DISCUSSION

1. Géographie:

Saint Sauveur en Puisaye et son bassin de vie comptent un peu plus de 17000 habitants. Selon l'INSEE(14), le solde naturel de population est légèrement positif ; le bassin de vie « perd » des jeunes et des actifs et « gagne » des « jeunes » retraités issus de la région parisienne notamment. La pyramide des âges nous montre que la part des moins de 20 ans et des actifs (20-65) ans est inférieure à la moyenne nationale alors que la part des plus de 65 ans y est bien supérieure, représentant presque de 30%. Dans notre échantillon, la part des moins de 20 ans est grande (34%) alors qu'ils ne sont que 17,5% dans la population du canton. Les données nationales de l'étude de référence de la DREES(7) vont en ce sens avec une part importante des moins de 20 ans pris en charge dans le cadre de consultations non programmées.

Selon l'INSEE en 2012(58), le canton Cœur de Puisaye (de Saint Sauveur en Puisaye) présente un revenu médian de 16610 € ; ce revenu est parmi les plus faibles de l'Yonne qui, elle-même, est un département plutôt pauvre, avec des zones urbaines à fort taux de chômage (suite aux mutations industrielles intervenues depuis la fin du XXe siècle) et des zones rurales anciennement industrielles et à forte activité agricole (élevage, polycultures, petites surfaces).

Cette zone rurale, éloignée des centres urbains, constitue un bassin de vie cohérent selon l'INSEE(55) avec une bonne adéquation entre lieu de résidence et lieu d'activité de ses habitants ; l'INSEE a qualifié ces bassins

de vie cohérents de « pays ». Les autres bassins de vie de l'Yonne s'articulent autour de petites et moyennes villes : ce sont l'Avalonnais, le Tonnerrois, l'Auxerrois et le Sénonais. Chacun de ces bassins de vie est centré sur une ville possédant un hôpital : Auxerre, Avallon, Joigny, Tonnerre et Sens. La Puisaye est le seul de ces entités géographiques à être dépourvu de structure hospitalière(16) ; ce pays ne bénéficie donc ni d'un service d'urgence de proximité, ni d'un SMUR. Ce sont les CH d'Auxerre (42,9km) et de Cosne-Cours sur Loire dans la Nièvre (38,7 km) qui en assurent les missions de soins urgents.

Problématique de l'accès aux soins urgents

L'absence de SMUR et de services d'urgence pose de manière aigüe la question de l'accès aux soins urgents dans ce bassin de vie(66).

Avant de concentrer notre attention sur le bassin de vie de SSP, nous reviendrons sur cet événement tragique de l'automne 2012 où une femme enceinte a perdu son enfant sur l'autoroute après avoir accouché dans sa voiture alors qu'elle se rendait à la maternité distante de plus d'une heure de son domicile(47,53). Une enquête administrative avait été demandée par le Président de la République François Hollande : celle-ci avait montré que 2 millions de français résidaient à plus de 30 minutes de soins urgents, une situation inacceptable que ce drame a tristement illustré. C'est de cet événement qu'est née l'idée de garantir à chaque français l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes.

Réponse des pouvoirs publics

C'est ainsi que le 13 décembre 2012 est présenté aux citoyens le **pacte territoire-santé 1**(26) qui a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients ruraux. Parmi ses objectifs, on retrouve la promotion des Maisons de Santé, des mesures encourageant l'exercice rural de la médecine (Comme le Contrat d'Engagement de Service Public CESP), des dispositions en faveur de l'implantation de Médecins Correspondants du SAMU (MCS) et le projet de voir 100% des étudiants en médecine accéder à un stage d'externat en médecine générale.

Trois ans plus tard, le **pacte territoire-santé 2**(27) est venu pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte 1, actions d'ores et déjà très positives puisque, entre 2012 et 2015, le nombre de « maîtres de stage agréés médecine ambulatoire » a doublé, le nombre d'étudiants signataires du CESP est passé de 355 à 1325, les Maisons de Santé de 174 à 735 et le nombre de MCS de 150 à presque 600.

Dans le même sens, on a entendu, le 20 mai 2016, au comité interministériel aux ruralités de Privas, le Premier Ministre Manuel Valls appuyer les propos de la Ministre de la Santé Marisol Touraine(25) et, le 3 juin 2016, au congrès national de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), le Président de la République François Hollande énoncer des propositions visant à maintenir les petits services d'urgences isolés ayant des difficultés de recrutement médical(54).

En ce qui concerne la région objet de notre étude, l'ARS Bourgogne a publié en 2012 une cartographie des temps d'accès aux soins urgents en fonction des cantons(66). Saint Sauveur en Puisaye fait partie des cantons situés à plus de 30 minutes. Certaines communes du pays de Puisaye sont même situées à plus de 40 minutes.

Saint Sauveur en Puisaye est donc un bassin de vie concerné au premier chef par les mesures mises en place par les pouvoirs publics depuis 2012.

La Maison de Santé de Saint Sauveur en Puisaye

C'est d'ailleurs à ce titre qu'en 2012 cette région s'est dotée d'une Maison de Santé. Elle permet de regrouper 23 professionnels de santé au sens large, offrant une prise en charge globale des patients : 4 médecins généralistes, 1 dentiste, 4 infirmières, 1 kinésithérapeute, 1 sage-femme, 1 diététicienne, 1 pédicure podologue, 1 orthophoniste, 1 psychologue, 1 ostéopathe, 1 psychomotricienne, 1 accompagnement en addictologie et 5 personnes de l'association d'aide à domicile. De plus, la Maison de Santé accueille dans ses locaux des professionnels du CHSP (Centre Hospitalier Spécialisé Psychiatrique) de l'Yonne avec un psychiatre et un infirmier psychiatrique, et une consultation de la PMI de l'Yonne. La Maison de Santé participe également à différentes actions de dépistages ponctuels : spirométrie pour la BPCO ou fond d'œil pour la rétinopathie diabétique ou la DMLA. Plus récemment, le PASS SANTÉ JEUNE permet aux adolescents

de 16 ans de consulter gratuitement après avoir rempli une fiche sur les sujets qu'ils désiraient aborder (diététique, hygiène, santé sexuelle, gestion pondérale, addictions...) ; cette consultation pouvait donner lieu à un suivi (diététique ou psychologique), en fonction des problèmes soulevés.

C'est pour concrétiser son ouverture sur la notion de globalité que la MdS accueille des internes et externes dans le cadre du stage ambulatoire de médecine générale.

Cette organisation en unité de lieu permet au patient d'être pris en charge près de son domicile dans sa globalité (somatique ou psychique) et sa complexité (problématique sociale, environnementale). Des réunions mensuelles formelles permettent à tous les acteurs du soin de discuter des situations complexes, l'unité de lieu favorisant les interactions informelles entre professionnels de santé.

Cet exercice coordonné et unifié en Maison de Santé est plébiscité tant par les étudiants que par les professionnels installés(15,18).

2. Distance :

On se rend compte que la zone d'influence de la MdS va au-delà de la commune de Saint Sauveur en Puisaye. Bien sûr, la majorité des patients consultants sont habitants du même code postal (64,4%) mais un nombre non négligeable de patients viennent d'ailleurs : 20% des patients effectuent entre 10 et 20 km, 5,5% entre 20 et 30km et 5% plus de 30 km.

Nous observons qu'un certain nombre de patients habitent le code postal d'une ville où exerce un médecin généraliste(13). Quels motifs poussent les patients à parcourir une distance plus grande pour bénéficier d'une consultation ? Parmi les réponses possibles, on peut citer : l'attrait de l'offre de soins de la MdS(15), l'isolement relatif des médecins exerçant seuls, la démographie médicale locale avec notamment la moyenne d'âge élevée des médecins installés en zones rurales et la surcharge de travail de ces mêmes généralistes. Nous n'avons pas de données concernant le

nombre de consultations d'urgence que ces praticiens assurent pour leurs patients et il serait intéressant de s'y pencher. La question soulevée ici est la suivante : l'action groupée (en unité de lieu) de plusieurs médecins est-elle plus efficiente en termes de consultations non-programmées que la somme des actions d'un même nombre de médecins isolés géographiquement ?

Une donnée complémentaire est la distance entre le lieu d'habitation du patient et un service d'urgence. Cette dernière – *distance entre habitation et service d'urgence* - est majoritairement plus grande que la distance entre l'habitation du patient et la Maison de Santé. Seuls 6,7% des patients pris en charge dans le cadre de consultation non programmée habitent plus proche d'un service d'urgence que de la Maison de Santé. La notion d'urgence abordée dans cette étude est celle d'urgence ressentie par le patient et pas d'urgence vitale (qui représentent 5% de ces consultations). On peut donc lire que 95% de ces consultations ne sont pas vitales au sens médical mais représentent un besoin de soin. Il aurait été très intéressant de recueillir les données des passages aux urgences du CH référent des patients issus du bassin de vie de Saint Sauveur en Puisaye afin d'effectuer des comparaisons en nombre, en gravité et en motifs de consultation. Un travail complémentaire peut être réalisé assez facilement en ce sens. Il permettrait de mieux comprendre les raisons qui poussent les patients à consulter dans un service d'urgence plutôt qu'auprès de leur médecin de premier recours.

Au niveau national, les chiffres régulièrement publiés par la SFMU démontrent qu'un grand nombre de cas pris en charge par les services d'urgences sont peu graves (CCMU 1 et 2)(1,3,8,10) et qu'un grand nombre d'entre eux pourraient être traités de manière adéquate par un médecin généraliste. Les patients ne doutent absolument pas de la compétence de leur médecin traitant(3,12,42) mais les motifs invoqués sont fréquemment l'absence de plateau technique de leur médecin et la perte de temps liée à la réalisation des éventuels examens complémentaires.

L'unité de lieu

Le regroupement des professionnels de santé permet une mutualisation des moyens et le partage des charges professionnelles. Les médecins exerçant seuls ont moins fréquemment une secrétaire que les médecins regroupés (quel que soit leur statut). La possibilité de bénéficier d'un examen biologique sur le lieu de consultation de la MdS est un confort pour le patient qui n'a pas à parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour se rendre à un laboratoire d'analyse médicale (le plus proche de Saint Sauveur en Puisaye est situé à Cosne-Cours sur Loire à 38,7km) ; même intérêt pour le praticien qui est certain d'avoir le résultat biologique dans la journée. Une navette du laboratoire récolte les prélèvements biologiques autour de midi et les médecins reçoivent les résultats par mail sécurisé en fin d'après-midi. De plus, les secrétaires médicales, sensibilisées sur ce sujet, donnent par exemple des rendez-vous le matin pour les motifs de consultation « urinaire » et remettent un bocal d'échantillon urinaire aux patients juste avant la consultation. Le médecin juge ensuite s'il est opportun ou pas d'envoyer l'échantillon urinaire au laboratoire.

