
ANNEE 2016

N°

**Caractéristiques des médecins traitants dont la patientèle consulte
au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Beaune et dont la
prise en charge aurait pu être effectuée en médecine libérale.**

(Enquête d'opinion, prospective, réalisée au SAU de Beaune du 27 juin au
2 juillet 2016)

THESE

Présentée à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Madame Audrey BOURASSEAU
née le 12 novembre 1988 à Challans (85)

ANNEE 2016

N°

**Caractéristiques des médecins traitants dont la patientèle consulte
au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Beaune et dont la
prise en charge aurait pu être effectuée en médecine libérale.**

(Enquête d'opinion, prospective, réalisée au SAU de Beaune du 27 juin au
2 juillet 2016)

THESE

Présentée à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2016
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Madame Audrey BOURASSEAU
née le 12 novembre 1988 à Challans (85)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :

1^{er} 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	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
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
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
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	Ophthalmologie
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.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
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.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
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	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

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

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
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	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Sécolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

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

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	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	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	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 : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Marie CASILLAS-GIL

Monsieur le Professeur Claude GIRARD

Monsieur le Docteur (MCA) Arnaud GOUGET

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Soyez assuré de mon entière reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie CASILLAS-GIL,

Vous me faites le plaisir de juger mon travail.
Soyez assuré de toute mon estime.

A Monsieur le Professeur Claude GIRARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Soyez assuré de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Arnaud GOUGET,

Je te remercie de m'avoir accompagnée dans ce travail.
Merci pour la confiance que tu m'as témoignée. Merci pour ton aide et tes précieux conseils.

* * * *

A Monsieur le Docteur Philippe D'ATHIS

Merci pour votre aide, votre écoute et votre patience.

A mes parents, pour leur amour inconditionnel et leur soutien infaillible.
Cette thèse est la vôtre.
Je vous aime.

A Maxime,
Je t'aime, comme au lendemain du premier jour... et bien plus que je ne saurai l'écrire...
Etre ensemble, c'est tout.

A ma petite sœur Marjorie, et mon grand frère Sébastien, pour tous ces bons moments partagés, tous ces souvenirs assemblés, collectionnés comme des petits trésors et tous les autres à venir.
J'ai besoin de vous.

A Aurélie, Océane et le bébé qui vient,
A Guillaume,
A Julie et Christian,
A Marine et Jérôme.

A mes beaux-parents.

A mes grands-parents maternels, pour leur amour immuable.
A mes grands-parents paternels, qui j'en suis sûre, auraient été si fiers.
A ma famille formidable, oncles, tantes, cousins, cousines.

A Hortense, pour nos échappées belles et tout le reste qui prendrait bien trop de place ici.
A Laure et Murielle, pour ces longues années d'amitié que ni la distance ni le temps n'ont altérées.
A mes précieux amis de toujours, Claire, François, Séverine, William, Baptiste et Damien.
A mes co-externes, Aurélie et Julie, expatriées trop loin....

A mes co-internes adorées, Evie, Amélie, Aurélie, Ines et Léonie.
A nos amis dijonnais, bourguignons ou non, Martha, Razvan, Raphaëlle, Pierre, Maud, Pierre, Ayoub, Jordan, Jean-Charles, Yann, Loïc, Isabelle, Vivien, Vincent, Simon.
Vous êtes le sel de notre nouvelle vie !

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	17
I) Introduction.....	18
II) Matériels et méthodes.....	21
2.1. Lieu de l'étude	
2.2. Déroulement de l'étude	
2.2.1. Population étudiée	
2.2.2. Mode de recrutement	
2.2.3. Recueil des données	
2.2.4. Traitement des données et statistiques	
III) Résultats.....	26
3.1. Caractéristiques des médecins traitants	
3.1.1. Proportion de patients à avoir un médecin traitant	
3.1.2. Sexe	
3.1.3. Âge estimé	
3.1.4. Commune d'exercice	
3.1.5. Mode d'exercice	
3.1.6. Recours à un remplaçant	
3.1.7. Formation des internes	
3.1.8. Raison(s) du choix de ce médecin traitant	
3.1.9. Réalisation du tiers payant	
3.1.10. Nombre de consultations au cours des 6 derniers mois	
3.1.11. Secrétariat	
3.1.12. Délai d'attente au téléphone	
3.1.13. Existence d'un planning de prise de rendez-vous sur Internet	
3.1.14. Réactivité du médecin traitant face aux besoins urgents	
3.1.15. Délai d'obtention d'un rendez-vous pour un motif jugé grave	
3.1.16. Consultations sans rendez-vous	
3.1.17. Créneaux d'urgences	
3.1.18. Réalisation de visites à domicile	
3.1.19. Réalisation de sutures	
3.1.20. Réalisation d'électrocardiogrammes	

3.1.21. Retard

3.2. Caractéristiques des patients

- 3.2.1. Sexe
- 3.2.2. Âge
- 3.2.3. Professions et catégories socioprofessionnelles
- 3.2.4. Situation familiale
- 3.2.5. Commune de domiciliation
- 3.2.6. Distance domicile-cabinet
- 3.2.7. Distance domicile-SAU
- 3.2.8. Possession d'un véhicule
- 3.2.9. Couverture sociale
- 3.2.10. Nombre de consultations au SAU au cours des 6 derniers mois

3.3. Caractéristiques de la consultation

- 3.3.1. Consultation auprès du médecin traitant pour le même motif
- 3.3.2. Contact préalable à la consultation au SAU auprès du médecin traitant
- 3.3.3. Permanence du médecin traitant ce jour-là
- 3.3.4. Aptitude du médecin traitant
- 3.3.5. Gravité du motif de consultation
- 3.3.6. Hospitalisation à l'issue de la consultation

3.4. Données a posteriori

- 3.4.1. Motifs de consultation
- 3.4.2. CCMU modifiée
- 3.4.3. Patients adressés

3.5. Comparaisons statistiques des résultats

- 3.5.1. Comparaisons entre les médecins traitants contactés par leurs patients et les autres
- 3.5.2. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois
- 3.5.3. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient

IV)	Discussion.....	42
	4.1. Sur la méthode	
	4.1.1. Sur l'échantillonnage	
	4.1.2. Sur le questionnaire	
	4.1.3. Représentativité de l'échantillon	
	4.1.3.1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques	
	4.1.3.2. Caractéristiques sanitaires	
	4.2. Sur les résultats	
	4.2.1. Objectif principal : caractéristiques des médecins traitants	
	4.2.1.1. Caractéristiques démographiques	
	4.2.1.2. Caractéristiques d'installation	
	4.2.1.3. Caractéristiques organisationnelles face à l'urgence	
	4.2.1.4. Caractéristiques professionnelles	
	4.2.2. Objectifs secondaires : comparaisons statistiques des résultats	
	4.2.2.1. Comparaisons entre les médecins traitants contactés par leurs patients et les autres	
	4.2.2.2. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois	
	4.2.2.3. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient	
	4.3. Limites de l'étude	
	4.4. Perspectives	
V)	Conclusions.....	49
VI)	Bibliographie.....	51
VII)	Annexes.....	55
	6.1. Annexe 1 : La marguerite des compétences	
	6.2. Annexe 2 : Nombre annuel de passages aux urgences des Hospices Civils de Beaune	
	6.3. Annexe 3 : Définitions CCMU modifiée	

6.4. Annexe 4 : Questionnaire de l'étude

6.5. Annexe 5 : Grille PCS

6.6. Annexe 6 : Comparaisons entre les médecins traitants contactés par leurs patients et ceux non contactés

6.7. Annexe 7 : Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois

6.8. Annexe 8 : Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient

6.9. Annexe 9 : Exemple d'affiche d'information du grand public

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Commune d'exercice du médecin traitant

Figure 3 : Nombre de patients en fonction de l'âge et du sexe

Figure 4 : Conduite à tenir donnée par le médecin traitant ou démarches effectuées par les patients ayant contacté leur médecin traitant

* * * *

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins traitants

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Tableau 3 : Caractéristiques de la consultation

Tableau 4 : Données a posteriori

LISTE DES ABREVIATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

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

ECG : Electrocardiogramme

HCB : Hospices Civils de Beaune

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MMG : Maison Médicale de garde

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PACS : PActe Civil de Solidarité

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

RDV : Rendez-vous

RSI : Régime Social des Indépendants

SAU : Service d'Accueil des Urgences

URMLB : Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne

URMLRA : Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

I) INTRODUCTION

Les soins primaires ont été définis, en 1978, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma Ata, et précisés en 1996 par l'American Institute of Medicine comme « des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ». Leur but est de garantir à tous un accès équitable à des soins de qualité.

En France, cette offre de soins se répartit principalement entre la médecine libérale et les services d'urgences avec, pour chacun, des missions différentes.

Selon la définition européenne de la médecine générale, les six compétences fondamentales du médecin généraliste sont :¹

- La gestion des soins de santé
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution des problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique.

A partir de cette définition, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a défini les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale (Annexe 1) :²

- Gérer le premier contact avec les patients,
- Prendre en charge les problèmes de santé de premier recours, non sélectionnés,
- Coordonner la prise en charge,
- Respecter la loi et le code de déontologie,
- Assurer la continuité des soins, le suivi au long cours,
- Privilégier le modèle bio-psycho-social qui prend en considération les dimensions culturelles et existentielles.

Ces compétences s'appliquent dans trois champs d'activité qui sont : démarche clinique, communication avec les patients et gestion du cabinet médical.²

Selon le Décret 2006-576, du 22 mai 2006, les missions des Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont :³

- L'accueil des malades et des familles en évitant les délais d'attente,
- Le maintien des fonctions vitales et fonctionnelles du malade,
- L'identification des problèmes médicaux,
- L'introduction des traitements,

- L'orientation du patient vers une structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation.

On remarque que nombre de consultations, dans les SAU, ne rentrent pas tout à fait dans le cadre de leurs missions et pourraient faire l'objet d'une prise en charge libérale. En effet, la Cour des comptes, dans son rapport de 2007, constate que moins de 3% des consultations aux urgences sont des urgences vitales.⁴ Plusieurs études pointent du doigt ces admissions « non appropriées » dont le pourcentage peut aller jusqu'à 70 % de l'ensemble total des consultations.^{5,6} Une étude de la DRESS, réalisée le 11 juin 2013, montre qu'après un passage aux urgences, les trois quarts des patients rentrent chez eux.⁷

De nombreux travaux ont déjà décrit les motivations des patients consultant aux urgences : plus de 20 % répondent qu'ils sont venus par défaut (difficulté ou impossibilité de trouver un rendez-vous en médecine ambulatoire).⁷ Dans une autre étude, 47,9 % des patients déclarent ne pas avoir effectué de démarches avant de venir consulter aux urgences.⁸ Coleman et al. rapportent dans leurs travaux que les deux tiers des patients qui consultent de façon non appropriée viennent de leur propre chef, sans avis médical ou paramédical préalable.⁹

L'engorgement et la saturation des SAU sont une véritable problématique qui concerne l'ensemble du territoire français. Elle impacte directement la qualité des soins dispensés.¹⁰ Beaune n'échappe pas à ce phénomène de dépassement des capacités d'accueil et ce dernier est même croissant alors que l'effectif des médecins du service est fixe. En effet, au cours de l'année 2015, il a été enregistré 24 000 passages au SAU contre 22 500 l'année précédente (Annexe 2).

Afin de tenter de pallier cette problématique, des moyens à plusieurs niveaux ont été développés. Concernant l'aval des urgences, des filières d'hospitalisations directes ont été mises en place pour la filière gériatrie afin d'éviter certains passages au SAU. L'ouverture de lits de médecine dans les services de chirurgie, dont le nombre de lits est plus important que leur fréquentation, a également été réalisée.