Dans une optique de meilleure accessibilité, des cabinets isolés ont investi dans des appareils de radiographie ou d'échographie clinique(40). Cette autonomie des cabinets isolés a été initiée par des médecins en zone montagneuse, à la fois pour prendre en charge la traumatologie qui représente une part importante de leur activité saisonnière, mais aussi pour éviter aux patients de parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour effectuer une radiographie.

Dans la même optique, la présence de laboratoires de biologie délocalisés permettrait aussi de mieux guider certaines prises en charge immédiates et d'optimiser le recours aux services d'urgences. Pour l'instant ce développement reste anecdotique.

Cet engouement général autour du phénomène « Maison de Santé » doit être évalué plus précisément. L'absence de données disponibles dans la littérature et le faible nombre d'évaluations sur ce sujet nous incitent à pousser plus avant l'analyse, notamment au travers d'études telles que celle-ci. Les prochaines années devraient permettre un tel approfondissement avec l'augmentation du nombre de postes de Chefs de

Cliniques Assistants Généralistes, de Praticiens Maîtres de Stage Agréés et avec la hausse du nombre de patients pris en charge dans ces structures.

3. Motifs :

Durant la période d'inclusion, l'ensemble des consultations de MG s'élevait à 1948, dont 355 demandes de soins non programmés (pendant les heures ouvrables de la MdS), soit un rapport de 18,22%, ce qui est supérieur aux 12% retrouvés dans la littérature(8).

C'est ce que constatent, sans l'avoir pour autant chiffré, les praticiens de la MdS qui ont l'impression de voir davantage de patients en non programmé en exercice au sein de la MdS que lors de leur activité en cabinet individuel.

Guichet unique

Lors d'une demande de soins non programmés, le patient exprime le besoin de « voir **un** médecin » et pas de voir « **son** » médecin. Nous avons noté dans notre recueil de données si le patient était vu par son médecin traitant habituel ou s'il était vu par un autre praticien : 196 patients sur 355 ont été vus par un médecin différent du médecin traitant habituel soit 55,7%. On pourrait dire que le patient s'adresse plus à la structure MdS qu'à un médecin individualisé.

Comment expliquer cette différence statistique significative ($p < 0,001$) entre le nombre de consultations non programmées à notre échelle locale et le niveau national (18,22% contre 12%) ?

Tout d'abord l'éloignement des autres structures de prise en charge de premier recours(66), élément dissuasif au moment de choisir le lieu où l'on veut consulter.

Seconde explication : le côté « guichet unique » de la MdS qui simplifie les démarches du patient grâce au secrétariat qui a une visibilité sur les agendas des 4 médecins, sur les éventuels créneaux disponibles en

dernière minute (plage libre, rendez-vous annulé ou non honoré). Même bénéfice pour les soignants car la continuité des soins est assurée sur la journée et permet une diminution de la pénibilité horaire des médecins en leur laissant du temps libre (C'est d'ailleurs ce qui est plébiscité par les internes et jeunes médecins dans un certain nombre d'études).

Nous avons vu que plus de 30% des patients vus en consultation non programmée ont moins de 20 ans, or ils représentent une part moins importante de la population de Saint Sauveur en Puisaye que la moyenne nationale(14). De plus, un nombre plus important de consultation non programmée est réalisé. Les jeunes patients de Saint Sauveur en Puisaye ont donc d'avantage besoin de soins non programmés qu'au niveau national. Ces chiffres nous montrent que, proportionnellement, les patients de tous âges mais d'autant plus les jeunes sont préférentiellement pris en charge localement et que la structure de MdS dispose d'un outil adapté aux soins urgents de la population pédiatrique rurale.

Troisième explication : dans un bassin de vie cohérent comme l'est celui de Saint Sauveur en Puisaye (cohérent car la population réside, travaille, consomme, scolarise dans ce même lieu)(58), les habitants s'attendent logiquement à pouvoir bénéficier de soins sur cette unité géographique qu'est leur territoire. Encore une fois la MdS est un des éléments de réponse et s'inscrit dans un bassin de vie en adéquation avec le fonctionnement des citoyens autochtones.

Pour moduler nos conclusions à propos de la Maison de Santé, il nous aurait été fort utile d'analyser les données issues des passages dans les services d'urgences des CH d'Auxerre et de Cosne-Cours-sur-Loire des habitants du bassin de vie de Saint Sauveur en Puisaye, en les comparant aux chiffres nationaux. Ce nombre de passage aux urgences devra faire l'objet d'une évaluation, tant sur le plan académique afin de mieux comprendre comment optimiser la réponse aux besoins en soins primaires, que sur le plan politique pour mieux guider les décisions d'organisation des soins. Nous abordons ici la notion de responsabilité populationnelle.

Responsabilité populationnelle

La notion de « responsabilité populationnelle » est une notion récente de santé publique qui vise à promouvoir une vision globale de la santé et une action qui va au-delà de l'influence des seuls professionnels de santé. Il s'agit d'une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer à l'amélioration de la santé (au sens large) de la population ; elle nécessite une coordination et une collaboration de l'ensemble des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. En prenant l'exemple de la Maison de Santé de Saint Sauveur en Puisaye, les initiatives locales pour mener des actions de dépistage (BPCO, DMLA, Pass Santé Jeune) nécessitent l'implication d'acteurs comme l'École, les élus locaux, des partenaires privés (fournisseurs de matériel), les pharmacies et laboratoires, tout ceci articulé par des personnels formés. A la Maison de Santé, un poste de cadre à temps plein est chargé de piloter et d'articuler ces différents acteurs.

4. Motifs par groupe de pathologies :

Nous remarquons immédiatement l'importance de la pathologie infectieuse aigue, chez l'enfant comme chez l'adulte. Notre étude s'est étendue du 23 novembre au 30 décembre 2015 et nous tenons à préciser que l'hiver 2015-2016 a débuté relativement tard et que l'épidémie grippale n'avait pas encore affecté la Bourgogne(70) et les régions alentours. Il en est de même pour les virus responsables de gastro-entérites ou de bronchiolites. La DREES avait mené son enquête en octobre 2004, dans des conditions épidémiques virales similaires(69) et ne constitue donc pas un biais.

Visites à domicile

L'une des limites de notre étude est due à l'absence d'informatisation médicale concernant les visites de patients à domicile. Il s'agit principalement de patients âgés et/ou atteints de pathologies chroniques invalidantes vus généralement chez eux. Ces patients représentent 2% de l'ensemble de notre échantillon. Nos données ne sont pas exhaustives et la majorité des visites sont prévues à l'avance et programmées ; elles n'entrent donc pas dans les critères d'inclusion de notre étude. Certains

de ces patients vus en visite à domicile ont déjà consulté sur le site de la Maison de Santé mais tous (y compris ceux qui ne sont vus qu'en visite) ont un dossier médical informatisé (antécédents, courriers des correspondants, biologies...). Pour ces patients, les données médicales des visites restent sur un format « papier » à leur domicile.

Afin d'optimiser leur temps médical, les praticiens effectuent peu de visites et préfèrent recevoir les patients au cabinet ; le cas échéant, ils demandent au patient de s'organiser (avec un membre de la famille, un voisin ou une aide à domicile) pour venir consulter. Les consultations sont donc prévues à l'avance.

Lors d'une demande de soins non programmés des patients vus en visite, il est probable que le motif ne soit pas à classer dans le groupe « sans gravité » mais plutôt dans un groupe aigu (*infectieux ou non-infectieux*).

Mieux connaître les patients âgés et fragiles vus en visite, tel est l'enjeu, un enjeu primordial car le nombre de ce type de patients pourrait augmenter au cours des prochaines années. L'informatique offre des solutions intéressantes avec notamment la technologie des logiciels de dossiers patients qui permet de plus en plus d'intégrer des données de manière délocalisée pour les patients vus en dehors du cabinet.

La société devra réfléchir à la possibilité de maintenir au maximum les patients âgés à leur domicile, en zone rurale et isolée. Cette question de société concerne grandement le médecin de premier recours. La bibliographie dans ce domaine est modeste mais sera à l'avenir plus complète avec l'informatisation délocalisée des dossiers patients. Beaucoup d'éditeurs proposent déjà des solutions soit pour ordinateur portable, soit plus simple sur smartphone ou tablette pour compléter un dossier patient informatisé sur un serveur au cabinet (ou délocalisé). La CNAM-TS dispose de chiffres précis à propos de l'informatisation des cabinets mais pas à propos de la délocalisation de l'accès pour les patients vus en visite.

Non vus, non venus

Quant aux patients repartis sans attendre la consultation, sont-ils allés consulter de leur propre chef aux urgences devant une aggravation ou

sont-ils partis suite à une amélioration ? Ils représentent 2,5% de notre échantillon. Comment mieux connaître les raisons du comportement de cette catégorie de patients ? On aurait pu consulter les listes des personnes consultant aux urgences du CH de proximité afin éventuellement de les retrouver et de mener une étude précise. Encore une fois, le croisement des données issues de la ville et de l'hôpital permettrait de mieux comprendre ces demandes de soins.

Urgences vitales

À propos des urgences vitales, certaines ont été ré-adressées dans un service d'urgence (3 patients) et d'autres ont été gérées au cabinet : il s'agit de crises d'asthme, de douleur thoracique, de décompensation cardiaque, de surdosage en AVK, de maladie thrombo-embolique veineuse ou de syndrome appendiculaire. Les urgences vitales représentent 4% de notre échantillon, soit 14 consultations dont 3 ont été adressées à un Service d'Accueil des Urgences (2 syndromes appendiculaires et 1 douleur thoracique). Les autres urgences vitales ont été prises en charge en ambulatoire avec pour certaines un recours urgent au spécialiste (cardiologue, radiologue, angiologue) ayant nécessité du temps d'organisation. L'existence de réseau informel des professionnels de santé est un élément primordial pour optimiser l'adressage rapide des patients à des confrères(4,40). L'existence de ces filières informelles permet un adressage direct du patient au bon spécialiste ou au bon examen complémentaire en limitant les coûts que peuvent représenter un passage aux urgences et le temps d'attente anxiogène pour le patient. La littérature montre que ces réseaux ambulatoires participent à la bonne appréciation des praticiens par leur patientèle et apportent une meilleure satisfaction personnelle du médecin adresseur(10) (c'est une relation *gagnant-gagnant*); cette bonne articulation entre confrères est le plus souvent basée sur le relationnel et la connaissance préalable du réseau des différents praticiens locaux.

Quant aux thérapeutiques d'urgences réalisées, une étude complémentaire, en reprenant nos données, pourrait être intéressante dans l'optique d'optimiser la trousse d'urgence des médecins. Cette dernière a fait l'objet de nombreux travaux de thèse.

5. Consultations non programmées et IMC de l'enfants

Le reflet de la bonne santé d'un enfant est sa croissance staturo-pondérale que l'on suit sur les courbes de Sempé qui ont été élaborées à partir des mesures de la population française(23). En 1982, les premières courbes de corpulence françaises sont publiées à partir de données prospectives sur plus de 20 ans, suivies par d'autres courbes nationales. En 2000, le CDC (Center for Disease Control) publie sa courbe et l'IOITF (International Obesity Task Force) définit les seuils de surpoids et d'obésité. En 2006 et 2007, l'OMS publie 2 courbes (0 à 5 ans et 5 à 19 ans) issues d'études multicentriques (dans 6 pays des 5 continents)(33). On se rend compte de la difficulté de définir le surpoids et l'obésité car les normes de ces différentes courbes ne sont pas équivalentes. Néanmoins, le suivi de la croissance et de la corpulence des enfants est systématisé par la présence des courbes dans le carnet de santé. Il est par ailleurs recommandé par la Haute Autorité de Santé d'effectuer des mesures au moins 2 à 3 fois par an sur les 3 courbes (poids, taille et corpulence)(5).

Constat national et mondial

Dès 2004, l'OMS a publié une stratégie mondiale en faveur de l'alimentation, de l'exercice physique et de la santé afin de réduire les facteurs de risque de maladies non transmissibles (principalement pathologies cardiovasculaires et diabète(19,22)) qui s'inscrivent dans le cadre de troubles métaboliques qui prennent racine dès l'enfance tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. L'OMS estime que les enfants en surpoids ou obèses courent un risque élevé (80%) de le rester à l'âge adulte et que les conséquences en termes de santé sont en partie liées à l'âge auquel l'obésité est apparue et à la durée d'évolution(24).

En France, la corpulence a fortement augmenté depuis les années 90. Un observatoire de l'obésité publie tous les trois ans un état des lieux (ObEPI)(46). La prévalence de l'obésité est passée de 8,2% en 1997 à

15% en 2012 et atteint plus particulièrement les populations défavorisées et les zones rurales. Les jeunes (18-24 ans) ont enregistré la plus importante progression (+35%) dans l'intervalle 2009-2012. Dès 2001, le ministère de la santé s'est saisi de cette problématique en créant le premier PNNS (Programme National de Nutrition Santé) (2001-2006) dans l'optique de sensibiliser la population ; il a été suivi d'un deuxième PNNS (2006-2010) puis d'un troisième (2011-2015). Des rapports parlementaires(67)(59) se sont penchés sur la question car l'obésité constitue « *une menace pour notre système de protection sociale* ». La Haute Autorité de Santé a publié une recommandation de bonne pratique clinique en 2011 visant à guider les professionnels de santé dans la lutte contre l'obésité infantile.

Situation à Saint Sauveur en Puisaye

Le bassin de vie de Saint Sauveur en Puisaye peut être considéré comme un secteur relativement représentatif des zones à risque de développement de l'obésité de sa population car on y retrouve un certain nombre de critères cités dans les études : territoire rural cohérent selon l'INSEE (c'est-à-dire avec peu d'interactions avec les zones urbaines où l'obésité est moins prévalente), faibles revenus (les plus bas de l'Yonne) et activité professionnelle tournée vers l'artisanat et l'agriculture (avec une prédominance des études courtes).

117 enfants ont été inclus dans cette étude et la répartition de leur indice de corpulence (IMC) est reportée en fonction de leur âge. Une courbe de régression polynomiale (degré 4) permet de dessiner un profil de croissance de l'ensemble de cet échantillon : on note une certaine superposition de la courbe que nous obtenons avec les courbes de Sempé (*annexe 9*).

Notre étude se heurte cependant à quelques limites qui nous empêchent de conclure avec certitude. Tout d'abord le nombre restreint d'observations. Egalement des imprécisions car les mesures ont été relevées par les 4 praticiens sur des appareils différents et non étalonnés. Imprécision aussi de la mesure de l'âge dans le logiciel de gestion de données (Excel), mesure qui a été calculée entre la date de naissance et la date de consultation mais dont le résultat est un nombre entier. Enfin,

des enfants avaient consulté une seule fois à la Maison de Santé et n'ont pas bénéficié de mesures régulières, d'où un certain nombre de données manquantes ou partielles (la taille n'étant pas actualisée aussi fréquemment que le poids dans nos observations).

Pourquoi ne pas inciter les parents à remplir les courbes de corpulence ? Cela permettrait de les impliquer et de les intéresser de plus près à la croissance de leur enfant. Un sujet prospectif d'étude comparative serait à mener pour mesurer l'impact de cette idée.

Un certain nombre de valeurs extrêmes de corpulence à tout âge nous alerte. La dispersion des valeurs et le faible nombre de grands enfants limitent la portée de nos conclusions. En superposant les courbes, on remarque un rebond adipeux non plus précoce mais plus marqué. Cette observation est probablement liée aux différents biais (données manquantes, âge en chiffre entier, faible nombre de patients inclus) que nous avons évoqués plus haut. Une étude serait assez simple à mener sur l'ensemble des enfants du bassin de vie de Saint Sauveur en Puisaye en appariant avec des groupes d'enfants issus d'autres bassins de vie.

Médecine scolaire

Pour les enfants qui ne sont que très peu vus en consultation auprès d'un généraliste, la médecine scolaire a, parmi ses missions, le suivi des mensurations des élèves. Les derniers chiffres(59) indiquent que 65,2% des élèves de la tranche d'âge CM2 ont bénéficié d'un bilan de santé en 2009 et ce chiffre est en diminution(68). Nous ne pouvons que regretter cette baisse car la médecine scolaire permet de dépister un certain nombre de pathologies chez les enfants qui ne sont pas suivis par un médecin généraliste. Les pathologies dépistées par les médecins scolaires sont par ordre décroissant les atteintes de l'acuité visuelle (29%) et de l'acuité auditive (15%) puis l'obésité (13%). La publication de la DGESCO(68) (Direction Générale de l'Enseignement Scolaire) de 2008-2009 recense un taux d'obésité qui reste stable au niveau national chez les élèves de CM2 par rapport à 2002 (18,9% d'élèves en surcharge pondérale et 4,0% en obésité selon les critères IOTF)(71) mais une répartition très inégale selon l'origine sociale avec une prévalence 8 fois

plus grande pour le surpoids et 10 fois plus grande chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadre pour l'obésité(2).

6. IMC et nombre de consultations dans l'année de l'enfant

Cette donnée est probablement la plus intéressante de notre étude. Les IMC des enfants ont été reportés sur un graphique en fonction du nombre de consultations dans les 12 derniers mois glissants. La courbe de régression polynomiale de 2^e degré nous fait remarquer que les enfants dont l'IMC est compris entre 19 et 25 kg/m² (norme grossière théorique d'IMC) bénéficient de plus de consultation au cours des 12 derniers mois que les enfants dont l'IMC n'est pas dans ces bornes.

Bien sûr, le premier biais à évoquer est que la normalité de l'indice de corpulence chez l'enfant varie en fonction de son âge(23). Cependant un IMC n'est pas considéré comme normal lorsqu'il dépasse 25 kg/m², à tout âge et est à considérer comme surpoids (selon la norme française). L'indice de corrélation de Spearman nous démontre que ce lien est significatif (p=0,019).

Le deuxième biais découle du faible nombre d'enfants inclus dans l'étude (117) ce qui limite la puissance du test. Néanmoins ce résultat significatif doit être pris en compte et confirmé par des études plus larges en observant par classe d'âge similaires. De nombreuses études se penchent sur le rôle du praticien de premier recours et mettent en évidence les difficultés des médecins généralistes face à la prise en charge de l'obésité(6,38,65). Un des éléments clés selon nos résultats serait une mesure systématique morphologique systématique et régulière ; impliquer l'enfant et ses parents(33,34,63) dans la compréhension des courbes de corpulence et voir l'enfant régulièrement permet-il de prévenir et de prendre en charge le surpoids et l'obésité ? C'est ce que pense le comité d'expert de la HAS (Haute Autorité de Santé) dans ses recommandations de 2011(5) sur le dépistage et la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent qui préconise, entre autres, que la mesure de la corpulence soit faite 2 à 3 fois par an (Accord d'expert).

Réseau local obésité

Globalement, toutes les études montrent que le généraliste se sent concerné par la problématique de l'obésité mais qu'il se sent vite démuni et isolé(6,38). Son sentiment va aussi dans le sens d'une prise en charge globale de l'enfant dans son environnement familial, social, scolaire, donc affecte en premier lieu ses parents Il est évident qu'un médecin seul ne peut avoir qu'un impact limité chez des enfants bénéficiant d'un environnement défavorable autour de lui. Dans quelques régions, les URML ont commencé à mettre en place des filières ambulatoires de prise en charge pour permettre un adressage protocolisé et une aide pour le praticien de premier recours. En Bourgogne, ce réseau est en cours de création mais fonctionne déjà en Franche-Comté. Pour être opérationnel, ce réseau repose sur un échelon local avec des acteurs de premier et de second recours avec des coordonnateurs locaux et régionaux. Pourquoi ne pas articuler un réseau local autour de maison de santé où pourraient intervenir ponctuellement des professionnels issus de centres locaux ou régionaux ?

Place du généraliste

Nous touchons ici du doigt la mission de dépistage du médecin généraliste et son intérêt pour la problématique de gestion pondérale qu'il est probablement seul à pouvoir suivre(36). Le médecin traitant est l'unique professionnel de santé qui rencontre l'enfant régulièrement et qui veille alors sur la dynamique de la courbe de corpulence au fur et à mesure de la croissance de l'enfant. Il est le premier maillon indispensable d'une chaîne de prise en charge spécialisée (ou non) des troubles pondéraux. A contrario, le médecin scolaire ne voit l'enfant qu'une seule fois et n'a pas le recul nécessaire pour orienter vers la prise en charge la plus adaptée. Le rôle et la place du médecin de soins primaires sont illustrés par notre graphique qui nous démontre qu'un enfant qui est vu plus fréquemment par son médecin a une meilleure gestion pondérale qu'un enfant qui est vu moins fréquemment.

7. IMC de l'adulte

Les données illustrées sur les graphiques ne sont pas formellement aussi intéressantes que chez l'enfant. Elles sont aussi issues d'un constat figé et ne nous renseignent pas sur la dynamique de gestion pondérale. Nous aurions aisément pu faire une étude longitudinale rétrospective car les poids des patients sont archivés dans les logiciels de dossier patient mais ce n'était pas l'objet de notre étude.