L'accueil aux urgences et l'activité réalisée font aussi l'objet de mesures afin d'optimiser et d'accélérer la prise en charge. Tout d'abord, un poste d'Infirmier dédié à l'Accueil et l'Orientation (IAO) a été créé. Ses missions sont, entre autres, d'adresser, après avis auprès d'un médecin, les patients jugés ambulatoires vers leur médecin traitant ou la Maison Médicale de Garde (MMG) et de prescrire des radiographies anticipées chez les patients venant pour un motif traumatologique.

En revanche, l'amont des urgences reste une des difficultés malgré le Plan urgences 2003-2008. Ce dernier, qui avait pourtant misé sur la permanence des soins pour désengorger les urgences, connaît des défaillances.¹¹ En effet, dans une thèse réalisée en 2012, près de la moitié des

patients consultant au SAU de Beaune n'étaient pas informés de l'existence de la MMG et 8 % n'en connaissaient pas les modalités d'accès alors que plus d'un tiers d'entre eux pensaient ne pas avoir besoin d'examens complémentaires.¹²

Il nous semble donc particulièrement intéressant d'étudier cette phase en amont du service des urgences et tout particulièrement les différents facteurs de l'interaction entre le médecin traitant et le patient. Ce travail est original puisqu'il interroge les usagers des urgences, non pas sur leurs motivations mais sur le mode d'exercice de leur médecin traitant.

Notre hypothèse est qu'une grande partie des patients ambulatoires, qui consultent au SAU, pourraient relever d'une prise en charge « de ville » par leur médecin traitant. Cela présenterait à notre sens un triple avantage, à la fois pour les patients, les médecins traitants et les SAU.

En effet, cela permettrait au patient de bénéficier d'une prise en charge plus adaptée basée sur les principes définis par le WONCA (grâce à leur médecin traitant qui connaît précisément leurs antécédents, leur environnement, qui possède l'ensemble de leur dossier et peut organiser la continuité, le suivi et la coordination des soins) mais aussi d'améliorer leur satisfaction en diminuant le temps d'attente et le nombre d'interlocuteurs.^{10,13}

Le médecin traitant pourrait, quant à lui, jouir pleinement de sa place au centre du système de santé, comme coordinateur des soins, en assurant les liens dans un système de santé hiérarchisé.

Le SAU en tirerait également parti car il serait désengorgé, permettant ainsi aux urgentistes d'être plus disponibles pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière.

L'objectif de ce travail est donc d'observer les caractéristiques des médecins traitants selon le ressenti de leur patientèle qui consulte aux urgences et dont la prise en charge aurait pu être effectuée en ville, afin de trouver des pistes pour optimiser leur prise en charge en adaptant notre mode d'exercice dans l'intention de promouvoir une meilleure qualité de soins.

Les objectifs secondaires sont d'observer si certaines de ces caractéristiques sont associées :

- à l'appel du médecin traitant,
- à l'aptitude du médecin traitant, ressentie par le patient, à gérer sa pathologie,
- au nombre de consultations au SAU au cours des 6 derniers mois de la patientèle.

II) MATERIELS ET METHODES

2.1. LIEU DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée au sein du Service d'Accueil des Urgences de Beaune après accord du Directeur des Hospices Civils de Beaune, M. JACQUET Antoine, et accord du chef de service des Urgences de Beaune, le Dr JOLLY François.

2.2. DEROULEMENT DE L'ETUDE

2.2.1. Population étudiée

Il s'agit d'une enquête d'opinion, prospective, mono centrique. Elle a été réalisée sur une semaine, hors vacances scolaires, du lundi 27 juin au samedi 2 juillet 2016 ; de 9 heures à 19 heures les jours ouvrés et de 9 heures à 12 heures le samedi matin.

Nous avons choisi ces horaires car ce sont ceux qui correspondent à la permanence de soins des médecins traitants dans leur cabinet.

Nous avons inclus tout patient majeur se présentant de lui-même ou après avoir été adressé par un confrère, par ses propres moyens, au Service d'Accueil des Urgences de Beaune sur cette période. Le but était de sélectionner l'ensemble des patients dont la prise en charge aurait pu être effectuée en libéral.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patients majeurs,
- Venant par leurs propres moyens,
- Consulter au SAU,
- Adressés ou non.

Les critères d'exclusion étaient :

A priori :

- Enfants
- Patients vivant en dehors de la région Bourgogne.
- Patients pris en charge par le SMUR, les pompiers ou une ambulance.
- Patients convoqués pour suite de soins dans le cadre d'une consultation précédente aux urgences.
- Patients amenés par les forces de l'Ordre pour ivresse publique manifeste.

A posteriori :

- Patients classés par gravité par le médecin en charge selon la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) modifiée en CCMU 3, CCMU 4, CCMU 5 ou CCMU D (Annexe 3).

Nous avons décidé d'exclure les enfants car, dans ce service, seuls les enfants qui viennent pour un motif traumatologique sont reçus ; les autres sont directement adressés en pédiatrie. Aussi parce qu'il aurait été impossible de comparer les résultats entre les opinions des parents concernant leurs enfants avec l'opinion des patients pour eux-mêmes.

Nous avons également exclu les patients amenés par les pompiers ou les ambulances car ceux-ci relèvent :

- soit d'une régulation par le centre 15 pour des motifs jugés graves,
- soit de prises en charge en amont par les médecins traitants qui adressent alors des patients fragiles, souvent poly-pathologiques, nécessitant une prise en charge hospitalière.

Nous avons exclu les patients qui n'étaient pas de la région car ces derniers ne pouvaient pas interagir avec leur médecin traitant.

Enfin, nous avons exclu les patients pris en charge par le SMUR car ces derniers nécessitent l'utilisation d'un plateau technique non disponible en ambulatoire.

Au total, **205 personnes** ont consulté sur notre période d'inclusion, pendant les horaires définis.

100 patients ont été interrogés :

- dont 9 ont été classés a posteriori CCMU 3,
- dont 1 seul a refusé de répondre au questionnaire,
- dont 1 a préféré aller voir son médecin traitant juste après son inscription à l'accueil et la remise du questionnaire,
- dont 1 est venu deux fois à 48 heures d'écart sans avoir pris contact avec son médecin traitant dans l'intervalle.

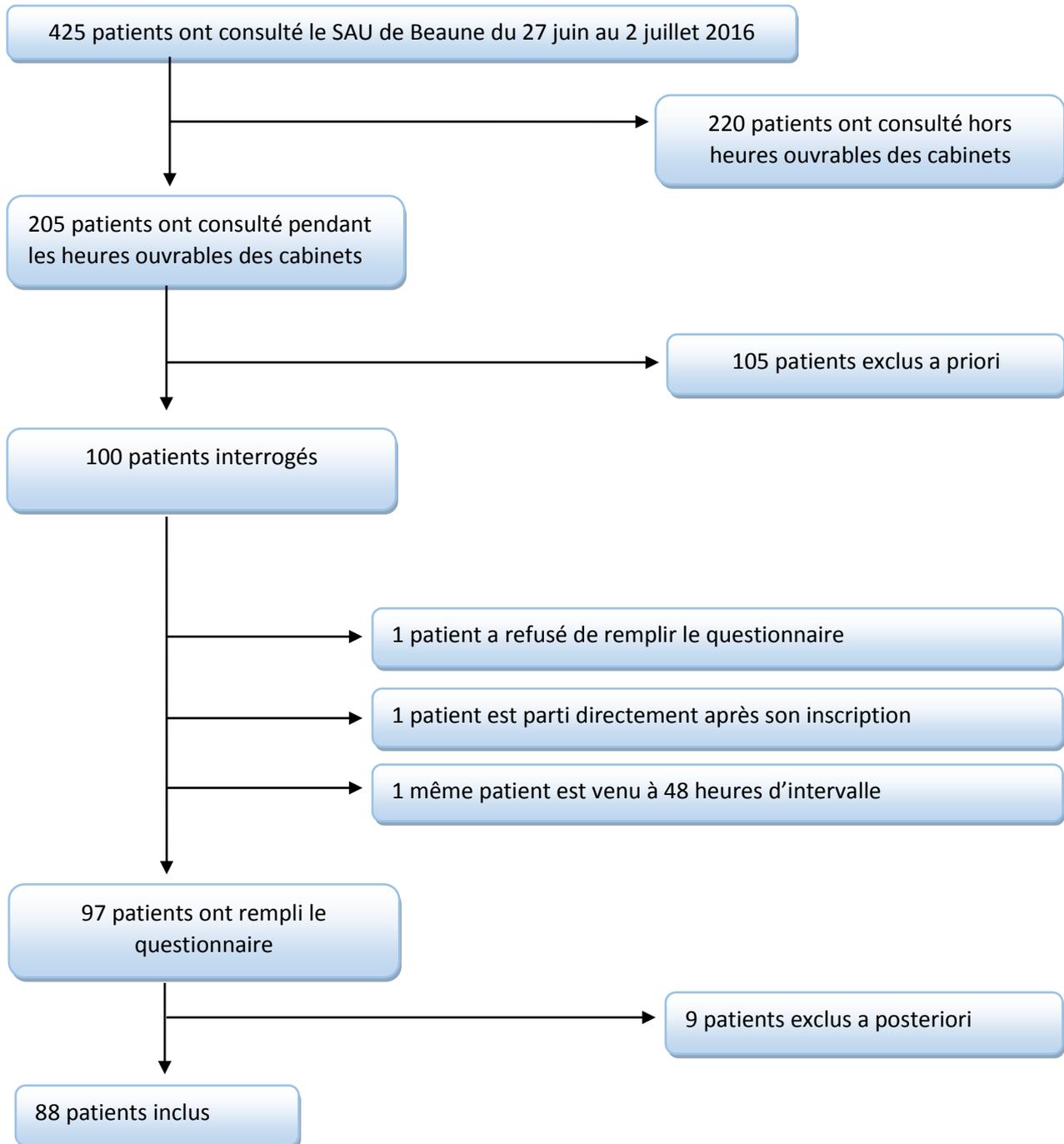
➔ Soit 88 patients inclus (Figure 1).

Les autres patients étaient répartis de la façon suivante :

- 43 avaient moins de 18 ans,
- 40 sont venus via les pompiers ou des ambulances,
- 9 ont bénéficié d'une prise en charge SMUR,

- 6 n'étaient pas de la région,
- 5 sont revenus pour suite de soins programmée,
- 2 sont venus avec les forces de l'Ordre pour ivresse publique et manifeste.

Figure 1 : Diagramme de flux



Le registre des urgences a été étudié exhaustivement a posteriori afin de déterminer le nombre de patients qui auraient pu être inclus.

2.2.2. Mode de recrutement

Il s'agit d'une enquête d'opinion visant à inclure l'ensemble des patients majeurs se présentant, par leurs propres moyens, à l'accueil du service des urgences pour une consultation, qu'ils aient été adressés ou non par leur médecin traitant.

Le questionnaire (Annexe 4) était distribué par la secrétaire du SAU qui accueille l'ensemble des patients qui viennent consulter par leurs propres moyens. Les patients étaient alors informés que ce questionnaire était anonyme, réalisé dans le cadre d'une thèse et que leur participation était libre et volontaire.

Le questionnaire était rempli par le patient avant que ce dernier ne soit consulté par l'IAO et/ou le médecin.

2.2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière prospective à l'aide d'un questionnaire, rempli par le patient. Ce questionnaire est divisé en 3 parties.

- La première partie est relative aux caractéristiques du médecin traitant :
 - Sexe,
 - Âge,
 - Ville d'exercice,
 - Mode d'exercice,
 - Recours à un remplaçant,
 - Formation des internes,
 - Réalisation du tiers-payant,
 - Nombre de consultations chez le médecin traitant au cours des 6 derniers mois,
 - Critères de choix de ce médecin,
 - Secrétariat et délai d'attente au téléphone,
 - Prise de rendez-vous via Internet, délai d'obtention d'un rendez-vous en urgence,
 - Plages de consultations sans rendez-vous,
 - Créneaux d'urgence,
 - Visites à domicile,
 - Réalisation de sutures,
 - Réalisation d'ECG,
 - Retard.