La moyenne de l'IMC est supérieure à 25

Les informations fournies par le graphique de répartition des IMC en fonction de l'âge du patient sont tout de même pertinentes. La moyenne des IMC est supérieure à 25 kg/m² et la courbe de régression linéaire aussi : globalement les patients vus dans le cadre de consultation non programmée souffrent d'un surpoids. Le rapport d'information 1131 de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale(67) estimait en 2009 qu'un adulte sur deux était en surpoids et que l'obésité devait être inscrite comme grande cause nationale, à l'instar du cancer, du SIDA ou de la maladie d'Alzheimer. Nos données vont dans ce sens statistique. Les deux premiers Programmes Nationaux de Nutrition Santé n'ont pas eu d'effet statistique sur les chiffres de l'obésité(39) mais les derniers chiffres de 2012 montrent un ralentissement net de la progression et peut nous laisser espérer une inversion de la courbe d'ici peu ? Selon le Professeur Degos, président de la HAS 2005-2010 (Haute Autorité de Santé), « *seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale* »

La dispersion des valeurs sur le graphique est intéressante avec un maxima pour la tranche 36-54 ans c'est à dire les âges où les patients n'ont pas encore développé de pathologie chronique mais sont en passe de souffrir des complications de l'obésité. Notre système de Protection Sociale est bien informée de ces chiffres(39) et prend des décisions pour

tenter de limiter ses pertes notamment en ajoutant des critères restrictifs pour les ALD et que les patients soient inscrits plus tardivement lors de l'évolution de leur pathologie chronique. Cette observation est néanmoins à moduler suivant l'ALD et il semblerait que cette tendance s'inverse depuis peu, dans une optique de prévention secondaire.

Pour affiner notre analyse selon des tranches d'âges, nous avons opté pour les quartiles des âges (entre 18 et 94 ans) ce qui nous donne 4 groupes d'âge avec un intervalle de 18 ans.

Des adultes jeunes qui prennent du poids

La tranche d'âge des jeunes adultes 18-36 ans présente des données difficiles d'interprétation car nous avons relativement peu de patients et des valeurs extrêmes d'IMC sont observées (43,8, 43,9 et 52 kg/m²). Ces valeurs extrêmes marquent finalement la tendance des enfants obèses qui le sont restés à l'âge adulte(31,65). La courbe de régression linéaire est influencée par ces 3 valeurs extrêmes et est décroissante. Si l'on exclue ces 3 valeurs, la courbe marque une croissance, qui se poursuit sur la courbe du graphique des 36-54 ans où elle part de 25 kg/m² pour se terminer à 33 kg/m².

Cette catégorie de jeunes adultes doit être la cible privilégiée des actions de prévention de l'obésité car la prise de poids, selon nos courbes, s'opère progressivement dans les âges actifs de la vie. Les patients des deux premières tranches d'âge étant également parents, il nous paraît important s'agir sur eux afin qu'ils puissent sensibiliser leurs enfants. On sait que l'obésité est très souvent une pathologie « transmissible », phénomène aggravé par l'appartenance à certaines catégories socio-professionnelles(51,68). Selon les études ENNS (Enquête Nationale de Nutrition Santé 2006 et ObEPI), les femmes semblent plus touchées que les hommes par l'obésité (mais moins par le surpoids), avec cependant une plus forte progression entre 1997 et 2012. Les inégalités persistantes de répartition des tâches ménagères et le rôle prépondérant laissé aux femmes dans la préparation des repas est une explication de cette « transmissibilité » aux enfants du risque d'obésité. ObEPI nous démontre que l'obésité infantile est moins marquée lorsque la mère a suivi des études plus longues alors que la longueur des études du père n'aurait pas

d'influence. On constate un phénomène équivalent dans les campagnes de sensibilisation aux pathologies transmissibles (type HIV), aux risques agricoles (famines) ou à la pollution des eaux dans les Pays en Voie de Développement : pour avoir plus d'impact, ces campagnes ciblent avant tout les femmes.

Nous n'avons pas réalisé de statistiques comparatives entre les IMC des hommes et des femmes car tel n'était pas notre sujet principal mais tout nous laisse à penser que nous devrions retrouver des statistiques semblables aux données nationales avec une prise de poids plus rapide chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.

Une autre étude intéressante consisterait à analyser rétrospectivement l'évolution des mensurations et de la corpulence des patients et à dresser des courbes comparatives entre les sexes afin de tenter de mettre en évidence les facteurs qui peuvent influencer cette prise de poids plus marquée chez les jeunes femmes(21,64). Cette tendance retrouvée sur la dernière publication de ObEPI en 2012 ne s'appuie pas sur une étude analytique et demande approfondissement. Les études en soins primaires sont les seules qui permettraient une approche analytique globale de ce phénomène.

Une stagnation chez les adultes plus âgés

Chez les patients les plus âgés (plus de 72 ans), la moyenne de l'IMC est la plus faible et la courbe de régression linéaire marque une diminution avec l'avancée en âge (de 29 à 72 ans à 27,5 à 95 ans) : les patients âgés avec un IMC dans la norme bénéficient-ils d'une espérance de vie plus longue que les patients en surpoids ?

Cette observation est à prendre avec précaution ; en effet, les patients de 72-95 ans sont issus de générations qui n'ont pas été touchées par l'épidémie d'obésité qui a débuté en Europe à la fin des années 90. Il s'agit même de citoyens qui ont connu la période difficile de l'après-guerre où les français ont souffert de carences nutritionnelles (1945-1955). Nos données offrent une vue à un moment précis ; une rétrospective longitudinale de la variation des poids de ces patients serait intéressante, mais difficile à mener car le recueil informatisé des données

n'existait pas il y a une trentaine d'années et les médecins exerçant à cette époque n'exercent pratiquement plus.

Nous aurions pu dresser une régression linéaire en fonction de quartiles du nombre des IMC et nous aurions obtenu une répartition selon les âges suivants : 18-45 ans, 46-59 ans, 60-70 ans et 71-95 ans. Les graphiques sont représentés en annexe. Les courbes de régression linéaires ne nous fournissent pas d'information supplémentaire par rapport à une courbe globale (avec tous les âges représentés). La moyenne de l'IMC en fonction de l'âge reste stable dans chacun des quartiles et se maintient au-dessus de la limite de 25 kg/m^2 dans chacun des âges.

8. IMC et nombre de consultations dans l'année de l'adulte

Comparativement à celui des enfants, le graphique répartissant le nombre de consultations d'adultes au cours des 12 derniers mois glissants en fonction de l'IMC du patient nous donne des informations différentes.

Comme nous avons pu l'observer dans le chapitre précédent, les variations de l'IMC selon l'âge dépendent de la tranche d'âge sur laquelle nous focalisons l'étude statistique. La courbe globale de répartition des IMC selon l'âge des patients n'est que peu informative alors qu'un découpage par tranches d'âge nous permet d'affiner les tendances (de prise de poids puis de stagnation). Nous pensons ici qu'il s'agit du même problème et que nous devrions découper cette analyse selon les mêmes âges. Le manque de puissance du test ne nous permet cependant pas d'apporter des réponses concrètes à une analyse découpée par tranches d'âge à propos de ces données. Nous pensons notamment aux tranches d'âges les plus jeunes - 18-36 ans et 36-54 ans chez qui l'on retrouvait une augmentation de l'IMC avec l'avancement de l'âge – que cette information serait particulièrement pertinente pour mieux comprendre le comportement des patients aux âges où ils sont susceptibles d'être exposés au surpoids ou à l'obésité. Chez les enfants, un lien statistique de notre étude va dans le sens où plus un enfant est vu fréquemment par son médecin, moins il présente un risque d'être en surpoids. Pourquoi cette observation ne pourrait-elle pas se retrouver chez les jeunes

adultes ? Des études simples sont réalisables et doivent être faites en ce sens(30).

9. IMC des Groupes de pathologies, en fonction d'une ALD

Globalement, l'IMC moyen des patients en ALD est de 28,88 et de 25,26 kg/m² chez les patients non-en-ALD, mais cette différence n'est pas significative. Pour des raisons statistiques (test de Mann et Whitney et test Chi-2), nous avons, pour l'analyse globale, regroupé les classes *Psychiatrie*, *Dermato-Allergo* et *Urgence vitale* en une seule catégorie car les effectifs attendus étaient inférieurs à 5 dans ces 3 catégories de motifs (ce qui nous empêchait de mener les tests statistiques). Selon les *Groupes Motifs*, l'analyse individualisée nous permet de conclure que l'IMC est statistiquement plus grand chez les patients en ALD pour les Groupes Motifs *infectieux aigu*, *pédia* et pour *pathologie aiguë non infectieuse* (p respectivement inférieur à 0,001 et égal à 0,01).

L'étude dans le groupe *infectieux aigu* a été faite en retirant les enfants de la comparaison car ils auraient induit un important biais de sélection.

Dans le groupe *Dermato-Allergo*, la différence des moyennes des patients selon qu'ils soient en *ALD* ou *non-en-ALD* marque une tendance nettement significative. L'IMC moyen des patients en ALD est de 30,56 kg/m² et celui des patients *non-en-ALD* est de 22,94 kg/m² avec p=0,05. Un facteur limitant la pertinence de notre test est que l'échantillon est représenté par un faible nombre de patients dans le groupe ALD et ces données doivent donc être confirmées par d'autres études.

Dans le groupe *Traumato*, la différence des moyennes des IMC selon l'existence d'une ALD ou non marque aussi une tendance à prendre en compte. L'IMC moyen des patients ALD est de 29,40 et 22,77 kg/m² chez les non-en-ALD. P=0,089. Il est tout à fait plausible médicalement qu'un patient diabétique souffre à la fois de surpoids (dans le cadre d'un syndrome métabolique accompagnant son diabète) et d'une neuropathie diabétique des membres inférieurs qui peut expliquer un plus grand nombre de traumatismes chez ces patients par défaut proprioceptif. Ce

facteur de confusion doit être éclairé par des études comparatives en appariant les patients en fonction du stade de leur diabète et de leur IMC pour conclure plus précisément. Cette observation est assez simple à mener finalement et un recueil pourrait être fait en ce sens tant en soins primaires qu'en services d'urgence.

Selon le rapport d'information 1131 de l'Assemblée Nationale, il est établi que les dépenses de santé des patients en ALD représentent globalement 60% des dépenses de l'assurance maladie (CNAM-TS) et que la progression du volume des patients inscrits en ALD (+4% par an en 2007 soit 320.000 patients) concorde avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité (+3 à +4% par an pour 2007 soit entre 230 et 400.000 patients). Dans le même ordre d'idée, en 2002 un patient obèse avait une consommation moyenne de soins et de biens médicaux deux fois supérieure à celle d'un individu de poids normal (2500 contre 1263 € par an).

On comprend aisément le défi lancé à notre société et à son système de protection sociale par l'obésité et, dans une plus grande mesure encore, par le surpoids.

Nous stopperons ici l'état des lieux plutôt alarmant de l'obésité au niveau national car ce n'est pas l'objet premier de notre étude ici, mais l'intérêt de comprendre l'enjeu nous motive à réaliser plus d'études en milieu ambulatoire et en soins primaires pour mieux cerner les patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de les cibler dès le plus jeune âge. Les moyens de dépistage les plus fiables pour l'instant sont la courbe de corpulence présente dans tous les carnets de santé et la visite régulière chez le médecin traitant seul praticien susceptible de prendre en charge l'enfant dans sa globalité et dans la durée.