- La seconde partie est relative aux caractéristiques du patient :
 - Sexe,
 - Âge,
 - Profession,
 - Situation familiale,
 - Ville de résidence,
 - Distance domicile-cabinet,
 - Distance domicile-urgences,
 - Possession d'un véhicule,
 - Couverture(s) sociale(s),
 - Nombre de consultations aux urgences au cours des 6 derniers mois.

- La dernière partie est relative aux données de la consultation du jour :
 - Consultation déjà réalisée pour le même motif chez le médecin traitant
 - Contact auprès du médecin traitant
 - Permanence du médecin ce jour-là
 - Aptitude du médecin traitant à gérer le problème.
 - Gravité du motif de consultation
 - Hospitalisation à l'issue du passage

Puis une partie est remplie a posteriori, à partir du dossier médical du patient, à savoir :

- Motif traumatologique, médical ou social de venue,
- Adressé ou non
- CCMU modifiée.

2.2.4. Traitement des données et statistiques

Les données ont ensuite été colligées via le logiciel Microsoft Excel 2016, dans le respect des règles de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les statistiques ont été réalisées par le Dr D'Athis, du Département de Biostatistiques et d'Informatique Médicale, au CHU de Dijon.

Les données analysées sont essentiellement descriptives.

Les comparaisons de fréquences entre les différents groupes ont été calculées à l'aide du test exact de Fischer dont le seuil de significativité retenu est celui d'un $p < 0,05$.

III) RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS TRAITANTS

3.1.1. Proportion de patients à avoir un médecin traitant

Parmi les 88 patients, 3 n'ont pas de médecin traitant déclaré et 2 ont un médecin traitant déclaré dans leur ancien lieu de résidence, hors Bourgogne.

Les trois patients de notre étude qui n'ont pas de médecin traitant déclaré sont deux hommes de 20 et 25 ans qui vivent à Beaune et une femme de 25 ans qui vit à Chevigny. Ils sont ouvriers pour 2 d'entre eux et au chômage pour le troisième. Deux d'entre eux n'ont pas de complémentaire santé.

Ils ont tous les 3 bénéficié d'une consultation sans aucun examen complémentaire, classée à posteriori CCMU 1.

Les deux patients qui ont un médecin traitant déclaré mais hors région sont deux hommes de 21 et 22 ans vivant respectivement à Beaune et Chagny. L'un est ouvrier, l'autre est employé. Ils ont tous les deux une complémentaire santé.

L'un d'entre eux a bénéficié d'une consultation sans examen complémentaire, classée a posteriori CCMU 1.

Ces cinq patients ont consulté plusieurs fois le SAU au cours des 6 derniers mois : entre 1 à 2 fois pour 3 d'entre eux et 2 à 5 fois pour les 2 autres.

* * * *

Les questions qui portent sur les médecins traitants sont donc réalisées sur 83 patients.

3.1.2. Sexe (Tableau 1)

50 médecins traitants sont des hommes.

33 médecins traitants sont des femmes.

3.1.3. Âge estimé (Tableau 1)

Selon les patients,

- l'âge estimé du médecin traitant se situe entre 40 et 55 ans dans 59 % des cas.

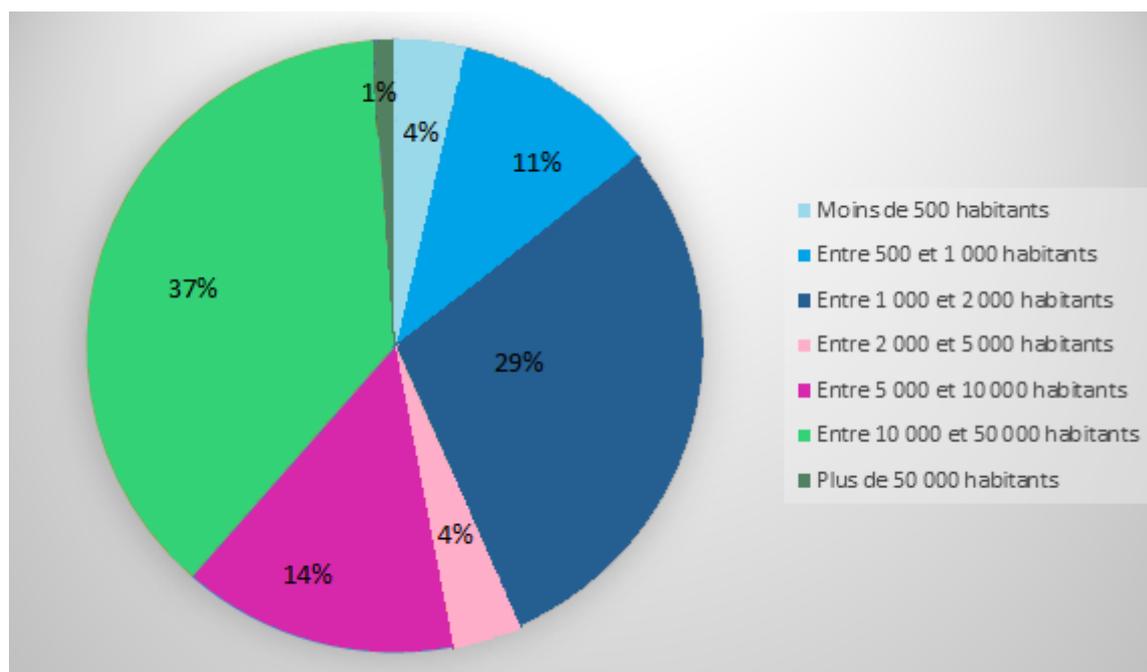
- l'âge estimé à plus de 55 ans et celui à moins de 40 ans représentent la même proportion à savoir 20.5 %.

3.1.4. Commune d'exercice

Il y a 24 communes différentes représentées dont 5 en Saône-et-Loire (Chagny, Chalons-sur-Saône, Demigny, Rully et Saint-Loup-Géanges).

27 (32 %) des médecins traitants de notre population exercent à Beaune.

Figure 2 : Commune d'exercice du médecin traitant



La démographie des villes a été relevée d'après le site de l'INSEE.¹⁴

44 % des médecins travaillent dans une commune de moins de 2000 habitants.

18 % travaillent dans une commune de 2000 à 10 000 habitants.

38 % travaillent dans une ville de plus de 10 000 habitants.

3.1.5. Mode d'exercice (Tableau 1)

45 médecins traitants travaillent avec d'autres confrères.

38 médecins traitants travaillent seuls.

3.1.6. Recours à un remplaçant (Tableau 1)

Selon les patients,

- 53 médecins traitants de notre population prennent un remplaçant lorsqu'ils sont absents.

- 9 n'en prennent pas.

21 des patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.7. Formation des internes (Tableau 1)

Selon les patients,

- 17 médecins traitants de notre population forment des internes.

- 40 n'en forment pas.

26 des patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.8. Raison(s) du choix de ce médecin traitant

Les 2 raisons le plus souvent invoquées par les patients relatives au choix de leur médecin traitant sont :

- les recommandations (pour 37 patients),

- la distance par rapport au domicile (pour 31 patients).

Les autres raisons citées sont :

- le remplacement de l'ancien médecin traitant (pour 6 patients),

- la qualification de « médecin de famille » (pour 2 patients),

- l'acceptation de nouveaux patients (pour 2 patients),

- la compétence (pour 1 patient),

- le sexe féminin (pour 1 patient),

- un bon relationnel (pour 1 patient),

- les horaires adaptés (pour 1 patient),

- la délivrance de Subutex (pour 1 patient),

- la pratique de l'homéopathie (pour 1 patient),

- la connaissance du médecin avant son installation (pour 1 patient).

3.1.9. Réalisation du tiers payant (Tableau 1)

Selon les patients,

- 48 médecins traitants réalisent le tiers payant.

- 30 ne le réalisent pas.

5 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.10. Nombre de consultations au cours des 6 derniers mois (Tableau 1)

Au total, au cours des 6 derniers mois :

- 16 patients n'ont pas consulté leur médecin traitant,
- 33 patients ont consulté leur médecin traitant entre 1 et 2 fois,
- 22 patients l'ont consulté entre 2 et 5 fois,
- 12 l'ont consulté plus de 5 fois.

3.1.11. Secrétariat (Tableau 1)

Selon les patients,

- 60 médecins traitants de notre population ont une secrétaire ou un télé-secrétariat.
- 23 n'en ont pas.

3.1.12. Délai d'attente au téléphone (Tableau 1)

Selon les patients, le délai d'attente au téléphone est :

- de moins de 5 minutes pour 65 médecins,
- de 5 à 10 minutes pour 16 médecins,
- supérieur à 10 minutes pour 2 médecins.

3.1.13. Existence d'un planning de prise de rendez-vous sur Internet (Tableau 1)

Selon les patients,

- 77 médecins traitants de notre population n'utilisent pas de planning sur Internet pour la prise de rendez-vous.
 - 4 l'utilisent.
- 2 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.14. Réactivité du médecin traitant face aux besoins urgents (Tableau 1)

71 médecins traitants sont jugés réactifs par les patients pour répondre aux besoins qu'ils jugent urgents.

Pour 8 patients, il n'est pas jugé réactif. Les raisons invoquées sont :

- des délais de rendez-vous trop longs (pour 4 patients),
- la difficulté de le contacter (pour 2 patients),
- l'absence de créneaux d'urgence (pour 1 patient)
- la durée des consultations jugée trop rapide (pour 1 patient).

4 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.15. Délai d'obtention d'un rendez-vous pour un motif jugé grave (Tableau 1)

Selon les patients, pour un motif jugé grave :

- un rendez-vous est fixé dans les 24 heures, dans 66 % des cas,
- un rendez-vous est fixé dans les 48 heures, dans 20 % des cas,
- un rendez-vous est fixé dans plus de 48 heures, dans 7 % des cas,

6 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.16. Consultations sans rendez-vous (Tableau 1)

Selon les patients,

- 28 médecins traitants de notre population proposent des consultations sans rendez-vous.
- 35 n'en proposent pas.

20 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.17. Créneaux d'urgences (Tableau 1)

Selon les patients,

- 29 médecins traitants de notre population proposent des créneaux d'urgences.
- 13 n'en proposent pas.

41 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.18. Réalisation de visites à domicile (Tableau 1)

Selon les patients,

- 47 médecins traitants de notre population font des visites à domicile.
- 20 n'en font pas.

16 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.19. Réalisation de sutures (Tableau 1)

Selon les patients,

- 14 médecins traitants de notre population font des sutures.
- 10 n'en font pas.

59 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.20. Réalisation d'électrocardiogrammes (ECG) (Tableau 1)

Selon les patients,

- 26 médecins traitants de notre population font des ECG.

- 14 n'en font pas.

43 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.1.21. Retard (Tableau 1)

62 des médecins traitants de notre population ne sont pas souvent en retard.

21 des médecins traitants de notre population sont souvent en retard.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins traitants

Sexe	Femme	33 (40)
	Homme	50 (60)
Âge estimé	> 55 ans	17 (20,5)
	40 à 55 ans	49 (59)
	< 40 ans	17 (20,5)
Mode d'exercice	Seul	38 (46)
	Avec des confrères	45 (54)
Recours à des remplaçants	Non	9 (11)
	Oui	53 (64)
	NSP	21 (21)
Formation des internes	Non	40 (48)
	Oui	17 (21)
	NSP	26 (31)
Réalisation du tiers payant	Non	30 (36)
	Oui	48 (58)
	NSP	5 (6)
Nombre de consultations au cours des 6 derniers mois	0	16 (19)
	1<n<2	33 (40)
	2<n<5	22 (27)
	>5	12 (14)
Secrétariat	Non	23 (28)
	Oui	60 (72)
Délai d'attente au téléphone	<5 min	65 (78)
	5<a<10 min	16 (19)
	>10 min	2 (3)
Existence d'un planning de prise de rendez-vous sur Internet	Non	77 (93)
	Oui	4 (5)
	NSP	2 (2)
Réactivité du médecin traitant face aux besoins urgents	Non	8 (10)
	Oui	71 (85)
	NSP	4 (5)
Délai d'obtention d'un rendez-vous pour un motif jugé grave	<24 h	55 (66)
	<48 h	16 (20)
	>48 h	6 (7)
	NSP	6 (7)
Consultations sans rendez-vous	Non	35 (42)
	Oui	28 (34)
	NSP	20 (24)
Créneaux d'urgences	Non	13 (35)
	Oui	29 (16)
	NSP	41 (49)
Réalisation de visites à domicile	Non	20 (57)
	Oui	47 (24)
	NSP	16 (19)
Réalisation de sutures	Non	10 (12)
	Oui	14 (17)
	NSP	59 (71)
Réalisation d'ECG	Non	26 (31)
	Oui	14 (17)
	NSP	43 (52)
Retard	Non	62 (75)
	Oui	21 (25)

Les données sont exprimées en effectifs (fréquences en pourcentages).

MT : Médecin traitant ; NSP : Ne sait pas ; SAU : Service d'Accueil des Urgences.

3.2. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

3.2.1. Sexe (Tableau 2)

La population est composée de 38 femmes et 50 hommes.

Le sex-ratio est de 0.76.

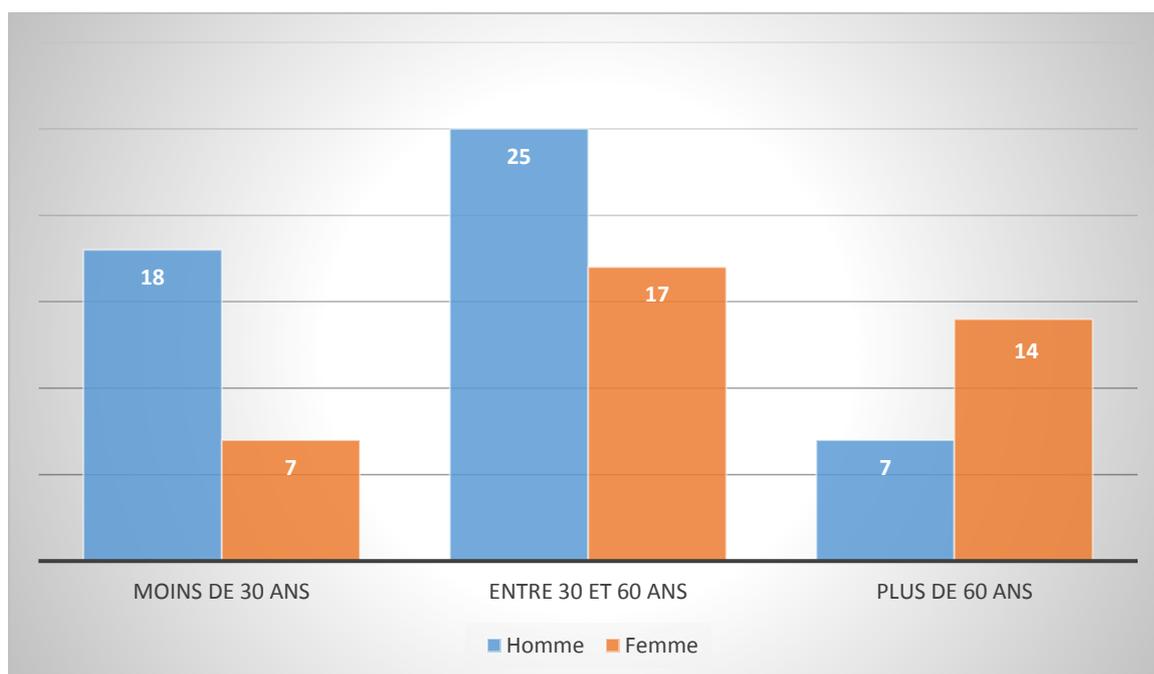
3.2.2. Âge

Les valeurs extrêmes concernant l'âge de nos patients vont de 18 à 87 ans.

Il y a 25 personnes de moins de 30 ans, 42 de 30 à 60 ans et 21 de plus de 60 ans.

Les patients de moins de 60 ans sont majoritairement des hommes tandis que les plus de 60 ans sont majoritairement des femmes (Figure 3).

Figure 3 : Nombre de patients en fonction de l'âge et du sexe



3.2.3. Professions et catégories socioprofessionnelles (Tableau 2)

Les Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) ont été affectées en fonction de la nomenclature décrite par l'INSEE en 2003 (Annexe 5).¹⁵

34 patients sont des ouvriers.

7 patients sont des retraités.

12 patients sont des employés.
11 patients sont au chômage ou inactifs.
4 patients ont des professions intermédiaires.
3 patients sont cadres.
3 patients sont artisans.
1 patient est agriculteur.

3.2.4. Situation familiale (Tableau 2)

44 patients sont mariés ou liés par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
41 sont célibataires ou divorcés.
3 sont veufs.

3.2.5. Commune de domiciliation

Les 88 patients résident dans 38 communes différentes.
29 d'entre eux habitent à Beaune.

3.2.6. Distance domicile-cabinet (Tableau 2)

46 patients vivent à moins de 5 km du cabinet de leur médecin traitant.
27 vivent entre 5 et 10 km.
6 vivent entre 10 et 20 km.
4 vivent à plus de 20 km.

3.2.7. Distance domicile-SAU (Tableau 2)

Pour 25 patients, les urgences se situent à moins de 5 km
Pour 20 patients, les urgences se situent entre 5 et 10 km.
Pour 30 patients, les urgences se situent entre 10 et 20 km.
Pour 13 patients, les urgences se situent à plus de 20 km.

3.2.8. Possession d'un véhicule (Tableau 2)

7 patients déclarent ne pas avoir de véhicule dont :

- 2 n'ont pas de médecin traitant et vivent à moins de 5 km des urgences.
- 1 a un médecin traitant déclaré hors région et vit entre 5 et 10 km des urgences.
- 4 ont un médecin traitant :
 - 2 vivent à moins de 5 km du cabinet du médecin (1 entre 10 et 20 km des urgences et l'autre à plus de 20 km des urgences)
 - 2 vivent entre 10 et 20 km du cabinet du médecin traitant et à plus de 20 km des urgences.

3.2.9. Couverture sociale (Tableau 2)

6 patients bénéficient de la Complémentaire Maladie Universelle (CMU).

27 n'ont que la sécurité sociale.

49 cotisent également à une complémentaire santé.

11 patients bénéficient d'une prise en charge à 100 %.

1 patiente (qui vit en alternance tous les 6 mois en France et aux USA) possède une assurance américaine.

1 patiente bénéficie de la complémentaire de son mari et du RSI.

3.2.10. Nombre de consultations au SAU au cours des 6 derniers mois

(Tableau 2)

42 patients n'ont jamais consulté les urgences au cours des 6 derniers mois.

37 patients ont consulté le SAU 1 à 2 fois.

7 patients ont consulté le SAU 2 à 5 fois.

2 patients ont consulté le SAU plus de 5 fois.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Sexe	Femme	38 (43)
	Homme	50 (57)
Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS)	PCS 1	1 (1)
	PCS 2	3 (3)
	PCS 3	3 (3)
	PCS 4	4 (5)
	PCS 5	12 (14)
	PCS 6	34 (39)
	PCS 7	20 (23)
	PCS 8	11 (12)
Situation familiale	Célibataires/ Divorcés	41 (47)
	Mariés/ PACS	44 (50)
	Veufs	3 (3)
Distance domicile-cabinet	< 5 km	46 (55)
	5 à 10 km	27 (33)
	10 à 20 km	6 (7)
	> 20 km	4 (5)
Distance domicile-SAU	< 5 km	25 (28)
	5 à 10 km	20 (23)
	10 à 20 km	30 (34)
	> 20 km	13 (15)
Possession d'un véhicule	Non	7 (8)
	Oui	81 (92)
Couverture sociale	CMU	6 (7)
	SS	27 (31)
	SS + compl	42 (48)
	SS + compl + 100%	7 (8)
	SS + 100%	4 (4)
	Assurance maladie USA	1 (1)
	Compl du mari + RSI	1 (1)
Nombre de consultations aux urgences au cours des 6 derniers mois	0	42 (48)
	1 à 2	37 (42)
	2 à 5	7 (8)
	> 5	2 (2)

Les données sont exprimées en effectifs (fréquences en pourcentages).

CMU : Complémentaire mutuelle universelle.

Compl : complémentaire.

MT : Médecin Traitant.

NSP : Ne sait pas.

RSI : Régime Social des Indépendants.

SS : Sécurité sociale.

3.3. CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION

3.3.1. Consultation auprès du médecin traitant pour le même motif (Tableau 3)

18 patients ont déjà vu leur médecin traitant pour ce motif dont 9 dans les dernières 48 heures.

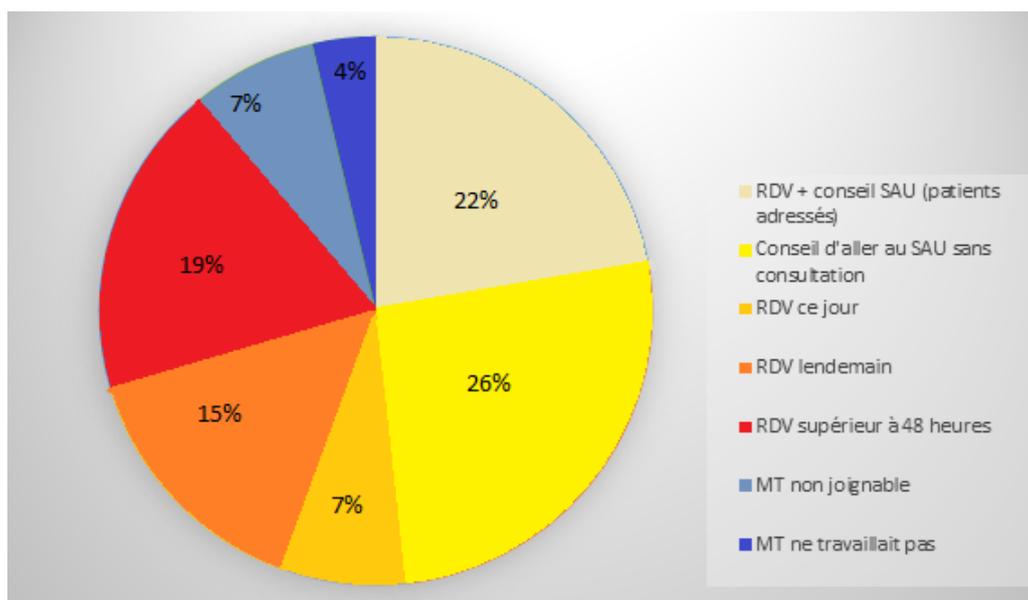
3.3.2. Contact préalable à la consultation au SAU auprès du médecin traitant

27 patients ont contacté leur médecin traitant avant de venir aux urgences.

Parmi ceux qui ont contacté leur médecin traitant :

- presque un quart (22 %) d'entre eux ont eu un rendez-vous dans la journée et c'est le médecin qui les a adressés par la suite.
- un quart (26 %) a été directement orienté vers les urgences par le médecin traitant.
- 41 % ont obtenu un rendez-vous mais sont venus avant au SAU :
 - 5 patients ont eu un rendez-vous fixé à plus de 48 heures.
 - 4 patients ont eu un rendez-vous fixé le lendemain.
 - 2 ont eu un rendez-vous fixé dans la journée mais les horaires ne leur convenaient pas.
- 2 n'ont pas réussi à joindre leur médecin traitant.
- 1 seul patient est venu car son médecin traitant ne travaillait pas ce jour- là (vendredi) (Figure 4).

Figure 4 : Conduite à tenir donnée par le médecin traitant ou démarches effectuées par les patients ayant contacté leur médecin traitant



MT : Médecin traitant ; RDV : Rendez-vous ; SAU : Service d'Accueil des Urgences.