10. *IMC des Groupes de pathologies en fonction d'une CMU*

Selon les études de référence, l'épidémie d'obésité affecte particulièrement les populations défavorisées, les habitants des zones

rurales, avec un gradient nord-sud et est-ouest (plus importante au nord et à l'est de la France). Saint Sauveur en Puisaye répondant à ces critères géographiques et démographiques, nous aurions pu nous attendre à des résultats statistiques équivalents. Bien au contraire, l'IMC moyen des patients en CMU de SSP était de 22,72 kg/m² contre 26,11 kg/m² (tous motifs confondus) avec $p=0,075$, non significatif (mais marque tout de même une tendance à prendre en compte). Même observation dans les groupes « motif *infectieux aigu, pédiatrie* » avec une moyenne des IMC de 18,56 kg/m² pour les patients CMU contre 22,56 kg/m² pour les non-CMU avec $p=0,06$.

Ces données, inverses des références de la littérature, sont surprenantes... Nos conclusions doivent rester prudentes car le faible nombre de patients CMU inclus dans notre étude (26) semble limiter la pertinence de nos résultats. Un appariement des données pourrait probablement donner des chiffres qui pourraient infirmer nos observations.

Consultations d'urgence en médecine générale : spécificités des besoins en zone rurale et morbidité morphologique

CONCLUSIONS

En nous penchant sur l'exemple de la Maison de Santé de Puisaye-Forterre, nous avons soulevé une double problématique. La première, très actuelle, d'accès aux soins notamment urgents dans une zone rurale souffrant d'une démographie médicale insuffisante mais regroupée et organisée au sein d'une structure commune d'exercice très en vogue, la maison de santé. La deuxième problématique soulevée est celle de l'inégalité des territoires ruraux à propos de l'épidémie d'obésité qui affecte particulièrement nos campagnes et les populations aux revenus les plus faibles. Saint Sauveur en Puisaye présente ces deux caractéristiques.

Sur la problématique d'accès aux soins, nous avons pu démontrer que les 4 praticiens, quoique isolés, assuraient, en nombre de consultations, un plus grand nombre de consultations non programmées que leurs collègues au niveau national. Par contre, notre étude a montré que les motifs de prise en charge, lors de consultations non programmées, sont strictement équivalents à ceux relevés par la grande étude de la DREES. En conséquence et puisque la répartition selon les motifs des consultations reste la même, la spécificité des zones rurales isolées est donc une plus grande demande de soins non programmés en quantité (18,22% contre 12% au niveau national). Les praticiens exerçant en zone rurale doivent donc faire preuve d'une plus grande souplesse dans l'organisation pratique de leurs journées.

Un nombre important de patients parcourt une certaine distance pour consulter à la Maison de Santé, alors qu'ils sont domiciliés plus près

d'autres cabinets de MG, voire de services d'urgence. De par sa structure, la Maison de Santé apporte une réponse plus souple aux besoins exprimés de soins urgents de la population, par rapport au même nombre de praticiens exerçant isolément. La Maison de Santé, en permettant de mutualiser les plages libres et d'optimiser le temps médical, peut être considérée comme une réponse à la pénurie de MG. Cette observation reste néanmoins à démontrer par une étude multicentrique et comparative.

Concernant la deuxième problématique, Saint Sauveur en Puisaye n'échappe pas aux observations françaises et internationales : l'IMC de ses habitants y est élevé, quel que soit l'âge, mais affecte particulièrement les jeunes et les actifs.

Quant à la morbidité morphologique, nous avons vu que l'indice de masse corporelle élevé était clairement lié à l'existence d'une pathologie chronique. Nous pouvons donc considérer cet indice comme un marqueur pertinent du risque de développement de pathologies chroniques. Cette analyse, selon les motifs de consultation, donne des résultats significatifs pour la majorité des recours (*Infectiologie aigue, Affection aigue non infectieuse*) ; on note également une tendance claire en *Dermatologie* et même en *Traumatologie*, ce qui peut paraître surprenant. En effet, on peut penser que la traumatologie étant liée au hasard, à la malchance, à l'accident, à la faute d'inattention, il n'y a aucune raison scientifique de penser qu'un IMC plus grand serait facteur de malchance ! Ces données doivent être complétées par d'autres recherches étiologiques et analytiques afin d'y apporter des explications plus précises.

A propos des données sociales, bien que, dans ce canton, le revenu par habitant soit inférieur à celui des cantons voisins, on observe malgré tout un petit nombre de patients couverts par la CMU, petit nombre qui limite la pertinence de nos conclusions. Nos observations (toutes relatives donc) montrent que les patients CMU ont un indice de masse corporelle plus faible que la moyenne ; cette tendance, très surprenante car en contradiction avec les résultats habituellement observés (et repris dans les publications spécialisées), mérite d'être prise en compte et analysée au travers d'études complémentaires.

Pour les enfants, une fréquence plus élevée de consultations est significativement concomitante avec un IMC moins grand. Nous pouvons

conclure que les enfants qui voient plus souvent un médecin souffrent moins de surpoids que ceux qui sont vus moins fréquemment. Le fait de consulter fréquemment un médecin peut donc être considéré comme un marqueur de risque négatif d'obésité pour les enfants.

Chez l'adulte, la prise de poids semble s'opérer à partir de la 2^e partie de la trentaine pour demeurer stable ensuite. Cette tendance non significative est à confirmer avec une étude de cohorte.

L'objectif principal de cette étude était de vérifier si les besoins de soins non programmés des citoyens de zones rurales étaient similaires à ceux de leurs concitoyens urbains : c'est le cas sur le plan qualitatif mais pas sur le plan quantitatif où les ruraux ont davantage besoin de soins non programmés.

L'objectif secondaire était de se pencher sur le lien entre l'obésité et l'existence d'une pathologie chronique et de voir si l'IMC pouvait être appréhendé comme un marqueur de risque pour ces pathologies. Nous avons démontré, avec des chiffres significatifs et des tendances claires, que les patients en ALD (tous motifs confondus) étaient plus corpulents pour un même motif de consultation que les autres et que l'IMC était bien un marqueur pertinent...

Le Président du jury,

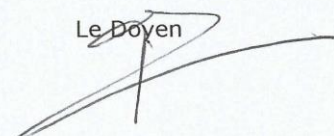


Pr. J.-M. CASILLAS-GIL

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 9 JUIN 2016

Le Doyen



Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et Trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes Résultats. 2003 Jan;(215).
2. obepi_2012.pdf [Internet]. [cited 2016 May 27]. Available from: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
3. Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgence, enquête auprès de patients d'une maison de santé [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université de Droit et de la Santé Lille 2; 2014.
4. Dupin M. Coordination des soins en urgence. Le point de vue des généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Saint Etienne; 2010 [cited 2016 May 27]. Available from: <http://theseimg.fr/1/node/178>
5. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 Sep [cited 2016 Jun 26] p. 44. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf
6. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cah Nutr Diététique. 2015 Jun;50(3):142–9.
7. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. DREES Études Résultats [Internet]. 2006 Mar [cited 2016 Feb 15];(471). Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
8. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. DREES Études Résultats [Internet]. 2007 Nov [cited 2016 Feb 15];(607). Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf>
9. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. DREES Études Résultats [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 15];(625). Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>

10. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2010 [cited 2016 Feb 15]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_SANDER_CAROLINE.pdf
11. Gouyon M. Les urgences en médecine générale [Internet]. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2006 Apr [cited 2016 Feb 18]. Report No.: 94. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
12. Gouyon M. Typologie des actes URGENTS en Médecine Générale. Prof Santé Leurs Prat. 2006;(1):61–7.
13. Nombre de fonctions médicales et paramédicales en 2014. INSEE; 2014. (Base permanente des équipements).
14. Part de population du canton Portes de Puisaye. INSEE; 2012.
15. Honold E. Étude d'impact des maisons de santé pluridisciplinaires sur l'accès aux soins en médecine générale à travers l'expérience de la maison de santé de Coulombs [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Tours; 2013.
16. Territoires de santé Bourgogne Sud Yonne [Internet]. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation; 2016 [cited 2016 Feb 18]. Available from: <http://carto-ets.atih.sante.fr/pdf/tmp/72593.pdf>
17. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille; 2015 Jul [cited 2016 Mar 15] p. 29. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
18. Hubert É. Rapport de la mission de concertation sur la médecine de proximité [Internet]. Présidence de la République; 2010 Nov [cited 2016 Mar 15] p. 183. (Mission de concertation sur la médecine de proximité). Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622.pdf>
19. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ*. 2016 May 4;353:i2156.

20. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ*. 2016 May 4;353:i2156.
21. Song M, Hu FB, Wu K, Must A, Chan AT, Willett WC, et al. Trajectory of body shape in early and middle life and all cause and cause specific mortality: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. 2016 May 4;353:i2195.
22. Kroenke CH, Neugebauer R, Meyerhardt J, et al. Analysis of body mass index and mortality in patients with colorectal cancer using causal diagrams. *JAMA Oncol* [Internet]. 2016 May 19 [cited 2016 May 25]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0732>
23. Rolland-Cachera M-F. Définitions actuelles de l'obésité de l'enfant. *Sang Thromb Vaiss*. 2004 Apr 1;16(4):187–92.
24. Afzal S, Tybjaerg-Hansen A, Jensen GB, Nordestgaard BG. Change in body mass index associated with lowest mortality in denmark, 1976-2013. *JAMA*. 2016 May 10;315(18):1989–96.
25. Valls M. Discours du Premier ministre - Comité interministériel aux ruralités [Internet]. *Gouvernement.fr*. 2016 [cited 2016 May 25]. Available from: <http://www.gouvernement.fr/partage/7162-discours-du-premier-ministre-comite-interministeriel-aux-ruralites>
26. Touraine M. Pacte territoire santé 1 [Internet]. *Mnistère des Affaires Sociales et de la Santé*; 2012 [cited 2016 May 25]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
27. Touraine M. Pacte territoire santé 2 [Internet]. *Mnistère des Affaires Sociales et de la Santé*; 2015 [cited 2016 May 25]. Available from: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
28. Pennognon L, Tron I. Les urgences en médecine générale en bretagne [Internet]. *Observatoire Régional de la Santé Bretagne*; 2007 Mar p. 8. (Enquête Urgences en ville). Available from: <http://www.orsbretagne.fr>
29. Bonnet C, Brion D, Lemery B. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : Résultats en Bourgogne [Internet]. *Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales*; 2006 Jun [cited 2016 May 25]. (Bulletin d'information statistique). Available

from: <http://episante-bourgogne.org/recherche-thematique/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale-resultats-en>