3.3.3. Permanence du médecin traitant ce jour-là (Tableau 3)

58 des médecins traitants de notre étude travaillaient ce jour-là.

6 ne travaillaient pas.

19 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.3.4. Aptitude du médecin traitant (Tableau 3)

44 des 88 patients de notre étude pensent que leur médecin traitant n'est pas apte à prendre leur pathologie en charge.

31 pensent l'inverse.

8 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.3.5. Gravité du motif de consultation (Tableau 3)

41 patients de notre étude pensent que leur motif de consultation n'est pas grave.

34 pensent l'inverse.

13 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

3.3.6. Hospitalisation à l'issue de la consultation (Tableau 3)

67 des patients de notre étude ne pensent pas être hospitalisés à l'issue de leur consultation aux urgences.

9 pensent l'inverse.

12 patients interrogés ne savent pas répondre à cette question.

A noter que 2 patients, adressés, ont eu une chirurgie de programmée en ambulatoire dans les jours suivants cette consultation.

Tableau 3 : Caractéristiques de la consultation

Consultation auprès du MT pour le même motif	Non	65 (78)
	Oui	18 (22)
Contact préalable avec le MT	Non	56 (67)
	Oui	27 (33)
Permanence du MT ce jour-là	Non	6 (7)
	Oui	58 (70)
	NSP	19 (23)
Aptitude du MT	Non	44 (53)
	Oui	31 (37)
	NSP	8 (10)
<hr/>		
Gravité ressentie	Non	41 (47)
	Oui	34 (38)
	NSP	13 (15)
Hospitalisation envisagée	Non	67 (76)
	Oui	9 (10)
	NSP	12 (14)

Les données sont exprimées en effectifs (fréquences en pourcentages).

3.4. CARACTERISTIQUES A POSTERIORI

3.4.1. Motifs de consultation (Tableau 4)

47 patients de notre étude ont consulté pour un motif de consultation qui relève de la traumatologie.

40 ont consulté pour un motif médical.

1 a consulté pour un motif social.

3.4.2. CCMU modifiée (Tableau 4) (Annexe 3)

37 patients de notre population ont bénéficié d'une consultation classée CCMU 1.

49 ont bénéficié d'une consultation classée CCMU 2.

2 patients sont partis avant la fin de leur prise en charge.

3.4.3. Patients adressés (Tableau 4)

Au total, 6 patients ont été adressés par 6 médecins traitants différents pour des investigations complémentaires moins accessibles en cabinet de médecine générale :

- 2 avis auprès d'un chirurgien avec pour chacun la programmation d'une chirurgie ambulatoires dans les jours suivants,
- 1 plâtre,
- 1 dosage de la troponine,
- 1 avis auprès d'un neurologue,
- 1 consultation auprès d'un gynécologue.

Tableau 4 : Données a posteriori

Motifs de consultations	Médical	40 (46)
	Traumatologique	47 (53)
	Social	1 (1)
Patients adressés	Non	82 (93)
	Oui	6 (7)
CCMU modifiée	1	37 (42)
	2	49 (56)
	Partis avant	2 (2)

Les données sont exprimées en effectifs (fréquences en pourcentages).

3.5. COMPARAISONS STATISTIQUES DES RESULTATS

3.5.1. Comparaisons entre les médecins traitants contactés par leurs patients et les autres (Annexe 6)

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins traitants contactés par leurs patients et ceux non contactés.

En revanche, il existe des tendances.

- Nous constatons que les patients qui consultent plus souvent leur médecin traitant, ont tendance à le contacter plus facilement en cas d'urgence que les patients qui le consultent moins ($p = 0.114$).

- Aussi, les médecins traitants jugés non réactifs sont moins contactés par leurs patients pour les problèmes qu'ils jugent urgents ($p = 0.114$).

- Enfin, les patients qui ont déjà consulté leur médecin traitant pour le même motif le recontactent plus facilement ($p = 0.0919$).

3.5.2. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois (Annexe 7)

Nous avons mis en évidence une différence significative entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations de leurs patients au SAU au cours des 6 derniers mois : en effet, la patientèle des médecins traitants qui réalisent le tiers payant consulte moins aux urgences que la patientèle des médecins traitants qui ne le réalisent pas ($p = 0,0354$).

3.5.3. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient (Annexe 8)

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins traitants en fonction de l'aptitude ressentie par le patient à gérer la situation qui l'amène à consulter le SAU.

En revanche, nous constatons que l'aptitude du médecin traitant ressentie par les patients n'est pas liée à l'âge de ce dernier ($p > 0,999$), à sa réactivité ($p = 0,434$), à la réalisation d'ECG ($p = 0,734$) ou de sutures ($p = 0,874$).

IV) DISCUSSION

4.1. SUR LA METHODE

4.1.1. Sur l'échantillonnage

L'étude a inclus 88 patients consécutifs correspondant à 97,8% des patients éligibles. La population a été sélectionnée de manière stricte permettant de déterminer précisément les patients qui auraient pu être pris en charge en ville. Ce taux montre également l'intérêt des patients pour la question. Très rares sont les études qui se sont penchées sur l'opinion des patients concernant la pratique de leur médecin traitant face à des situations d'urgences ne relevant pas du SAU. Il est particulièrement intéressant de connaître leurs représentations afin de déterminer les implications que cela engendre dans leur mode de consultation.

Les inclusions ont été effectuées sur une semaine complète pendant les heures ouvrables des cabinets des médecins généralistes, permettant d'avoir un échantillon très représentatif de la fréquentation des urgences de Beaune. La fréquentation du SAU pendant notre semaine d'inclusion reflétait aussi l'activité moyenne du service.

4.1.2. Sur le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré selon plusieurs modèles^{12,16} et le nombre d'items était restreint permettant une très bonne lisibilité et compréhension par le patient, mais également son adhésion. Aussi, il n'y a aucune donnée manquante sur les questionnaires. Enfin, le recueil anonyme des réponses permet de limiter les biais de déclaration.

4.1.3. Représentativité de l'échantillon

4.1.3.1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques

Dans notre étude, les usagers sont majoritairement des hommes avec un sex-ratio de 0.76. Ce déséquilibre des genres est retrouvé dans d'autres études réalisées au niveau national.¹⁷ Aussi, 7 % de notre population bénéficie de la CMU. Ce chiffre correspond sensiblement à l'effectif national de 8 %.¹⁸

Concernant la situation familiale de notre population, celle-ci est comparable au site du Conseil Général. En effet, la commune de Beaune recense une population constituée pour 45 % de couples mariés (contre 50 % dans notre étude) et pour 48 % de personnes célibataires ou divorcées (contre 47 % dans notre étude).

Dans notre étude, seuls 10 patients habitent à plus de 10 km du cabinet de leur médecin traitant. Cela va à l'encontre de certaines études qui incriminent la désertification de certaines zones géographiques pour expliquer l'augmentation des urgences « non appropriées ».¹⁹

4.1.3.2. Caractéristiques sanitaires

Parmi les 88 patients de notre étude, seuls 3 patients n'ont pas de médecin traitant déclaré. C'est donc 96.6 % de notre population qui a déclaré un médecin traitant. La proportion de patients ayant un médecin traitant dans notre population est plus importante que pour la population générale. En effet, la Cour des comptes comptabilisait, en décembre 2011, un taux d'adhésion à la déclaration du médecin traitant de 89,7 %.²⁰

Dans notre étude, on constate que le libre choix du médecin traitant par les patients, instauré par la loi du 13 août 2004, repose principalement sur les recommandations des amis et/ou de la famille. La France responsabilise ainsi ses assurés qui deviennent acteurs de la relation médecin-patient contrairement au Danemark et à l'Angleterre où les médecins traitants sont attribués de manière impartiale au patient lors de son installation dans une commune.

Plus de la moitié de nos patients ont consulté plus d'une fois les urgences au cours des 6 derniers mois. D'après de nombreuses études, les patients choisissent les urgences pour leur disponibilité médicale, leurs horaires continus et leur accessibilité aux moyens techniques sans que le médecin généraliste n'y puisse rien changer.^{7,12,21,22} Les Français ont une grande confiance dans les services hospitaliers.⁴ Une étude de la CNAMTS montre que les patients des urgences y trouvent satisfaction et y retournent.²³

4.2. SUR LES RESULTATS

4.2.1. Objectif principal : caractéristiques des médecins traitants

4.2.1.1. Caractéristiques démographiques

40 % des médecins de notre étude sont des femmes, ce qui correspond sensiblement à l'échelle départementale puisque 48 % des médecins généralistes de Côte d'Or sont des femmes.²⁴ Cela va à l'encontre de certaines études qui pointent du doigt la féminisation de la profession comme facteur aggravant la demande de soins non programmés.¹⁹

4.2.1.2. Caractéristiques d'installation

44 % des médecins de notre étude travaillent dans une commune de moins de 2000 habitants. Dans une étude nationale de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) de 2009, ils étaient seulement 21,5 % à travailler dans ce secteur rural.²⁵

Dans notre étude, 54 % des médecins travaillent en groupe. Toujours d'après l'étude de l'IRDES, ils étaient exactement dans la même proportion.²⁵ En revanche, dans une enquête conjointe de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne (URMLB) et de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de 2007, ils sont seulement 40 % à travailler en groupe.²⁶

Pour expliquer cette différence, nous constatons, dans notre étude, que ce chiffre tend à diminuer avec l'âge : il s'agit essentiellement des médecins traitants plus âgés qui travaillent seuls. Cette composante générationnelle est également retrouvée dans l'étude IRDES.²⁵

Seuls 28 % des médecins de notre étude n'ont pas de secrétaire. Selon l'étude de l'URMLB et de l'ORS, ils sont un peu moins de 40 % à travailler sans secrétariat.²⁶ Cette différence est d'autant plus importante que notre questionnaire ne faisait pas la différence entre secrétariat et télé secrétariat et des personnes ont pu cocher par défaut « non » car leur médecin n'a pas de secrétaire mais une plateforme téléphonique.

4.2.1.3. Caractéristiques organisationnelles face à l'urgence

85 % des patients de notre étude considèrent que leur médecin traitant est réactif aux besoins qu'ils jugent urgents. D'autres études vont dans ce sens : selon une enquête réalisée en 2008 par l'institut BVA, 91 % des Français ont une bonne opinion de leur médecin généraliste.²⁷

86 % disent obtenir un rendez-vous dans les 48 heures quand leur motif de consultation relève de l'urgence. Cela contraste avec une autre thèse où le médecin généraliste est déclaré par ses patients toujours disponible dans seulement 58 % des cas contre 41 % qui estiment qu'il est difficilement disponible (et 1 % jamais).²⁸ Cette difficulté à obtenir un rendez-vous est retrouvée chez un sondé sur 3 dans une étude de l'institut CSA parue en 2011 et serait la première cause de renoncement aux soins.²⁹

Dans notre étude, il existe un paradoxe entre le ressenti des patients sur la réactivité de leur médecin traitant qui est positive et le fait de le contacter. En effet, ils sont seulement 33 % à avoir contacté leur médecin traitant préalablement à leur consultation aux urgences. Pourtant, 89 % d'entre eux ont eu au minimum un conseil (26 %) et au mieux un rendez-vous fixé dans les 48 heures (63 %).

4.2.1.4. Caractéristiques professionnelles

Il existe dans notre étude une grande inadéquation entre l'opinion des patients sur l'aptitude de leur médecin traitant à gérer la situation et ce qu'il en est vraiment : plus de la moitié (53 %) des patients pensent que leur médecin traitant n'aurait pas pu gérer la situation alors que l'ensemble de nos patients sont rentrés à domicile après leur consultation.

Cette inadéquation peut expliquer que les patients aient confiance en la réactivité de leur médecin traitant mais ne le contactent pas car ne le jugent pas compétent.

Cette représentation des patients est retrouvée dans l'enquête Baromètre Santé & Société où la note accordée par la population aux compétences des médecins généralistes est de 5.7 sur 10.³⁰ Dans une thèse réalisée en 2013, la note attribuée est plus valorisante : 7,4 sur 10 et augmente progressivement avec l'âge des personnes interrogées.²⁸ Cette exigence croissante chez les générations plus jeunes vis-à-vis des compétences semble en partie corrélée à des patients « plus experts » par le biais d'Internet et la vulgarisation de l'information médicale.

Notre étude va à l'encontre de deux autres études. En effet, selon l'enquête de l'institut BVA, seuls 12 % de la population souhaitent voir leur médecin généraliste s'améliorer en ce qui concerne ses compétences techniques.²⁷ Et selon l'enquête DRESS de 2015, 88 % des Français sont satisfaits de la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes.³¹

Nous constatons dans notre étude que nos compétences de médecin généraliste sont remises en question par nos patients. Pourtant, dans l'étude conjointe URMLB et ORS, ce sont 88 % des médecins bourguignons qui participent à des formations médicales continues et près de la moitié qui a un diplôme supplémentaire à son doctorat de médecine (capacité ou diplôme universitaire).²⁶

Nous pouvons supposer que ces différences entre ressenti de nos patients et pratique réelle viennent d'une méconnaissance de nos patients en ce qui concerne les champs de nos compétences.

Il existe pourtant des rapports qui insistent sur l'importance d'informer et de responsabiliser la patientèle. Ces rapports précisent que cette information peut se faire en pré ou intra-hospitalier et dans les réseaux de soins en utilisant les technologies de l'information et de la communication.³² Cette information, lisible, exhaustive, pratique, performante et précise, doit reposer sur une offre de soins stable, fiable et bien organisée de façon à aboutir à une utilisation efficiente du système de soins par la population.^{4,33,34}

Pour sensibiliser le grand public à nos compétences, nous pouvons nous interroger sur l'intérêt de mettre en place une action à l'échelle nationale comme de nombreuses autres campagnes déjà réalisées à l'aide de différents supports tels que des affiches (Annexe 9), brochures, vidéos, à publier dans nos cabinets mais aussi via les moyens de communications actuels : journaux, télévision, radio, Internet.

Selon Deccache et Lavendhomme, « l'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage [...] concernant [...] l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé [...] ». ³⁵

En effet, lorsque le patient revient voir son médecin traitant au décours d'une consultation aux urgences non justifiée, ce dernier peut tout à fait s'entretenir avec lui sur le rôle des urgences et ses capacités, à lui, à prendre en charge la pathologie afin que le patient ait une meilleure connaissance des filières de prise en charge.

4.2.2. Objectifs secondaires : comparaisons statistiques des résultats

4.2.2.1. Comparaisons entre les médecins traitants contactés par leurs patients et les autres

On remarque que les patients qui consultent régulièrement leur médecin traitant, le contactent plus facilement. Cela est retrouvé dans une étude de Coleman et al où il est démontré que les patients qui présentent des pathologies chroniques et qui sont suivis régulièrement par leur médecin traitant fréquentent moins les urgences. ³⁶

Nous pensons que cela vient sûrement du sentiment de confiance qui s'instaure au fil des différentes consultations. En tenant compte de cette donnée, il nous paraît primordial de rappeler l'importance dans notre pratique de la relation médecin-patient.

4.2.2.2. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois

Nous avons pu mettre en évidence une différence significative en comparant les caractéristiques des différents médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leur patient au cours des 6 derniers mois : les patients dont le médecin généraliste réalise le tiers payant consultent moins que leurs homologues ($p = 0,0354$).

Le tiers payant semblerait donc faciliter l'accès aux soins.

Cependant, nous pensons que la réalisation systématique du tiers payant doit être étudiée et ne va pas forcément de pair avec le désengorgement des urgences. En effet, avec cette procédure, les patients consulteront peut-être plus facilement, augmentant le nombre de consultations en médecine ambulatoire qui conduira alors inévitablement au retour aux urgences de consultations inappropriées.

4.2.2.3. Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins généralistes, qu'ils soient considérés comme aptes à prendre en charge ou non la pathologie qui amène les patients.

Il est intéressant de constater que l'âge ne rentre pas en compte. En effet, les médecins plus âgés et donc plus expérimentés ne sont pas considérés comme plus aptes que les jeunes médecins, tout juste diplômés, qui sortent des bancs de la faculté.

Dans une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URMLRA), réalisée en 2005, la compétence des médecins traitants semble être renforcée pour le patient par la présence d'internes ou d'externes dans le cabinet.³⁷ Nous n'avons cependant pas réussi, dans notre étude, à mettre ce critère en évidence.

4.3. LIMITES DE L'ETUDE

L'étude est mono centrique. Elle se déroule exclusivement aux urgences de Beaune.

Ensuite, notre échantillon est de petite taille malgré un fort taux de réponses : 88 patients inclus. Devant ce faible échantillon, nous avons utilisé, pour comparer les résultats, le test exact de Fischer. Cependant, certaines données n'ont pas pu être comparées en raison de sous-groupes trop faibles. L'extrapolation des données à plus grande échelle n'est probablement pas possible mais nous pouvons en dégager des tendances et les comparer à des études statistiquement fiables.

4.4. PERSPECTIVES

L'information des patients sur nos pratiques semble être erronée ou incomplète. Nous pouvons donc nous interroger sur les modes d'information possibles des patients. Ceci pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.

Aussi, deux autres études sont actuellement en cours :

- l'étude CONFU, multicentrique, dans les SAU de Dijon, Chalon-sur-Saône et Mâcon, composée d'une étude quantitative et d'une étude qualitative. L'objectif principal de l'étude qualitative est d'explorer les motifs de recours direct au SAU chez les patients adultes non-référés et ne relevant pas d'une prise en charge spécifique en structure d'urgences. L'objectif principal de l'étude quantitative est de déterminer la proportion de consultations en SAU ne nécessitant pas le plateau technique du SAU parmi les patients adultes auto-référés.

- l'autre uni centrique, au SAU de Beaune, qui recherche s'il existe une différence significative de précarité entre les patients auto-référés au SAU dont la prise en charge ne relève pas du SAU et les patients consultant en cabinet de médecine générale.

Enfin, une étude multicentrique de plus grande puissance permettrait de mettre en évidence d'éventuelles caractéristiques, imputables aux médecins traitants, significatives dans la venue de leur patientèle aux urgences, et d'optimiser ainsi leur prise en charge.

V) CONCLUSIONS

Notre travail, réalisé à partir d'une enquête d'opinion, avait pour objectif principal de mettre en évidence les caractéristiques des médecins traitants dont la patientèle consulte aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. Nous avons dégagé 4 idées principales provenant des réponses de 88 patients majeurs qui se sont présentés par leurs propres moyens, au Service d'Accueil des Urgences (SAU) des Hospices Civils de Beaune du lundi 27 juin au samedi 2 juillet 2016 :

1) L'organisation du médecin généraliste face aux urgences ne semble pas responsable de la venue des patients au SAU puisque cette organisation, selon les patients, est appropriée à leurs attentes. Pour 85 % d'entre eux, leur médecin traitant est réactif aux besoins qu'ils jugent urgents. 86 % obtiennent un rendez-vous dans les 48 heures. Pour ceux qui l'ont effectivement contacté, 89 % ont eu un rendez-vous ou un conseil.

2) Les compétences du médecin traitant sont méconnues de leurs patients. 50 % pensent que leur médecin traitant n'est pas apte à prendre en charge leur pathologie alors que la totalité d'entre eux est rentrée à domicile après la consultation au SAU, avec la réalisation ou non de biologies, d'imageries ou d'avis spécialisés. 71 % ne savent pas si leur médecin traitant fait des sutures et 52 % ne savent pas s'il réalise des électrocardiogrammes.

3) Nous constatons de manière significative que les médecins traitants qui réalisent le tiers payant ont une patientèle qui consulte moins les urgences que les autres.

4) Enfin, la relation médecin-patient a une place prépondérante dans la consultation aux urgences. En effet, les patients qui consultent régulièrement leur médecin traitant ou qui l'ont déjà vu pour le même motif, ont une tendance statistique à le contacter plus facilement.

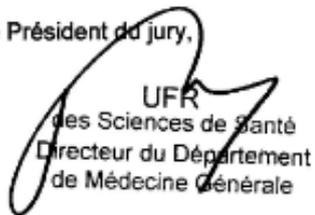
Afin d'optimiser la prise en charge de nos patients et dans l'intention de promouvoir une meilleure qualité de soins, d'après notre étude, nous pouvons proposer 3 axes de réflexion au sujet de notre mode d'exercice :

1) L'information et l'éducation de nos patients sur nos compétences mais aussi sur le fonctionnement du parcours de soins coordonnés sont des pistes prioritaires.

2) Le tiers payant semblerait faciliter l'accès aux soins ambulatoires.

3) Le renforcement de la relation médecin-patient, basée sur le libre choix de ce dernier et sur la confiance envers le praticien, doit être au cœur de nos préoccupations professionnelles.

Le Président du jury,



UFR
des Sciences de Santé
Directeur du Département
de Médecine Générale

Professeur Jean-Noël BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 2 NOVEMBRE 2016

Le Doyen



Pr. F. HUET

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. **Allen J, Gay B.** The european definition of the discipline of general practice. WONCA Europe. [En ligne]. 2002. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. **Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al.** Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006 ; 76 :31-2.
3. **République française.** Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JO du 23 mai 2006. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
4. **Cour des Comptes.** Rapport public annuel. Les urgences médicales, constats et évolution récente. 2007 ; 313-346.
5. **Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al.** ED patients: how non urgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J of Emerg Med. 2011 March ; 29(3):333-345.
6. **Lemay A, Béland F, Contandriopoulos A-P, Boucher M, Lavoie G.** Analyse économique de l'utilisation des services d'urgence hospitaliers. Sciences sociales et santé. 1996; 14(2):5-38.
7. **Boisguérin B, Valdelièvre H.** Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Études et Résultats DRESS. 2014 Juillet ; 889.
8. **Leduc N, Ricard J, Farand L, Roberge D, Gbaya A-A.** Les alternatives au recours à l'urgence hospitalière dans le sud de la région de Lanaudière. Université de Montréal, faculté de médecine : GRIS; 2003 Avril. R03-04.
9. **Coleman P, Irons R, Nicholl J.** Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J. 2001 ; 18(6):482-487.
10. **Braun F, Pateron D, Giroud M.** Surcharge des structures des urgences et gestion des hospitalisations. Samu-Urgences de France. 2013 Septembre.
11. **Colombier G.** La prise en charge des urgences médicales. Assemblée Nationale. [En ligne]. 2007 Février ; (3672)4-584. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr>.

12. **Bergerot P.** Pourquoi des patients possiblement ambulatoires consultent aux urgences hospitalières ? : enquête prospective auprès de patients (classés a posteriori CCMU 1 et 2) consultant aux urgences des Hospices de Beaune. Thèse de médecine. Université de Dijon. 2012.
13. **Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al.** Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002 ; 14:111-8.
14. **INSEE.** Populations légales 2013. [En ligne]. 2015 Décembre. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/default.asp?annee=2013>
15. **INSEE.** Nomenclatures des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS 2003), Paris. [En ligne]. 2003. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Guide_PCS-2003.pdf
16. **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.** Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. Questionnaire patient. DRESS. [En ligne]. 2013 Juin. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>.
17. **Baubeau D, Carrasco V.** Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale. Études et Résultats DRESS. [En ligne]. 2003 Janvier ; (212). Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er212.pdf>.
18. **Jess N.** Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Études et Résultats DRESS. [En ligne]. 2015 Décembre ; (944). Disponible sur : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/DREES_ER944_recours_soins_cmuc.pdf.
19. **Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L.** Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. *Revue française des affaires sociales*. 2006 Février ; (2-3):91-119.
20. **Cour des comptes.** Rapport public annuel. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. 2013 ; 187-218.
21. **Thomas A.** Etude descriptive et rétrospective des motifs d'admission et diagnostics de sortie dans un service d'urgence : profil du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Tulle. Thèse de médecine. Université de Limoges. 2014.