30. Grzyb-Gervot C. Evaluation de la surveillance staturo-pondérale par les médecins au cours de la deuxième enfance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2005.
31. Bovet P, Chiolerio A, Paccaud F. Surpoids chez les enfants et les adolescents : épidémiologie et prévention. *Rev Médicale Suisse*. 2008 Dec 3;4(148):650–6.
32. Barlow SE, Dietz WH. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics*. 1998 Sep 1;102(3):e29–e29.
33. Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K. Recommendations for Prevention of Childhood Obesity. *Pediatrics*. 2007 Dec 1;120(Supplement 4):S229–53.
34. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and Interventions for Childhood Overweight: A Summary of Evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005 Jul 1;116(1):e125–44.
35. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Obésité de l'adulte. L'approche complexe et difficile d'une véritable « épidémie ». *Médecine*. 2008 Feb 1;4(2):67–71.
36. Tounian P. Une prévention efficace de l'obésité de l'enfant est-elle réalisable ? *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2007 Nov 1;10(6):385–9.
37. Helfenstein M, Conard P, Guéguen R, Aubry C, Henny J, Ziegler O. Évolution décennale de l'obésité de l'enfant (1991-2000): Étude de 59 709 enfants dans les centres de médecine préventive de trois départements lorrains. *Obésité*. 2006 Dec;1(2-4):44–50.
38. Ducos G, Bastet M, Pétregne F. Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. *Médecine*. 2010 Mar 1;6(3):131–4.
39. Plan Obesite 2010-2013 [Internet]. Mission Interministérielle; 2010 [cited 2016 May 27]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
40. Gayraud C. Evaluation de la gravité et orientation d'un patient vers un service d'accueil des urgences par le médecin généraliste exerçant en zone blanche [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cited 2016 May 27]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/882/>

41. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2012 [cited 2016 May 27]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075/document>
42. Pince C. Place du Médecin Généraliste dans l'aide médicale d'urgence en zone éloignée de SMUR. Etude quantitative dans la région Midi-Pyrénées. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.
43. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 Sep [cited 2016 May 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
44. Obésité des enfants et des adolescents - recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 Sep [cited 2016 May 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf
45. OMS | Obésité [Internet]. WHO. [cited 2016 May 27]. Available from: <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>
46. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE; 2012 [cited 2016 May 27] p. 60. Report No.: 6/6. Available from: <https://sftp.rch.cm/france/fr/03-10-12/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>
47. Accouchement sur une autoroute: le débat sur les déserts médicaux relancé [Internet]. Libération.fr. 2012 [cited 2016 Jun 7]. Available from: http://www.liberation.fr/societe/2012/10/20/une-mere-perd-son-bebe-en-accouchant-sur-l-autoroute_854662
48. Lutfiyya MN, Lipsky MS, Wisdom-Behounek J, Inpanbutr-Martinkus M. Is Rural Residency a Risk Factor for Overweight and Obesity for U.S. Children? Obesity. 2007 Sep 1;15(9):2348–56.
49. Bruner MW, Lawson J, Pickett W, Boyce W, Janssen I. Rural Canadian adolescents are more likely to be obese compared with urban adolescents. Int J Pediatr Obes. 2008 Jan 1;3(4):205–11.
50. Davis AM, Bennett KJ, Befort C, Nollen N. Obesity and Related Health Behaviors Among Urban and Rural Children in the United States: Data from the National Health

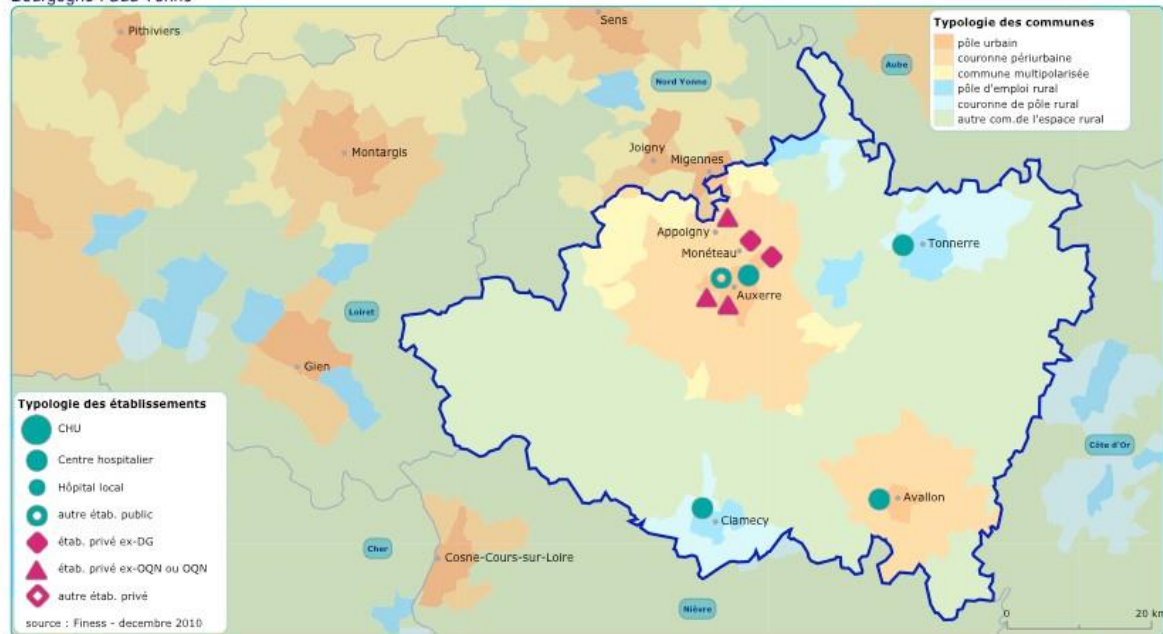
- and Nutrition Examination Survey 2003–2004 and 2005–2006. *J Pediatr Psychol*. 2011 Jan 11;jsq117.
51. Charles MA. Épidémiologie de l'obésité infantile : le passé, le présent, l'avenir. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2007 Nov 1;10(6):360–4.
 52. Charles M-A. Épidémiologie de l'obésité infantile en France et dans le monde. *Obésité*. 2006 Dec;1(2-4):58–61.
 53. lefigaro.fr. Elle perd son enfant en accouchant sur l'autoroute. *Le Figaro*. 2012 Oct 20;
 54. Hollande F. François Hollande inscrit l'organisation des services d'urgences dans le cadre des futurs GHT. In Paris; 2016 [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58462-francois-hollande-inscrit-l-organisation-des-services-d-urgence-dans-le-cadre-des-futurs-ght>
 55. Lecrenais C. Dans l'Yonne, les actes de la vie quotidienne dessinent 17 territoires. *Bourgogne Dimens*. 2013 Mar;184:1–4.
 56. Brutel C, Levy D. Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012 - Trois quarts des bassins de vie sont ruraux. *INSEE Prem* [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Jun 7];1425. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1425
 57. Pacte Territoire Santé en Bourgogne [Internet]. ARS Bourgogne Franche Comté; 2013 Mar [cited 2016 Jun 7]. Available from: http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/ACTUALITES/Espace_Presse/Pacte_territoire_sante_DP_Bourgognex.pdf
 58. Dussol AM, Hilal M. 74 bassins de vie en Bourgogne : une vision organisée du rural. *Bourgogne Dimens* [Internet]. 2007 Mar [cited 2016 Jun 7];139. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=22&ref_id=11157
 59. Gaudron G, Pinville M. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire [Internet]. Assemblée Nationale; 2011 Nov [cited 2016 Jun 16] p. 362. Report No.: 3968. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>
 60. Sevrin Y. Motivations des médecins généralistes de Haute Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. [Internet]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2010 [cited 2016 May 27]. Available from: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/These_Severin_Yveline.pdf

61. Brus A. Les relations entre réception des recommandations PNNS dans une population rurale française et prévalences réelles du surpoids et de l'obésité. - Texte - Le mangeur Ocha [Internet]. Observatoire Cniel des Habitudes Alimentaires; 2011 Aug [cited 2016 Jun 16]. Available from: <http://www.lemangeur-ocha.com/texte/les-relations-entre-reception-des-recommandations-pnns-dans-une-population-rurale-francaise-et-prevalences-reelles-du-surpoids-et-de-lobesite/>
62. Brus A, Hauspie R, Panuel M, Boëtsch G. Analyse auxologique de données longitudinales féminines (Châteauponsac, Limousin, France). *Anthropo*. 2006;11:177–87.
63. RABUT O. Surpoids et obésité à 4 ans et précarité des parents (état des lieux en Haute-Saône). Université de Franche-Comté; 2011.
64. Charles M-A, Eschwege A, Basdevant A. Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France Les études Obépi 1997–2006. *Obésité*. 2008 Dec 17;3(4):252–63.
65. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Le Goazlou MF, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. *Exercer*. 2008;19(84):135–41.
66. Audoin-Pouveau A. Accès aux soins urgents en Bourgogne. *ARS Bourgogne*; 2012 juin p. 4. (Étude et Statistiques).
67. Boyer V. Conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prévention de l'obésité [Internet]. Assemblée Nationale; 2008 Sep [cited 2016 Jun 18] p. 244. (Commission des affaires culturelles, familiales et sociales). Report No.: 1131. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp>
68. Chardon O, Guignon N, Guthmann J-P, Fonteneau L, Delmas M-C. Santé des élèves de CM2 en 2007 2008. Une situation contrastée selon l'origine sociale [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique; 2013 Sep [cited 2016 Jun 16] p. 6. (Étude et Résultats). Report No.: 853. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er853.pdf>
69. Vaux S, Bonmarin I, Lévy-Bruhl D. La surveillance épidémiologique de la grippe en France : renforcement des systèmes de surveillance. Bilan de la saison grippale 2004-2005 [Internet]. Institut National de Veille Sanitaire; 2005 Dec [cited 2016 Jun 23] p. 42. (Département des Maladies Infectieuses). Available from: http://www.invs.sante.fr/publications/2005/grippe_2004_2005/

70. Bourdillon F. Surveillance sanitaire en région Bourgogne et Franche-Comté [Internet]. Cellule Inter Régionale d'Épidémiologie Bourgogne Franche Comté; 2016 Apr [cited 2016 Jun 23] p. 10. (le point épidémio). Report No.: 14. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Bourgogne-Franche-Comte/2016/Surveillance-sanitaire-en-region-Bourgogne-et-Franche-Comte.-Point-au-7-avril-2016>
71. Chardon O, Guignon N, Guthmann J-P, Fonteneau L, Delmas M-C. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique; 2014 Feb [cited 2016 Jun 16] p. 6. (Étude et Résultats). Report No.: 865. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er865.pdf>

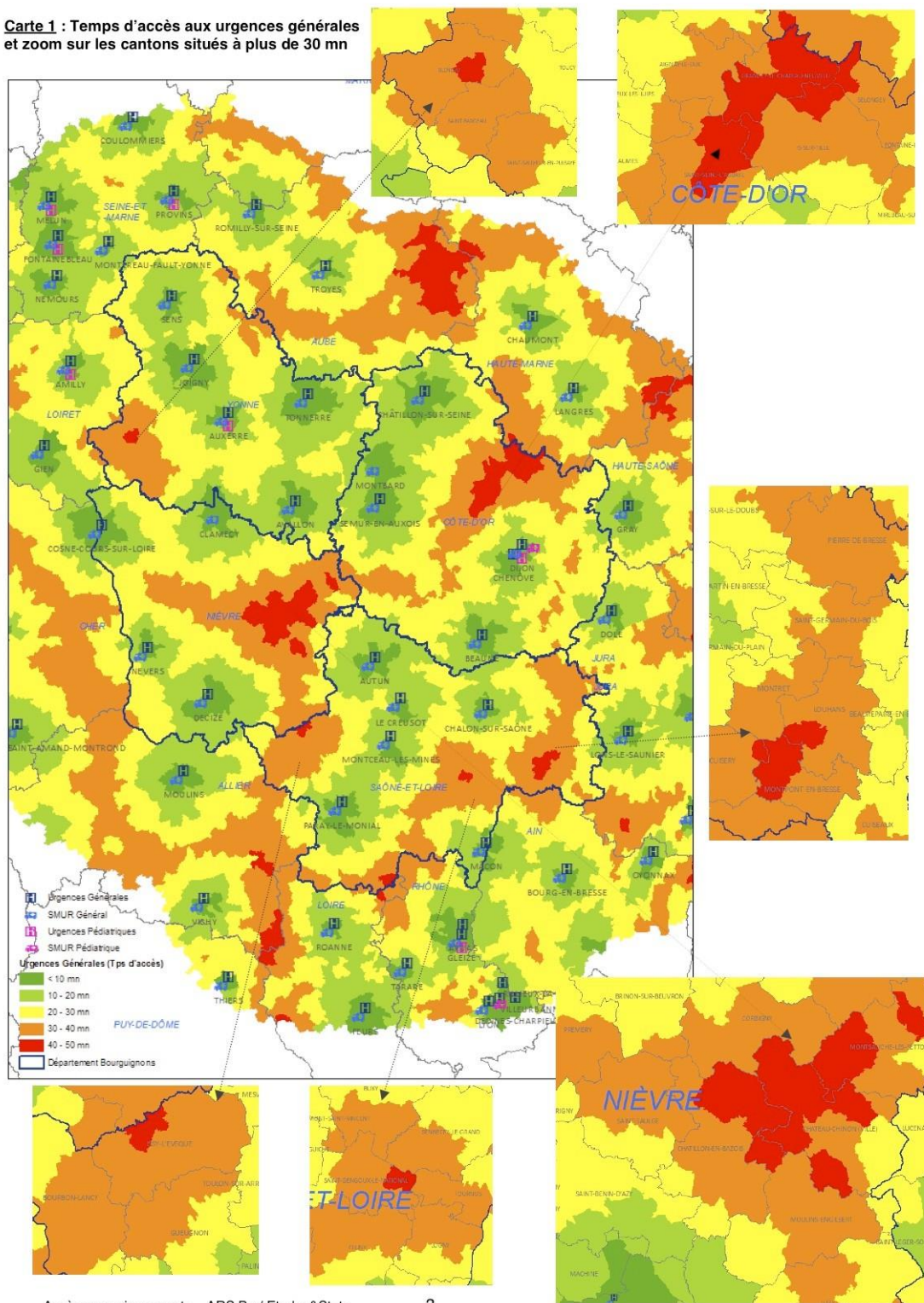
ANNEXES

Territoire de santé
Bourgogne : Sud Yonne



Annexe 1 - base des établissements de santé du sud de l'Yonne 2015 ATIH

Carte 1 : Temps d'accès aux urgences générales et zoom sur les cantons situés à plus de 30 mn



Annexe 2 - carte des temps d'accès aux soins urgents en Bourgogne selon ARS Bourgogne 2014

Elle perd son enfant en accouchant sur l'autoroute

Mis à jour le 21/10/2012 à 12:45

Le drame relance le débat sur les déserts médicaux. La maternité de sa petite ville dans le Lot ayant fermé en 2009, la jeune femme avait pris la direction de Brive, soit un trajet d'un peu plus d'une heure. François Hollande a exigé une enquête administrative.

Une femme de 35 ans a perdu vendredi son enfant en le mettant au monde dans sa voiture sur l'autoroute A20 alors qu'elle faisait route vers une maternité de Brive, en Corrèze, faute de maternité dans le nord du département du Lot où elle réside. La jeune femme, enceinte de sept mois, a accouché dans la voiture. À leur arrivée, les pompiers n'ont pu que constater le décès du nouveau-né.

Accouchement sur une autoroute: le débat sur les déserts médicaux relancé

— 20 octobre 2012 à 09:11 (mis à jour à 16:28)

Une mère a perdu son enfant en le mettant au monde dans sa voiture alors qu'elle faisait route vers Brive, à une heure, faute d'établissement plus proche. Hollande demande une enquête administrative.

Une femme de 35 ans vivant dans le Lot a perdu son enfant, vendredi, sur le trajet menant à la maternité de Brive, située à plus d'une heure de chez elle. Un drame qui relance le débat sur la désertification médicale en milieu rural, François Hollande demandant une enquête administrative.

Résidant dans le village de Lacapelle-Marival, dans le nord-est du Lot, la jeune femme enceinte de 7 mois et son mari ont dû choisir entre Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), Cahors et Brive, trois maternités distantes de plus d'une heure de route.

Annexe 3 - Le Figaro 21 octobre 2012

Annexe 4 - Libération 20 octobre 2012



Annexe 5 - Pays et territoires de Bourgogne ARS 2013

1 pacte 3 axes 12 engagements

Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

- ▶ **Engagement 1** : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants
- ▶ **Engagement 2** : 1 500 contrats d'engagement de service public d'ici 2017
- ▶ **Engagement 3** : 200 praticiens territoriaux de médecine générale
- ▶ **Engagement 4** : un référent installation dans chaque région

Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

- ▶ **Engagement 5** : développer le travail en équipe
- ▶ **Engagement 6** : rapprocher les maisons et centres de santé des universités
- ▶ **Engagement 7** : développer la télémedecine
- ▶ **Engagement 8** : accélérer les transferts de compétences

Investir dans les territoires isolés

- ▶ **Engagement 9** : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015
- ▶ **Engagement 10** : permettre aux praticiens hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires
- ▶ **Engagement 11** : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers régionaux
- ▶ **Engagement 12** : conforter les centres de santé

Le lancement du pacte territoire-santé par Marisol Touraine
le 13 décembre 2012 en Poitou-Charentes



Annexe 6 - pacte territoire-santé 2012



Chaque Français doit pouvoir trouver facilement un médecin près de chez lui.

Depuis 2012, nous agissons pour donner envie aux médecins, en particulier les jeunes diplômés, d'aller exercer dans les régions qui en ont le plus besoin. C'était la raison d'être du pacte territoire santé 1, qui porte aujourd'hui ses fruits. La recette

du succès : des actions simples, concrètes, qui font la différence auprès des professionnels.

Le pacte territoire santé 2 amplifie ces actions et propose de nouvelles initiatives pour soutenir et accompagner les médecins, au service des patients.

Marisol Touraine

Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Le pacte territoire santé ² 2 axes, 10 engagements

AXE I - PERENNISER ET AMPLIFIER LES ACTIONS MENEES DEPUIS LE PACTE TERRITOIRE SANTE 1

- Engagement 1** : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
- Engagement 2** : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
- Engagement 3** : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
- Engagement 4** : assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes

AXE II - INNOVER POUR S'ADAPTER AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS ET DES TERRITOIRES

Innover par la formation

- Engagement 5** : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine
- Engagement 6** : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants
- Engagement 7** : soutenir la recherche en soins primaires

Innover dans les territoires

- Engagement 8** : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien
- Engagement 9** : favoriser l'accès à la télémedecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents
- Engagement 10** : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Annexe 7 - pacte territoire-santé 2 2015

Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Sur rendez-vous - 2^e mardi après-midi chaque mois

Dr Bernard CHARDON03.86.44.42.00

UNA (Aide à domicile)

Bureaux ouverts du lundi au vendredi

GUILLERAULT Auriane, LEGENDRE Annie,
responsables.....03.86.74.67.25



Mise à jour MAI 2016



MAISON DE LA SANTÉ DE PUISAYE-FORTERRE

Place du Château
89520 Saint-Sauveur en Puisaye

Accueil

☎ 03.86.44.41.60

Fax : 03.86.44.41.73

Horaires du secrétariat : 8h – 19h00

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Consultations et visites sur rendez-vous

Dr KEMLIN Hélène.....03.86.44.41.70

Absente le mardi

Dr DA SILVA MOREIRA Paulo.....03.86.44.41.69

Absent le vendredi

Dr KORNMAN Laurène.....03.86.44.47.45

Absente le lundi et le mercredi après-midi et samedi matin une semaine/deux

INFIRMIÈRES

Soins à domicile sur rendez-vous

Permanences pour prélèvements laboratoire de 7h30 à 9h00 :

lundi, jeudi : **CABINET 1** mardi, mercredi, vendredi : **CABINET 2**

PINGAT-REBY Isabelle

06.75.13.77.10

AUBRY-MERCIER Frédérique

06.72.73.81.90

RAVISE Delphine

03.86.44.41.63

DARENNE Delphine

03.86.44.41.63

PÉDICURE-PODOLOGUE

Consultations et visites sur rendez-vous (mercredi, jeudi, vendredi)

SAUVANT Victor.....03.86.45.68.74

ORTHOPHONISTE

Consultations sur rendez-vous (lundi, mercredi, jeudi, vendredi)

JUDES Sylvie.....03.86.44.41.65

KINESITHÉRAPEUTE

Consultations sur rendez-vous

BALACKER Jean-Jacques.....03.86.44.41.67

PSYCHOMOTRICIENNE

Consultations sur rendez-vous (mardi, mercredi, jeudi)

DARQUES Dominique.....03.86.44.41.71

PSYCHOLOGUE

Consultations sur rendez-vous le vendredi et le samedi

LEGOUX Florence.....03.86.44.41.60

(psychologie – hypnothérapie – tests QI – E.M.D.R.)

CHIRURGIEN-DENTISTE

Consultations sur rendez-vous

Dr BULZAN Marius.....03.86.44.41.72

DIÉTÉTICIENNE

Consultations sur rendez-vous mardi matin et 2 premiers lundis am du mois

SMOLARSKI Alison.....03.86.44.41.60

SAGE-FEMME

Suivi gynéco normal - rééducation périnéale – prépa accouchement - contraception

Consultations sur rendez-vous tous les mercredis

DESROUSSEAUX Pascaline.....03.86.44.41.60

Accompagnement et prévention en ADDICTOLOGIE

Alcool-tabac-drogue-jeux

Consultations sur rendez-vous mercredi matin tous les 15 jours

ANPAA89 – Marie-Odile ROLAZ06.71.27.16.37

PSYCHIATRIE - CMP

Consultations sur rendez-vous

Le mardi après-midi :

GILLES Jean Pierre, Infirmier PSY.....03.86.44.41.60

Le jeudi matin tous les 15 jours :

Dr Michel THUILLIER.....03.86.44.80.02

OSTEOPATHE

Sur rendez-vous les lundis et mercredis après-midi

et mardis, jeudis et vendredis matins

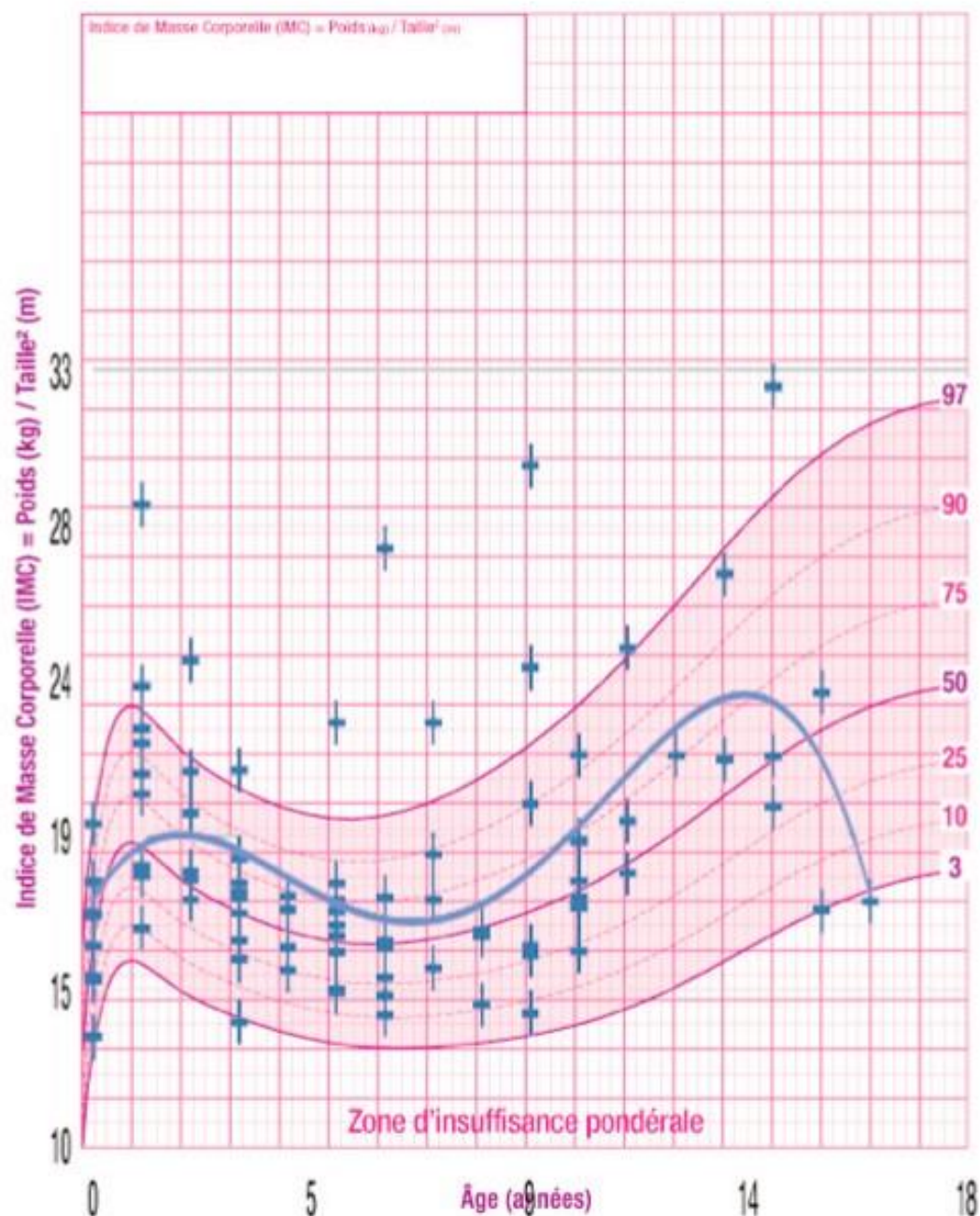
MARTY Simon.....03.86.44.41.64

THERAPIE FAMILIALE et de COUPLE

Consultations sur rendez-vous le vendredi après-midi tous les 15 jours

ASSOCIATION RE-SOURCE.....06.95.94.89.71

Annexe 8 - plaquette de la Maison de Santé de Puisaye-Forterre



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.
L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence.

Courbes de l'IMC officielles dans le cadre du PNNS à partir des références françaises* issues des données de l'étude séquentielle française de la croissance du Centre International de l'Enfance (R. Michel Sempé), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF)** atteignant les valeurs 25 pour le surpoids (IOTF-25) et 30 pour l'obésité (IOTF-30) à l'âge de 18 ans.

* Références françaises: Roland Cadhera et coll. Sur J Clin Nutr 1991;45:13-21.

** Références internationales (IOTF): Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.



Annexe 9 - superposition des courbes de corpulence de Sempé et de la courbe de corpulence de notre étude

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	6
SERMENT D'HYPPOCRATE	9
SOMMAIRE	10
TABLE DES FIGURES	11
TABLE DES ANNEXES	12
LISTE DES ABBREVIATIONS ET DEFINITION DES TERMES	13
INTRODUCTION	14
1. ÉTAT DES LIEUX	14
<i>Urgences en zones rurales</i>	14
<i>Morbidité morphologique</i>	15
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE	15
<i>Présentation de Saint Sauveur en Puisaye</i>	15
<i>Population étudiée</i>	15
MATERIELS ET METHODES	17
RESULTATS	19
1. POPULATION :	19
2. DISTANCE :	20
3. MOTIFS :	20
4. MOTIFS PAR GROUPE DE PATHOLOGIES :	21
5. IMC DE L'ENFANT :	22
6. IMC NOMBRE DE CONSULTATIONS DANS L'ANNEE DE L'ENFANT :	23
7. IMC DE L'ADULTE :	24
8. IMC NOMBRE DE CONSULTATIONS ADULTES :	25
9. ALD : IMC PAR GROUPES DE PATHOLOGIES :	26
10. CMU : IMC PAR GROUPES DE PATHOLOGIES :	27
DISCUSSION	28
1. GEOGRAPHIE:	28
<i>Problématique de l'accès aux soins urgents</i>	29

<i>Réponse des pouvoirs publics</i>	29
<i>La Maison de Santé de Saint Sauveur en Puisaye</i>	30
2. DISTANCE :	31
<i>L'unité de lieu</i>	33
3. MOTIFS :	34
<i>Guichet unique</i>	34
<i>Responsabilité populationnelle</i>	36
4. MOTIFS PAR GROUPE DE PATHOLOGIES :	36
<i>Visites à domicile</i>	36
<i>Non vus, non venus</i>	37
<i>Urgences vitales</i>	38
5. CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES ET IMC DE L'ENFANTS	39
<i>Constat national et mondial</i>	39
<i>Situation à Saint Sauveur en Puisaye</i>	40
<i>Médecine scolaire</i>	41
6. IMC ET NOMBRE DE CONSULTATIONS DANS L'ANNEE DE L'ENFANT	42
<i>Réseau local obésité</i>	43
<i>Place du généraliste</i>	43
7. IMC DE L'ADULTE	44
<i>La moyenne de l'IMC est supérieure à 25</i>	44
<i>Des adultes jeunes qui prennent du poids</i>	45
<i>Une stagnation chez les adultes plus âgés</i>	46
8. IMC ET NOMBRE DE CONSULTATIONS DANS L'ANNEE DE L'ADULTE	47
9. IMC DES GROUPES DE PATHOLOGIES, EN FONCTION D'UNE ALD	48
10. IMC DES GROUPES DE PATHOLOGIES EN FONCTION D'UNE CMU	49
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	62
TABLE DES MATIERES	69
RESUME	71

RÉSUMÉ

TITRE DE LA THESE : CONSULTATIONS D'URGENCE EN MEDECINE GENERALE : SPECIFICITE DES BESOINS EN ZONE RURALE ET MORBIDITE MORPHOLOGIQUE

AUTEUR : ZACHARIE VACHERESSE

RESUME :

LES ZONES RURALES DE BOURGOGNE SOUFFRENT D'UNE DOUBLE PEINE QUI EST D'AVOIR MOINS DE MEDECINS QUE LES SES ZONES URBAINES ET DE L'ELOIGNEMENT DES STRUCTURES D'URGENCES. DE PLUS, LES CITOYENS RURAUX, SONT PLUS AFFECTES QUE LES URBAINS PAR L'EPIDEMIE D'OBESITE.

LE BASSIN DE POPULATION DE SAINT SAUVEUR EN PUISAYE EST SITUE A PLUS DE 30 MINUTES D'UNE STRUCTURE D'URGENCE ET PRESENTE UN DES REVENU PAR HABITANT LE PLUS FAIBLE DE L'YONNE. UNE MAISON DE SANTE Y EST OUVERTE DEPUIS 2012 AVEC 4 MEDECINS GENERALISTES NOTAMMENT.

NOUS AVONS RECUEILLI 355 CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES ENTRE LE 23 NOVEMBRE ET LE 30 DECEMBRE 2015 CE QUI REPRESENTAIT 18,22% DE L'ENSEMBLE DES CONSULTATIONS, ET AVONS CLASSE LES MOTIFS AINSI QUE LES INDICES DE MASSE CORPORELLE DES PATIENTS.

EN COMPARANT AVEC LE TRAVAIL NATIONAL DE LA DREES DE 2004 NOUS RETROUVONS UN NOMBRE PLUS IMPORTANT DE CONSULTATIONS D'URGENCE MAIS DES MOTIFS DE CONSULTATIONS STRICTEMENT SIMILAIRES. QUANT A L'IMC, LES PATIENTS SOUFFRANT D'AFFECTION CHRONIQUE SONT SIGNIFICATIVEMENT PLUS CORPULENTS QUE LES AUTRES. POUR LES ENFANTS, UN IMC COMPRIS DANS LA NORME ETAIT STATISTIQUEMENT LIE AVEC UN NOMBRE DE CONSULTATIONS PLUS FREQUENT.

AINSI, POUR UN MEME MOTIF DE CONSULTATION, LES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIE CHRONIQUE SONT PLUS CORPULENTS, ET CHEZ LES ENFANTS, UN NOMBRE DE CONSULTATIONS PLUS ELEVE ETAIT LIE A UN IMC DANS LA NORME. QUANT A L'ACCES AUX SOINS, CETTE MAISON DE SANTE EN ZONE RURALE ISOLEE A PRIS EN CHARGE UN PLUS GRAND NOMBRE DE CONSULTATIONS D'URGENCE QU'AU NIVEAU NATIONAL DE REFERENCE, CE QUI POSE LA PROBLEMATIQUE DE LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE DES ACTEURS DE SANTE VIS A VIS DES TERRITOIRES RURAUX.

MOTS-CLES :

Médecine générale – Urgence – Rural – Maison de Santé – Obésité – Responsabilité populationnelle