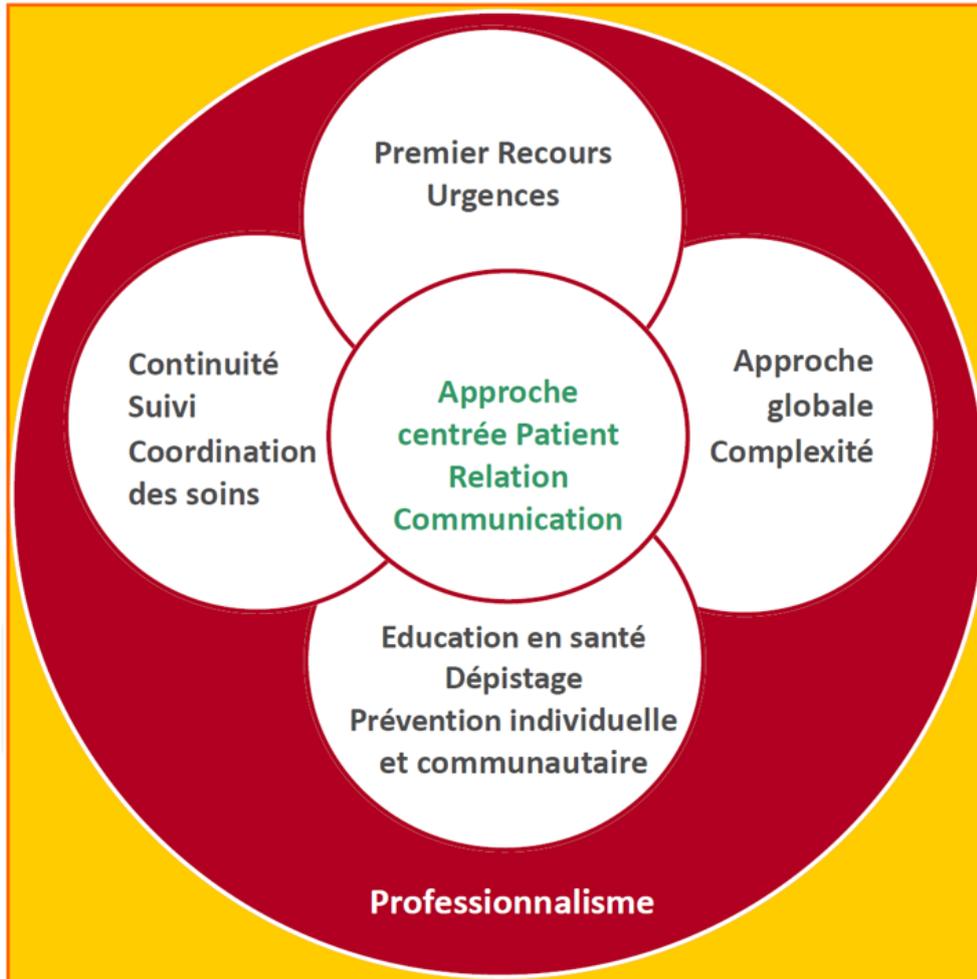
22. **Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P.** Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2009 ; 57(1), 3-9.
23. **CNAMTS.** Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. [En ligne]. 2003. Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/CNAMTSrapport.pdf>.
24. **Le Breton-Lerouillois G.** Atlas régional de la démographie médicale. La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2015. [En ligne]. 2015. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_bourgogne_2015.pdf.
25. **Baudiera F, Bourgueilb Y, Evrardc I, Gautierd A, Le Furb P, Mousquès J.** La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. [En ligne]. 2010 Septembre. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>.
26. **Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C.** Le panel de médecins généralistes en Bourgogne : première enquête, premier état des lieux. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne, Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne, 2008 Février.
27. **Hermange, M-T, Sénateur M-C.** Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2008;192(4), 805-16.
28. **Mourton E.** Représentation sociale du médecin généraliste dans la population Lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Nancy. 2013.
29. **Institut CSA.** Les médecins nous font trop attendre. [En ligne]. 2011 Octobre. Disponible sur : <https://www.csa.eu/fr>
30. **Institut CSA.** Evaluation du système de santé et de la qualité des soins. Baromètre Santé et société. [En ligne]. 2013 Octobre. Disponible sur : <https://www.csa.eu/fr>
31. **Papuchon A, Perron-Bailly E.** Les Français sont satisfaits du système de soins, mais restent inquiets de la montée de la pauvreté et de l'exclusion. Synthèse des résultats de l'enquête 2015, DRESS. 2016 Février.
32. **Ministère de la Santé, de la famille et des Personnes Handicapées.** Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

33. **Grall J-Y.** Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Solidarités. 2007 Aout.
34. **Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral.** Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale. Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales de Médecins en Exercice Libéral. 2001 Juillet.
35. **Deccache A, Lavendhomme E.** Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. Bruxelles, De Boeck-Wesmael, coll. avoires et santé. 1989 ; 239 p.
36. **Coleman E-A, Eilertsen T-B, Kramer A-M, Magid D-J, Beck A, Conner D.** Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. Eff Clin Pract. 2001 ; 4:49-57
37. **Olaya E, Barbedienne P, Bard P, Batard G, Chermand D, Granet G, et al.** Etude des mutations de la médecine générale. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2005 Juillet.

VII) ANNEXES

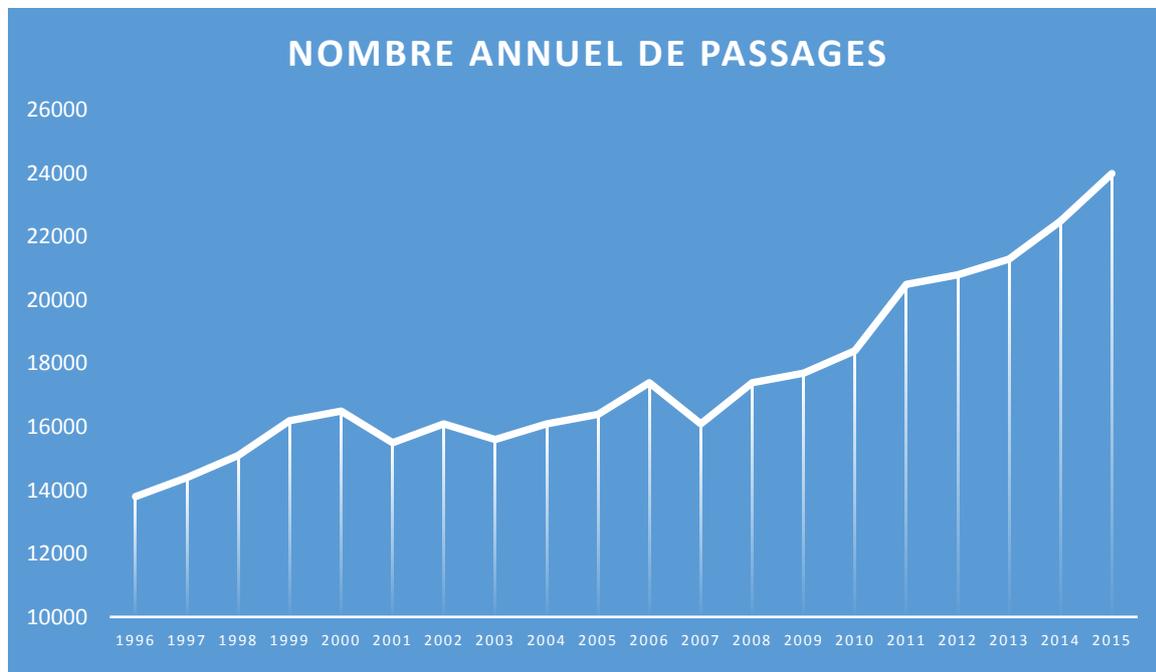
6.1. Annexe 1 : La marguerite des compétences

(Source : d'après Attali C, Bail P, groupe « niveaux de compétences » du CNGE)



6.2. Annexe 2 : Nombre annuel de passages aux urgences des Hospices Civils de Beaune

(Source : d'après les archives du SAU des Hospices Civils de Beaune)



6.3. Annexe 3 : Définitions CCMU modifiée

(Source : d'après l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/livsau.pdf>)

La **Classification Clinique des Malades des Urgences** (CCMU) modifiée (par ajout des classes P et D) permet de déterminer, à la fin de l'examen clinique initial, le degré de gravité des patients. Cette cotation est faite par le médecin en charge du patient. La CCMU comprend 7 catégories différentes :

- CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation.
- CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise.

6.4. Annexe 4 : Questionnaire de l'étude

Questionnaire

NB : Ce questionnaire est strictement anonyme

Initiales :

Heure d'arrivée au service des urgences :

Motif : traumatologique , médical , social ?

Adressé : oui , non ?

CCMU :

A) Concernant votre médecin

1) Avez-vous un médecin traitant ? Oui / Non

2) Est-ce : un homme ? une femme ?

3) Votre médecin traitant vous paraît-il : jeune (moins de 40 ans) ? intermédiaire (40-55 ans) ?
âgé (plus de 55 ans) ?

4) Dans quelle ville exerce-t-il ?

5) Travaille-t-il : seul ? avec des confrères ?

6) Prend-il un remplaçant lorsqu'il est absent ? Oui / Non / Ne sais pas

7) A-t-il des jeunes (internes en médecine) qui assurent certaines de ses consultations ?

Oui / Non / Ne sais pas

8) Pourquoi avez-vous choisi ce médecin traitant ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Recommandations d'amis/famille / Distance domicile-cabinet / Réalisation du tiers payant

Autre :

9) Votre médecin traitant effectue-t-il le tiers payant ? Oui / Non

10) Combien de fois avez-vous vu votre médecin traitant au cours des 6 derniers mois ?

Jamais / Entre 1 et 2 fois / Entre 2 et 5 fois / Plus de 5 fois

11) Votre médecin traitant a-t-il une secrétaire ? Oui / Non

° Si oui : Combien de temps mettez-vous en moyenne pour avoir la secrétaire de votre
médecin traitant, au téléphone, une fois que vous avez composé le numéro ?

Moins de 5 minutes / Entre 5 et 10 minutes / Plus de 10 minutes

° Si non : Combien de temps mettez-vous en moyenne pour avoir votre médecin traitant,
au téléphone, une fois que vous avez composé le numéro ?

Moins de 5 minutes / Entre 5 et 10 minutes / Plus de 10 minutes

12) Pouvez-vous prendre rendez-vous avec votre médecin traitant via internet ? Oui / Non

13) Pensez-vous que votre médecin traitant soit réactif aux besoins que vous jugez urgents ?

Oui / Non

° Si non : pourquoi ?

14) Pour une raison que vous jugez grave, dans quel délai, en moyenne, vous propose-t-on un
rendez-vous chez votre médecin traitant ?

Dans les 24 heures / Dans les 48 heures / Plus de 48 heures

15) Votre médecin traitant propose-t-il des plages de consultations sans rendez-vous ?

Oui / Non / Ne sais pas

16) Propose-t-il des créneaux d'urgences ? Oui / Non / Ne sais pas

17) Fait-il des visites à domicile ? Oui / Non / Ne sais pas

18) Fait-il des sutures ? Oui / Non / Ne sais pas

19) Fait-il des électrocardiogrammes ? Oui / Non / Ne sais pas

20) Est-il souvent en retard ? Oui / Non

B) Vous concernant

- 1) Vous êtes : un homme ? une femme ?
- 2) Quel est votre âge :
- 3) Quelle est votre profession ?
- 4) Quelle est votre situation familiale ? Marié / Pacsé / Divorcé / Veuf / Célibataire
- 5) Dans quelle ville vivez-vous ?
- 6) A quelle distance se situe votre domicile du cabinet de votre médecin traitant ?
< 5 km / 5 à 10 km / 10 à 20 km / > 20 km
- 7) A quelle distance se situe votre domicile du Service d'Accueil des Urgences ?
< 5 km / 5 à 10 km / 10 à 20 km / > 20 km
- 8) Possédez-vous un véhicule, ou avez-vous la possibilité d'en trouver un dans votre entourage, pour vous rendre chez votre médecin traitant ? Oui / Non
- 9) Quelle(s) est(sont) votre(vos) couverture(s) sociale(s) ? *(Plusieurs réponses possibles)*
Sécurité sociale / CMU / AME / complémentaire / prise en charge à 100% / aucune
- 10) Combien de fois êtes-vous venu(e) aux urgences au cours des 6 derniers mois ?
Jamais / Entre 1 et 2 fois / Entre 2 et 5 fois / Plus de 5 fois

C) Concernant cette consultation aux urgences

- 1) Avez-vous déjà vu votre médecin traitant pour ce problème ? Oui / Non
° Si oui : Il y a combien de temps ?
- 2) Avez-vous pris contact avec votre médecin traitant avant de venir aujourd'hui aux urgences ?
Oui / Non
° Si oui : Vous ~~a-t-il~~ donné un rendez-vous dans la journée ? pour demain ? pour plus tard ? Vous ~~a-t-il~~ conseillé de venir consulter aux urgences ?
- 3) Votre médecin traitant travaillait-il aujourd'hui ? Oui / Non / Ne sais pas
- 4) Votre médecin traitant vous paraît-il apte à prendre en charge cette situation ? Oui / Non
- 5) Pensez-vous que votre motif de consultation soit grave ? Oui / Non
- 6) Pensez-vous être hospitalisé(e) à l'issue de votre consultation ? Oui / Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions : cela nous aidera à mieux comprendre ce que les patients attendent du service des urgences, et donc à mieux nous en occuper.

6.5. Annexe 5 : Grille PCS¹⁵

PCS 2003 Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles	
Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

6.6. Annexe 6 : Comparaisons entre les médecins traitants qui ont été contactés par leurs patients et ceux non contactés

		Fréquence des MT non contactés	Fréquence des MT contactés	p
Sexe du médecin traitant	Femme	41.071	37.037	0.813
	Homme	58.928	62.962	
Âge du médecin traitant	Agé	23.214	14.814	0.350
	Intermédiaire	58.928	59.258	
	Jeune	17.857	25.925	
Mode d'exercice	Seul	46.428	44.4444	0.999
	Avec des confrères	53.571	55.555	
Recours à des remplaçants	Non	14.285	3.703	0.136
	Oui	66.071	59.259	
	NSP	19.642	37.037	
Formation des internes	Non	51.785	40.74	0.364
	Oui	16.071	29.629	
	NSP	32.142	29.629	
Réalisation du tiers payant	Non	39.285	29.629	0.383
	Oui	57.142	59.259	
	NSP	3.571	11.111	
Nombre de consultations < 6 mois	0	23.214	11.111	0.114
	1<n<2	44.642	29.629	
	2<n<5	19.642	40.74	
	>5	12.5	18.518	
	NSP	3.571	11.111	
Secrétariat	Non	32.142	18.518	0.332
	Oui	67.856	81.481	
Attente téléphone	<5 min	80.357	74.074	0.895
	5<a<10 min	17.857	22.222	
	>10 min	1.785	3.703	
Existence de prise de rendez-vous par internet	Non	91.071	96.296	0.688
	Oui	5.357	3.703	
	NSP	3.571	0	
Réactivité du MT face aux besoins urgents	Non	5.769	18.518	0.114
	Oui	94.23	81.481	
Délai d'obtention d'un rendez-vous pour un motif jugé grave	<24 h	66.071	66.666	0.882
	<48 h	17.857	22.222	
	>48 h	8.928	3.703	
	NSP	7.142	7.407	
	NSP	7.142	7.407	
Consultation sans rendez-vous	Non	41.071	44.444	0.870
	Oui	35.714	29.629	
	NSP	23.214	25.925	
Créneaux d'urgences	Non	17.857	11.111	0.739
	Oui	33.928	37.037	
	NSP	48.214	51.851	
Réalisation de visites à domicile	Non	25	22.222	0.900
	Oui	57.142	55.555	
	NSP	17.857	22.222	
Réalisation de sutures	Non	12.5	11.111	0.757
	Oui	14.285	22.222	
	NSP	73.214	66.666	
Réalisation d'ECG	Non	32.142	29.629	0.512
	Oui	19.642	11.111	
	NSP	48.214	59.259	
Retard	Non	73.214	77.777	0.789
	Oui	26.785	22.222	
Déjà consulté le MT pour le même motif	Non	83.928	66.666	0.0919
	Oui	16.071	33.333	

MT : Médecin traitant ; SAU : Service d'Accueil des Urgences.

6.7. Annexe 7 : Comparaisons entre les médecins traitants en fonction du nombre de consultations au SAU de leurs patients au cours des 6 derniers mois

		1ère cs en 6 mois au SAU	NB de cs en 6 mois au SAU >1	p
Sexe du médecin traitant	Femme	55.587	43.997	0.371
	Homme	44.412	56.002	
Âge du médecin traitant	Agé	37.822	27.376	0.120
	Intermédiaire	24.355	45.247	
	Jeune	37.822	27.376	
Mode d'exercice	Seul	44.606	55.425	0.381
	Avec des confrères	55.393	44.574	
Recours à des remplaçants	Non	48.512	51.257	0.999
	Oui	51.487	48.742	
Formation des internes	Non	45.946	54.838	0.576
	Oui	54.053	45.161	
Réalisation du tiers payant	Non	62.745	35.555	0.0354
	Oui	37.254	64.444	
Nombre de consultations < 6 mois	0	32.416	18.098	0.150
	1<n<2	45.845	23.475	
	2<n<5	18.860	30.713	
	>5	17.288	32.175	
Secrétariat	Non	58.765	39.072	0.143
	Oui	41.234	60.927	
Attente téléphone	<5 min	35.812	30.980	0.790
	5<a<10 min	29.954	36.539	
	>10 min	34.233	32.479	
Existence d'un planning de rendez-vous sur Internet	Non	66.952	39.686	1
	Oui	33.047	60.313	
Réactivité du médecin traitant face aux besoins urgents	Non	50.335	49.650	0.999
	Oui	49.644	50.349	
Délai d'obtention d'un rendez- vous pour un motif jugé grave	<24 h	45.454	54.545	0.614
	<48 h	54.545	45.454	
Consultation sans rendez-vous	Non	46.043	53.900	0.615
	Oui	53.956	46.099	
Créneaux d'urgences	Non	54.570	45.546	0.740
	Oui	45.429	54.450	
Réalisation de visites à domicile	Non	54.023	44.976	0.596
	Oui	45.976	55.023	
Réalisation de sutures	Non	63.636	41.176	0.402
	Oui	36.363	58.823	
Réalisation d'ECG	Non	42.541	57.377	0.509
	Oui	57.458	42.623	
Retard	Non	59.008	42.180	0.214
	Oui	40.991	57.819	
Contact MT	Non	51.819	48.182	0.817
	Oui	48.180	51.817	
Aptitude du MT	Non	54.006	45.552	0.491
	Oui	45.993	54.447	

Cs : Consultations ; MT : Médecin traitant ; NB : Nombre ; SAU : Service d'Accueil des Urgences.

6.8. Annexe 8 : Comparaisons entre les médecins traitants en fonction de leur aptitude à gérer la pathologie selon le patient

		MT non apte	MT apte	p
Sexe du MT	Femme	51.194	48.889	1
	Homme	48.805	51.1	
Âge du MT	> 55 ans	46.993	17.561	> 0.999
	40 à 55 ans	26.153	41.463	
	< 40 ans	26.852	40.975	
Mode d'exercice	Seul	54.217	49.373	0.422
	Avec des confrères	45.782	50.626	
Remplaçants	Non	41.406	13.535	0.154
	Oui	23.102	57.460	
Internes	NSP	35.491	29.003	0.717
	Non	39.161	25.132	
	Oui	30.714	39.423	
Tiers payant	NSP	30.123	35.443	1
	Non	32.241	32.116	
	Oui	31.486	32.846	
Nombre de consultations au cabinet en 6 mois	NSP	36.272	35.036	0.232
	0	28.205	27.798	
	1<n<2	27.350	23.104	
	2<n<5	31.908	17.328	
	>5	12.535	31.769	
Secrétariat	Non	52.642	51.205	0.759
	Oui	47.357	48.794	
Attente téléphone	< 5 min	32.989	27.4	0.650
	5 <a< 10 min	35.476	33.879	
	> 10 min	31.544	38.719	
RDV Internet	Non	34.745	33.429	0.816
	Oui	32.627	22.190	
	NSP	32.627	44.380	
MT réactif	Non	56.799	46.710	0.434
	Oui	43.2	53.289	
Délai consultation	< 24 h	31.404	17.085	0.999
	< 48 h	23.614	27.638	
	> 48 h	26.988	27.638	
	NSP	17.992	27.638	
Consultation sans rendez-vous	Non	36.363	29.813	0.795
	Oui	31.818	31.055	
	NSP	31.818	39.130	
Créneaux d'urgences	Non	40.546	23.205	0.155
	Oui	32.312	27.740	
	NSP	27.140	49.053	
Visites à domicile	Non	39.262	27.797	0.154
	Oui	36.199	37.456	
	NSP	24.538	34.746	
Réalisation de sutures	Non	36.913	35.397	0.874
	Oui	30.761	31.604	
	NSP	32.325	32.997	
Réalisation d'ECG	Non	36.317	33.098	0.734
	Oui	31.475	36.881	
	NSP	32.206	30.019	
Retard	Non	42.056	63.785	0.359
	Oui	57.943	36.214	

MT : Médecin traitant ; SAU : Service d'Accueil des Urgences.

6.9. Annexe 9 : Exemple d'affiche d'information du grand public

Campagne publicitaire de l'Assurance Maladie, lancée en 2002, concernant le bon usage des antibiotiques en France.

(Source : www.ameli.fr)



RESUME

TITRE DE LA THESE :

Caractéristiques des médecins traitants dont la patientèle consulte au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Beaune et dont la prise en charge aurait pu être effectuée en médecine libérale.

(Enquête d'opinion, prospective, réalisée au SAU de Beaune du 27 juin au 2 juillet 2016).

AUTEUR : MADAME BOURASSEAU AUDREY

RESUME :

INTRODUCTION : L'engorgement des Services d'Accueil des Urgences est une problématique qui touche l'ensemble du territoire alors que nous constatons qu'une partie des consultations pourrait être réalisée par le médecin généraliste en ambulatoire. Notre étude avait pour objectif d'étudier les caractéristiques des médecins traitants, d'après leurs patients qui consultent aux urgences alors qu'ils auraient pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Notre but était de proposer des axes pour optimiser la prise en charge de nos patients en adaptant notre mode d'exercice.

METHODOLOGIE : Enquête d'opinion menée auprès de 100 patients majeurs, venant par leurs propres moyens consulter aux Hospices Civils de Beaune du 27 juin au 2 juillet 2016, adressés ou non par leur médecin traitant, classés a posteriori CCMU 1 ou 2. Notre étude porte sur 97,8 % de l'effectif initial.

RESULTATS : Le médecin traitant est jugé réactif par les patients face aux urgences dans 85 % des cas. 86 % des patients disent obtenir un rendez-vous dans les 48 heures. 53 % pensent que leur médecin traitant n'est pas apte à prendre en charge leur pathologie. 71 % des patients ne savent pas si leur médecin fait des sutures et 52 % s'il fait des ECG. La caractéristique significative imputable au médecin traitant, retrouvée chez les patients qui consultent moins souvent aux urgences, est la réalisation du tiers payant ($p = 0,0354$).

CONCLUSION : Afin de promouvoir une meilleure qualité de soins et une utilisation mieux adaptée du système de santé, il est primordial d'éduquer et d'informer nos patients sur les champs des compétences de la médecine générale et sur le fonctionnement du parcours de soins coordonnés.

MOTS-CLES :

MEDECIN TRAITANT – OPINION DES PATIENTS - PARCOURS DE SOINS COORDONNES – SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES