



HAL
open science

Soins primaires et permanences des soins : étude prospective observationnelle et descriptive au sein du service d'accueil des Urgences de Sarreguemines

Annabelle Weissert

► To cite this version:

Annabelle Weissert. Soins primaires et permanences des soins : étude prospective observationnelle et descriptive au sein du service d'accueil des Urgences de Sarreguemines. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297392

HAL Id: hal-03297392

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297392>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle du Diplôme d'Etudes Spécialisées de
Médecine Générale
par

WEISSERT Annabelle

le 10 septembre 2018

**Soins primaires et permanences des soins.
Étude prospective observationnelle et descriptive au sein du
service d'accueil des Urgences de Sarreguemines.**

Membres du Jury:

| | |
|--|--------------------|
| Mr le Professeur DI PATRIZIO Paolo | Président |
| Mr le Professeur BOLLAERT Pierre-Edouard | Juge |
| Mr le Professeur PAILLE François | Juge |
| Mme la Professeure SIEGRIST Sophie | Juge |
| Mme le Docteur SERIS Emmanuelle | Juge et Directrice |



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard
FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSDIDIER - Oliéro GUERCI

Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain
LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN -
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET -
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis
REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Gérard VAILLANT - Paul VERT

Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

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

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

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

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

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

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

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

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

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

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

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

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

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

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

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

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

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

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

Docteure Elisabeth STEYER

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

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

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

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====
DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

SERMENT

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

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

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

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

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

À notre Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Professeur de Médecine Générale

Nous vous sommes particulièrement reconnaissants d'avoir accepté de suivre et de soutenir ce travail.

Vos qualités professionnelles et votre rigueur sont pour nous des exemples à suivre, votre regard et vos conseils nous ont été précieux.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

À notre Juge

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur de Réanimation médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous souhaitons vous apporter à travers ce travail l'expression de notre plus vive reconnaissance.

À notre Juge

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur de thérapeutique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À notre Juge

Madame la Professeure Sophie SIEGRIST,

Médecin généraliste

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

À notre Juge, et directrice de thèse

Madame le Docteur Emmanuelle SERIS,

Médecin Urgentiste

Nous vous remercions de nous avoir guidé dans la recherche d'un sujet de thèse et dans l'élaboration de ce travail, avec enthousiasme, disponibilité et sérieux.

Veillez trouver dans ces quelques lignes le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Monsieur le Professeur Jean marc BOIVIN,

Professeur de Médecine Générale

Merci d'avoir pris en charge temporairement ce travail.

Nous vous remercions du temps que vous nous avez octroyé ainsi que de la justesse de vos remarques.

Veillez trouver au sein de ce travail, l'expression de notre profond respect.

À mes parents,
À toi maman pour ta présence et ton soutien, merci d'avoir toujours cru en moi,
surtout dans les moments de doute qui ont jalonné mon parcours quelque peu
atypique.
À toi papa, je pense tendrement à toi.

À mes soeurs.

À mon compagnon, pour son soutien tout au long de notre parcours. Merci pour ton
écoute, ta patience, ta joie de vivre et l'espoir que tu m'apportes.

Merci au Docteur Adrian LALA, pour son aimable participation à la réalisation des
statistiques, sans laquelle il m'aurait été impossible de réaliser ce travail.

Merci au Docteur Annick CUMMINGS, pour son aide précieuse .

Merci à l'équipe médicale et paramédicale, ainsi qu'aux secrétaires du SAU de
Sarreguemines, non seulement pour l'aide dans le cadre de la réalisation de cette thèse
mais également pour leur encadrement et leur bonne humeur lors de mon passage
parmi eux!

Merci à l'ensemble de mes maitres de stage, ainsi qu'aux différents médecins,
infirmiers, aides soignants, et co-internes qui ont permis à ce que ces années soient
riche en connaissances et en émotions !

À tous ceux croisés en stage à Remiremont, Sarreguemines, Sarrebourg et Senones

À mes amis de médecine et d'ailleurs. Merci pour votre soutien et tous ces super
moments passés ensemble. Merci d'avoir fait de ces études de chouettes années.

Merci à Marine, copilote des ECN et de tant d'autres choses !

À toutes les personnes présentes ce 10 septembre 2018. Merci pour votre soutien et
votre présence.

À tous ceux que je n'ai pas cités mais qui comptent pour moi et à ceux qui ne sont
plus là mais auxquels je pense.

Cette thèse vous est dédiée, en témoignage de mon amour, de mon amitié et de ma
profonde reconnaissance.

Table des matières:

I. Introduction

II. Etude

1) Objectif de l'étude

2) Population et méthode

- a) Population
- b) Critères d'inclusion
- c) Schéma expérimental
- d) Hypothèse
- e) Analyse statistique
- f) Taille de l'échantillon
- g) Consentement
- h) Recueil de données
- i) Nombre de dossiers

3) Résultats

a) Fréquentation des urgences

b) CCMU

c) Profils des usagers

- Sexe
- Statut conjugal
- Enfants à charge
- Âge
- Affection longue durée
- Protection universelle maladie
- Catégories socio-professionnelles
- Cas des étudiants

d) Et leur médecin traitant

e) Contexte de consultation

- Causes
- Horaires de passage au SAU
- Consultation auprès de leur médecin traitant
- Au préalable
- Consultation antérieure

f) Finalités

- Hospitalisation ou retour à domicile
- Maison médicale de garde
- Permanence des soins
- Alternative au SAU
- Intérêt d'une consultation de Médecine Générale au sein des Urgences de Sarreguemines.

4) Discussion

a) Limites et biais de l'étude

b) Résultats primaires

c) Résultats secondaires

- 1. Soins primaires
- 2. Urgences
- 3. Permanence des soins
- 4. Médecin traitant

5) Conclusion

6) Annexes

- a) Questionnaire
- b) Fiche informative relative au questionnaire
- c) CNIL
- d) Critères d'une consultation de soins primaires
 - Relevant des Urgences
 - Relevant des soins primaires ambulatoires

III. Permanence des soins

- 1) Définition législative
- 2) Code de déontologie
 - a) Article 77
 - b) Article 78
- 3) Les acteurs de la permanence de soins
 - a) Etablissement de santé
 - b) Ambulatoire
 - 1) Médigarde
 - 2) SOS médecin
 - 3) Maison Médicale de Garde
 - c) La régulation
- 4) La gestion de la permanence des soins
 - a) Cahier des charges
 - b) L'Agence Régionale de Santé
 - c) Le CODAMUPS
- 5) Etat des lieux
 - a) Médecins régulateurs
 - b) Médecins effecteurs
 - c) Cas du samedi matin
 - d) En nuit profonde
 - e) Maison médicale de garde

IV. Continuité des soins

- 1) Définition
 - a) WONCA
 - b) Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires
 - c) Conseil National de l'Ordre des Médecins
 - d) Code de Santé Publique
 - e) Autres
- 2) Dossier du patient
 - a) Contenu
 - b) Délai de conservation
 - 1. Etablissements publics et privés
 - 2. Hors établissements publics ou privées
 - c) Accès au dossier médical
 - 1. Accès au dossier d'un patient vivant
 - 2. Accès au dossier d'un patient décédé

V. Démographie médicale en France

- 1) En France
 - a) Médecins en activité et médecins en retraite
 - b) Activité libérale ou salariale

- c) Répartition Homme/Femme
- d) Retraite
- e) Remplaçants
- f) Cas de la Médecin Générale
- g) Diplômes étrangers

2) Région Grand Est

VI. A l'étranger

1) Royaume Uni

- a) Contexte
- b) Système de santé
- c) Réformes
 - 1. Réformes (1952)
 - 2. Réforme sous Margaret Thatcher (1990)
 - 3. Réforme sous Tony Blair (1997-2003)
 - 4. Dernière réforme par David Cameron 2012
- d) Continuité des soins
- e) Permanence des soins et accès aux Services des Urgences
 - 1. Régulation
 - 2. Urgences.
- f) Spécificités
- g) 2016
 - 1. Angleterre
 - 2. Irlande du Nord
 - 3. Ecosse
 - 4. Pays de Galles

2) Suède

- a) Contexte
- b) Système de santé
- c) Réformes
- d) Continuité des soins
- e) Permanence et accès aux urgences
 - 1. Régulation
 - 2. Urgences

3) Allemagne

- a) Contexte
- b) Système de santé
- c) Réforme
- d) Continuité des soins
- e) Permanence des soins et accès aux urgences

VII. Conclusion

VIII. Bibliographie

IX. Autorisation d'imprimer

X. Résumé

Abréviations:

ACS: Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD: Affection Longue Durée
AMU: Aide Médicale Urgente
ARS : Agence Régionale de Santé
CAPS : centres d'accueil de permanence des soins
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS : Comité De l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP: Code de Santé Publique
FHSAs: Family Health Service Authorities
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS: Haute Autorité de Santé
HSPT : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.
MG : Médecin Généraliste
MT : Médecin Traitant
MMG : Maison Médicale de Garde
NHS: National Health Service
NTIC : Nouvelles Techniques d'Information et de Communication
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
PCT : Primary Care Trusts
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
PDSES : Permanence des soins en établissement de santé
PUMA: Protection universelle maladie
ReAGJIR: Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
SAU: Service d'Accueil des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgences
SHAs : Strategic Health Authorities
SP : Soins primaires
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USLD : Unité de Soins Longue Durée
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. Introduction :

Le médecin généraliste (MG) et les soins primaires (SP) sont au centre du système de santé en France. En effet, le médecin généraliste a un rôle capital dans la prise en charge des patients, et la coordination du parcours de soin.

Les hôpitaux s'articulent autour des soins primaires constituant un recours de seconde intention pour les soins ne relevant pas de l'urgence vitale, cependant, force est de constater que certains patients n'ont pas recours aux soins primaires, et aux médecins généralistes lors de certaines situations et se dirigent directement vers les services d'accueil des urgences (SAU).

Ainsi, en 2015, les 723 structures d'urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit une progression de 3 % par rapport aux flux observés en 2014 (19,7 millions de passages en 2014). En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3,5 % par an.(1)

En 2015, dans la région Grand Est : 23 % des passages aux urgences ont abouti à une hospitalisation et 77% à un retour à domicile, 14% des passages aux urgences étaient classés par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU)1, 77% CCMU2. (2)

L'activité des Urgences ne cesse de croître depuis des années, et nombre de consultations réalisées aux urgences relèvent en réalité d'une prise en charge ambulatoire de médecine générale. Les raisons avancées sont diverses, passant de la paupérisation et précarisation de la population, à l'augmentation du temps d'attente au cabinet du médecin traitant, lui aussi confronté à une hausse d'activité, ou encore de fausses représentations concernant les examens complémentaires réalisés lors de consultations aux Urgences et qui ne pourraient être réalisés avec autant d'aisance depuis un cabinet de médecine générale. Il est difficile de définir avec précision les motifs de consultation relevant de la médecine générale, de la même manière qu'il n'existe pas de gold standard définissant une consultation d'urgence.

La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe a défini en 2002, la médecine générale en 11 composantes et l'a enrichi en 2011 d'une 12ème composante: la responsabilisation du patient.(3)

L'objet de ce travail de thèse, d'une part est de s'intéresser aux profils des patients qui ont recours aux services d'urgence pour des situations pouvant relever des soins primaires.

D'autre part, nous faisons l'hypothèse qu'une partie des consultations réalisées aux Urgences aurait pu être évitée et pourrait être gérée en ambulatoire par le médecin traitant, pour nous intéresser à l'impact des consultations relevant de la médecine générale dans un SAU, en tentant de définir, si possible une organisation adaptée au besoin constaté.

II. Etude

1) Objectif de l'étude:

Toute personne ayant travaillé au sein d'un service d'urgence n'a pu qu'être surprise par le nombre de patients se présentant pour des motifs que nous, professionnels de santé, considérons comme "non urgent", sans consultation ni prise de contact avec leur médecin traitant au préalable, et ce même lors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale.

De manière croissante, le recours aux services d'urgence est considéré comme un moyen de premier recours. Cependant face à l'augmentation du nombre de consultations, les restrictions budgétaires associées, la diminution du personnel soignant, les SAU sont de plus en plus saturés.

La saturation d'un service d'urgence représente non seulement une surcharge de travail pour le personnel soignant mais au-delà, un véritable danger sanitaire: plus de patients à moyens constants représentent une augmentation du délai de prise en charge. Le temps du premier contact avec un infirmier d'accueil (IAO) et avec un médecin est de plus en plus important et dans le cas d'une situation d'urgence, le temps est un facteur pronostic important:

"Ce n'est pas l'homme qui arrête le temps, c'est le temps qui arrête l'homme " extrait de " Mémoires d'outre-tombe", F-R. de Chateaubriand

Il devient alors important de comprendre ce recours aux SAU pour gérer au mieux les flux en amont, et éventuellement d'envisager d'orienter les patients ne relevant pas d'une consultation au sein d'un SAU vers une structure de soins primaires.

L'objectif principal de notre étude est de :

- Déterminer la prévalence des consultations relevant de la médecine générale au sein du SAU de Sarreguemines

Les objectifs secondaires sont de:

- Chercher un lien statistique entre les profils des patients, leurs caractéristiques socio-économiques, leurs motifs de consultations, et la finalité de leur consultation au sein du SAU
- Analyser le nombre de consultations relevant d'une prise en charge en médecine générale, selon la tranche horaire, le jour de la semaine, et selon les horaires de permanence des soins.
- Analyser l'opportunité de proposer à des tranches horaires définies une consultation de médecine générale au sein du SAU et son intérêt économique pour l'hôpital et les praticiens concernés

2) Population et méthode:

a) Population

La population étudiée correspond aux patients qui ont consulté au sein du service d'accueil des urgences de Sarreguemines entre le 28 avril et le 05 juin 2017, hors urgences vitales, c'est-à-dire les patients classés en tri vert par l'IAO.

b) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont : l'ensemble des patients acceptant de répondre au questionnaire remis à l'accueil du SAU, et classé par l'IAO comme tri vert, les patients peuvent être majeurs ou mineurs mais le questionnaire doit être rempli par leur parents ou leur tuteur légal le cas échéant.

A noter qu'au sein du Centre Hospitalier de Sarreguemines, il existe également un service d'accueil pédiatrique, accessible 24h/24 pour les enfants de moins de 16 ans, et hors traumatologie, et dont les patients n'ont pas été inclus dans l'étude.

c) Schéma expérimental

L'étude, de type prospective observationnelle et descriptive, a été réalisée au sein du SAU de Sarreguemines à partir d'un questionnaire standardisé remis à chaque patient répondant aux critères d'inclusion.

Les critères caractérisant une consultation de soins primaires ont été établis en amont de la réalisation de l'étude, cela concernait les patients ne relevant pas d'une hospitalisation au terme de leur passage au service d'accueil des urgences, ne relevant pas d'un plateau technique hospitalier (hors radiographie et biologie) hors suture, et ne nécessitant pas l'avis d'un spécialiste ou d'une IDE spécialisé lors du passage au SAU. Une seconde évaluation individuelle était réalisée par un seul opérateur, à l'issue du passage au SAU, selon le diagnostic retenu. (Annexe)

d) Hypothèse

Nous faisons l'hypothèse qu'une partie de ces passages aux urgences aurait pu être évitée et probablement gérée en ambulatoire.

Nous nous intéressons pour cela à la prévalence des consultations relevant de la médecine générale et donc des soins primaires dans un service d'urgence.

Selon les sources la prévalence des consultations ne relevant pas d'un service d'urgence varie entre 15 à 90 %, (4)(5)(6)(7) selon les critères qui permettent de définir une consultation non urgente, cependant les variables sont principalement comprises entre 20 et 40 % (8)(9)

Ces différentes sources concernaient autant les services d'accueil des urgences générales, les urgences gynécologiques, orthopédiques ou pédiatriques

e) Analyse statistique

Nous avons effectué dans un premier temps une analyse descriptive des variables, puis nous avons abordé une comparaison entre le groupe des patients relevant des Urgences et des patients relevant d'une consultation de soins primaires.

Ces comparaisons ont fait appel à des tests du χ^2 pour les variables qualitatives, à des comparaisons de pourcentage, de moyennes et d'écart type pour les variables quantitatives, et, si les conditions de ces tests ne sont pas réunies (faibles effectifs ou distribution ne suivant pas une loi normale) nous avons eu recours aux tests non paramétriques.

Ces tests ont été réalisés avec un risque alpha de 5%

f) Taille de l'échantillon

Nous déterminons la taille de l'échantillon à 355 patients :

De manière arbitraire et pour définir notre échantillon nous allons faire l'hypothèse que la prévalence des consultations de relevant de la médecine générale au sein du SAU de Sarreguemines est au moins de 30 % (p).

Le niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite est fixé à 95% (soit t = 1.96), et une marge d'erreur (m) fixée à 5%

n (taille d'échantillon requise)

t (niveau de confiance à 95%), soit 1.96

p (prévalence estimative) fixée à 30%, soit 0.3

m (marge d'erreur) fixée à 5% soit 0.05

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Nous obtenons 322.7, soit une taille de l'échantillon fixé à 323 personnes.

En considérant que 10 % des patients, refuseront de répondre au questionnaire, nous déterminons la taille de l'échantillon à 355 patients.

g) Consentement /CNIL

L'étude a bénéficié d'une déclaration auprès de la CNIL (numéro de déclaration 2126562 v 0, concernant les traitements statistiques et numéro 2126564 v 0, concernant les recherches dans le domaine de la santé avec recueil de consentement, en Annexe)

h) Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé au sein du service d'accueil des urgences de Sarreguemines du vendredi 28 avril au lundi 05 juin 2017.

Soit 6 Lundis, dont 2 lundis fériés, 5 Mardis, 5 Mercredis, 5 Jeudis, dont 1 jeudi férié, 6 vendredis, 6 Samedis et 6 Dimanches.

i) Nombre de dossiers.

La totalité des questionnaires est de 340 dossiers, dont 27 dossiers n'ont pas permis d'établir la finalité de la prise en charge du patient, soit 7.94%.

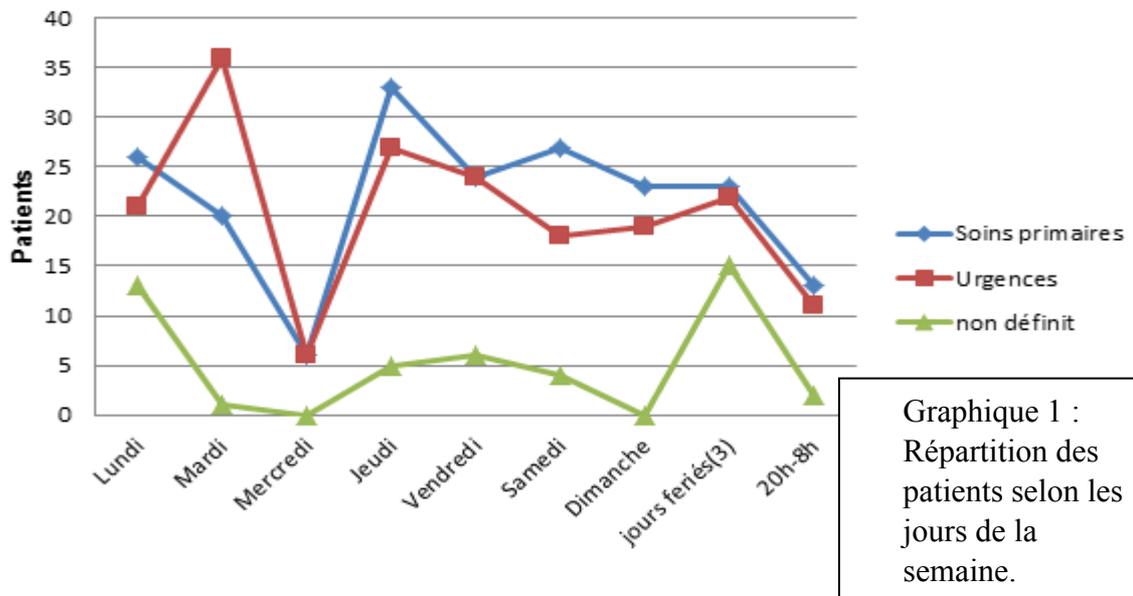
Leurs dossiers ont tout de même été inclus dans l'analyse pour les questions auxquelles ils ont répondu.

3) Résultats

a) Fréquentation des Urgences

D'après le graphique 1, on observe que les consultations relevant des Urgences ou des SP obéissent à la même dynamique.

On constate que les consultations relevant des soins primaires ne sont pas majorés les week-ends. Jeudi était un jour de plus forte affluence, alors que le mercredi était un jour de moindre affluence.



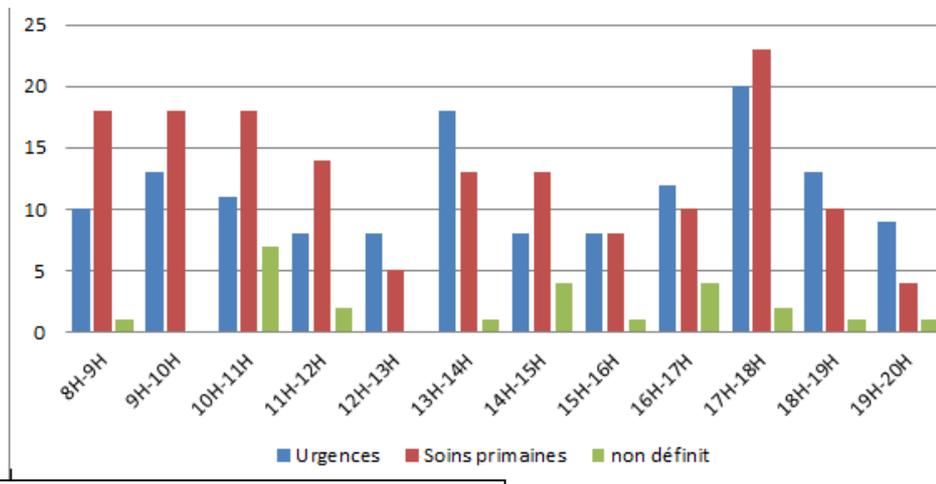
Nous observons qu'il n'existe pas de lien significatif entre le jour de la semaine et la prévalence des consultations relevant des soins primaires, excepté concernant les mardis:

| | Urgences | Soins primaires | RR | IC95% | P |
|------------|----------|-----------------|--------|-------------------|--------|
| Lundi | 21 | 28 | 1.1109 | [0.8520 ; 1.4484] | 0.4371 |
| Mardi | 37 | 19 | 0.6596 | [0.4506 ; 0.9655] | 0.0323 |
| Mercredi | 6 | 6 | 0.9720 | [0.5465 ; 1.7291] | 0.9231 |
| Jeudi | 28 | 33 | 1.0517 | [0.8150 ; 1.3572] | 0.6983 |
| Vendredi | 24 | 24 | 0.9720 | [0.7182 ; 1.3157] | 0.8544 |
| Samedi | 18 | 28 | 1.1834 | [0.9166 ; 1.5278] | 0.1965 |
| Dimanche | 18 | 23 | 1.0906 | [0.8149 ; 1.4595] | 0.5597 |
| Dont férié | 22 | 23 | 0.9937 | [0.7322 ; 1.3485] | 0.9674 |

Tableau 1: Répartition des consultations relevant des soins primaires, en fonction des jours de semaine

Il existe une association significative entre les consultations ayant lieu les mardis et les consultations relevant des urgences (RR:1.3605, IC95% [1.0923 ; 1.6947], P=0.0060)

En analysant les différents horaires de passages en fonction de la finalité du passage au SAU des patients, nous obtenons ce résultat:



Graphique 2 : répartition horaires des différentes consultations

La prévalence des consultations relevant des soins primaires n'est pas homogène au cours de la journée, en effet elles sont plus importantes le matin et entre 17 et 18h. Elles sont cependant au plus bas entre 12 et 13h, entre 15 et 17h et après 18h.

Nous observons que l'horaire d'arrivée au SAU ne présente pas de lien d'association avec le fait que le patient relève d'une consultation des soins primaires :

| Horaires | Urgences | Soins primaires | RR | IC95% | P |
|----------|----------|-----------------|--------|-------------------|--------|
| 8-9h | 10 | 18 | 1.2498 | [0.9293 ; 1.6808] | 0.1403 |
| 9-10h | 18 | 13 | 0.8153 | [0.5314 ; 1.2508] | 0.3496 |
| 10-11h | 11 | 18 | 1.2067 | [0.8902 ; 1.6357] | 0.2261 |
| 11-12h | 7 | 14 | 1.2961 | [0.9402 ; 1.7867] | 0.1133 |
| 12-13h | 8 | 5 | 0.7477 | [0.3728 ; 1.4997] | 0.4130 |
| 13-14h | 18 | 13 | 0.8153 | [0.5314 ; 1.2508] | 0.3496 |
| 14-15h | 8 | 13 | 1.2035 | [0.8431 ; 1.7119] | 0.3029 |
| 15-16h | 8 | 8 | 0.9720 | [0.5886 ; 1.6053] | 0.9118 |
| 16-17h | 12 | 10 | 0.8837 | [0.5522 ; 1.4142] | 0.6063 |
| 17-18h | 20 | 23 | 1.0399 | [0.7713 ; 1.4020] | 0.7976 |
| 18-19h | 13 | 10 | 0.8453 | [0.5240 ; 1.3636] | 0.4908 |
| 19-20h | 9 | 4 | 0.5982 | [0.2628 ; 1.3616] | 0.2208 |
| 20-00h | 8 | 9 | 1.0292 | [0.6491 ; 1.6319] | 0.9025 |
| 00-8h | 2 | 3 | 1.1665 | [0.5657 ; 2.4054] | 0.6767 |

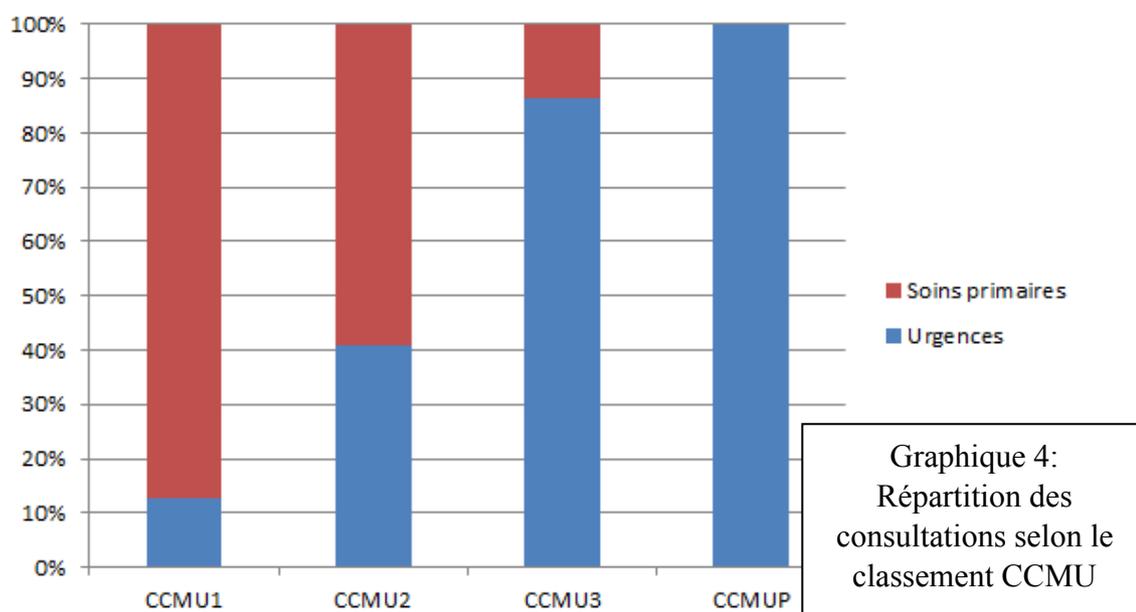
Tableau 2: Répartition des consultations relevant des soins primaires en fonction des heures de la journée

b) CCMU (2)

La CCMU a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU). Elle est stratifiée en 7 niveaux :

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

- CCMU 1 : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 3 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- CCMU 5 : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- CCMU D : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.



Nous observons une inversion des tendances entre les grades de CCMU et la répartition des consultations relevant des soins primaires et celles relevant des urgences.

Dans le cadre de notre étude, un patient classé CCMU1 relève principalement d'une consultation de soins primaires, les résultats sont significatifs pour notre étude (RR 1.7127, IC95% [1.1671, 1.9993], $p < 0.0001$)

De la même manière un patient classé CCMU3 relève principalement d'une consultation d'urgence, les résultats sont significatifs (RR 1.7650, IC95% [1.5253, 2.0425], $p < 0.0001$)

Dans le cadre de notre étude on observe qu'un patient classé CCMU2 relève d'une consultation de soins primaires, se vérifie (avec RR 1.1748, IC95% [1.0028;1.3762], $P=0.046$)

| | Urgences | Soins Primaires | Total | |
|--------|----------|-----------------|-------|-------|
| CCMU 1 | 5 | 37 | 42 | 13.4% |
| CCMU 2 | 74 | 113 | 187 | 59.7% |
| CCMU 3 | 66 | 11 | 77 | 24.6% |
| CCMUP | 7 | 0 | 7 | 2.2% |
| Total | 152 | 161 | 313 | 100% |

Tableau 3: Répartition des consultations selon la CCMU

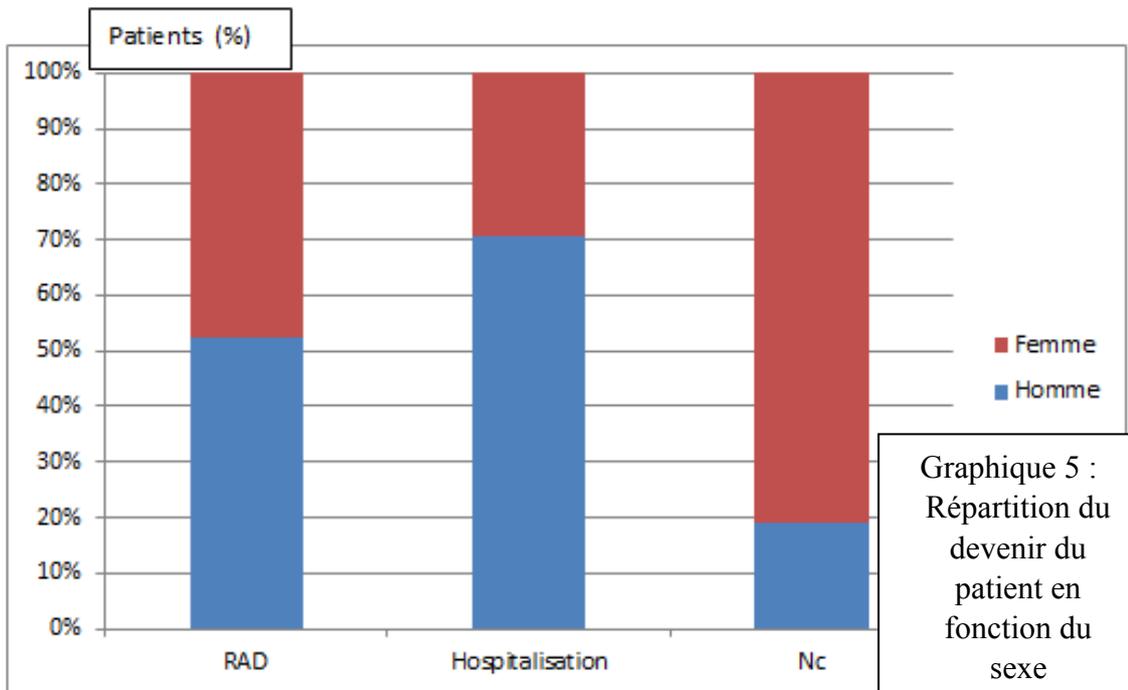
c) Profils des usagers

Ce versant de notre étude, s'interroge sur les caractéristiques sociologiques et démographiques des usagers au SAU de Sarreguemines, afin de caractériser si possible, au mieux le profil des patients relevant des soins primaires ou des urgences, et ainsi de répondre au mieux aux besoins de ces usagers.

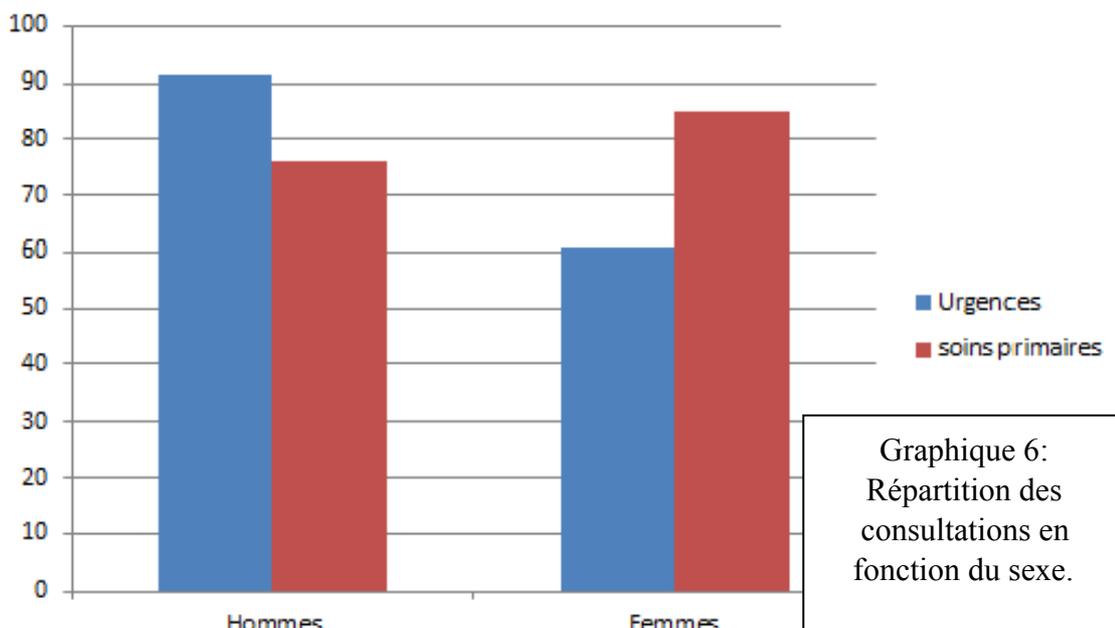
La prédominance d'un sexe par rapport à l'autre est-elle l'expression d'une difficulté d'accès à un type de spécialiste ? Est-ce que le fait que le patient soit père ou mère de famille prédispose à consulter lors de certains horaires, ou rend l'accès aux soins programmés plus compliqué ? La question peut également se poser concernant l'âge, le statut conjugal ou encore la présence ou non d'une ALD ou d'une PUMA.

o Sexe

Dans notre étude nous pouvons observer que parmi les patients hospitalisés, la majorité sont des hommes, tandis que parmi les patients retournant à domicile sont majoritairement constitués de femmes.



Cependant le fait d'être un homme ne prédispose pas à une hospitalisation, les résultats dans le cadre de notre étude sont non significatifs (12 hommes hospitalisés pour 17 hospitalisations, (RR 1.3230, Ic95% [0.6474, 2.7037], p=0.4427)



De la même manière le sexe ne prédispose pas le patient à relever d'une consultation d'urgences ou d'une consultation relevant des soins primaires. Dans le cadre de notre étude aucun des résultats n'était significatif.

| | RR | IC 95% | p |
|------------------------|--------|------------------|--------|
| Urgences | | | |
| Hommes | 1.1221 | [0.9377, 1.3427] | 0.2084 |
| Femmes | 0.8604 | [0.6885, 1.0751] | 0.1859 |
| Soins primaires | | | |
| Hommes | 0.8847 | [0.7259, 1.0783] | 0.2250 |
| Femmes | 1.1318 | [0.9506, 1.3477] | 0.1644 |

Tableau 4 : En fonction du sexe des patients

○ Statut conjugal

D'après notre étude, nous pouvons observer que quelque soit la finalité des consultations, la majorité des patients consultant sont en couple. A hauteur de 197 patients en couple (58.4%) contre 128 patients célibataires (37.9%), 12 patients sont veufs (3.5%).

A savoir qu'en France en 2017, population au 1er janvier âgée de 15 ans ou plus, leur statut légal sont :

49% des personnes sont célibataires, 7.2% sont veufs, et 43.8 % sont mariés ou en couple (10)

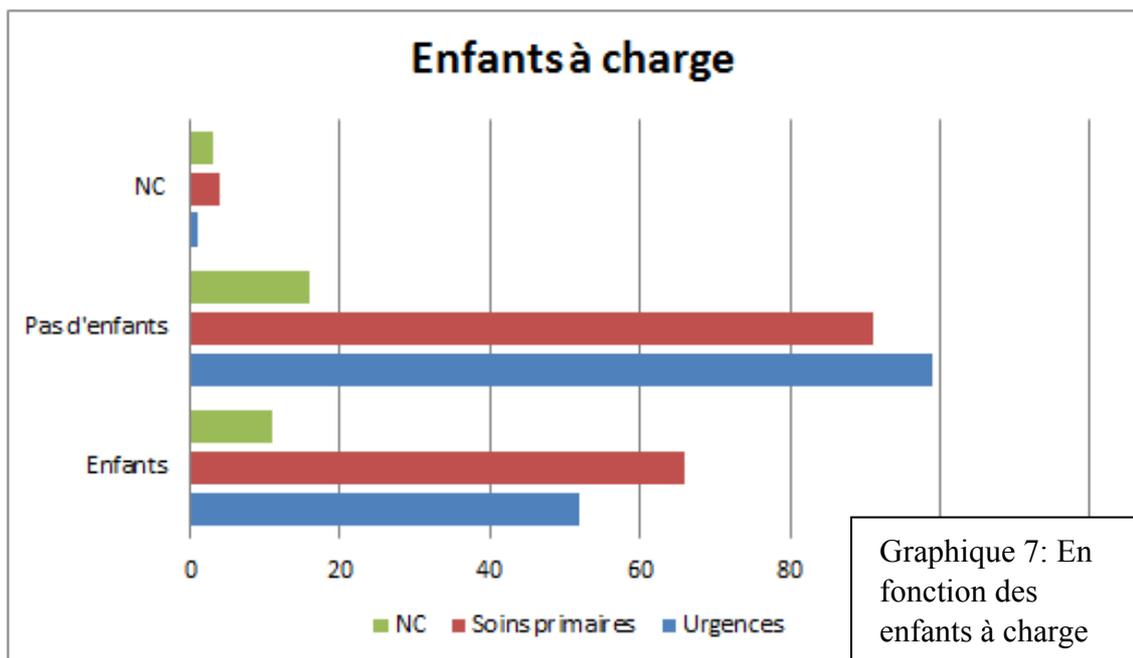
Cependant dans les faits, en 2016, 62.2 % des personnes interrogés vivent en couple , 30.3% sont célibataires, et 7.5% sont veufs (11)

De la même manière, le statut conjugal ne prédispose pas à un type de consultation, dans le cadre de notre étude aucun résultat n'est significatifs.

| | RR | IC 95% | p |
|------------------------|--------|-------------------|--------|
| Urgences | | | |
| Couple | 1.0067 | [0.8343 ; 1.2148] | 0.9443 |
| Célibataire ou veuf | 1.0296 | [0.8586 ; 1.2347] | 0.7530 |
| Soins primaires | | | |
| Couple | 0.9937 | [0.8309 ; 1.1833] | 0.9444 |
| Célibataire ou veuf | 0.9720 | [0.8138 ; 1.1611] | 0.7546 |

Tableau 5: En fonction du statut conjugal

○ Enfants à charge



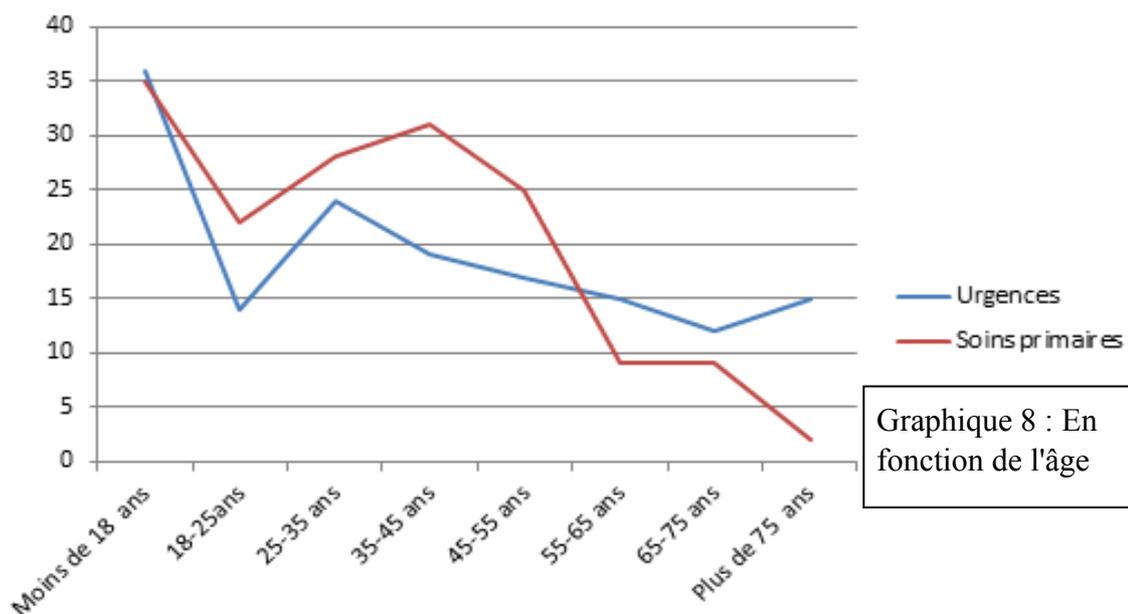
La majorité des patients consultant au SAU, n'ont pas d'enfants à charge, que ce soit les consultations relevant des urgences ou des soins primaires.

| | RR | IC 95% | p |
|------------------------|--------|-------------------|--------|
| Urgences | | | |
| Enfants | 0.9074 | [0.7188 ; 1.1456] | 0.4141 |
| Sans enfant | 1.0730 | [0.8983 ; 1.2816] | 0.4374 |
| Soins primaires | | | |
| Enfants | 1.0874 | [0.8965 ; 1.3188] | 0.3949 |
| Sans enfant | 0.9311 | [0.7752 ; 1.1184] | 0.4453 |

Tableau 6 : En fonction des enfants à charge

On peut noter que les patients ayant des enfants à charge consultent principalement pour une consultation relevant des soins primaires alors que les patients n'ayant pas d'enfants à charge consultent principalement pour une consultation relevant des urgences, mais la présence d'enfant ou non ne prédispose pas un patient à un type de consultation précis (résultats non significatifs dans le cadre de notre étude)

○ Age



Graphique 8 : En fonction de l'âge

Les moins de 18 ans sont la catégorie la plus représentée au sein de notre étude, autant dans le cadre des consultations relevant des soins primaires que celle relevant des urgences.

A noter qu'au sein du Centre Hospitalier de Sarreguemines, il existe également un service d'accueil pédiatrique, accessible 24h/24 pour les enfants de moins de 16 ans, et hors traumatologie, dont les patients n'ont pas été inclus dans l'étude.

Nous pouvons observer une inversion des tendances d'après le graphe (graphique 8), en effet avant 55 ans la prévalence des consultations relevant des soins primaires est majoritaire tandis qu'après 65 ans la prévalence des consultations relevant des urgences est majoritaire.

L'équilibre est présent au sein de la catégorie 55-65 ans entre la prévalence des consultations relevant des soins primaires et celle relevant des urgences.

| | | Urgences | Soins primaires | IC 95% | RR | P value |
|-------|----------------|----------|-----------------|--------------------|--------|---------|
| Age | Mois de 18 ans | 36 | 35 | [0.8082 ; 1.3489] | 1.0441 | 0.7412 |
| | 18-25ans | 14 | 22 | [0.5235 ; 1.2250] | 0.8008 | 0.3057 |
| | 25-35 ans | 24 | 28 | [0.6936 ; 1.3022] | 0.9504 | 0.7516 |
| | 35-45 ans | 19 | 31 | [0.5394 ; 1.1351] | 0.7825 | 0.1962 |
| | 45-55 ans | 17 | 25 | [0.5611 ; 1.2238] | 0.8335 | 0.3526 |
| | 55-65 ans | 15 | 9 | [0.9251 ; 1.7906] | 1.2870 | 0.1342 |
| | 65-75 ans | 12 | 9 | [0.7986 ; 1.7337] | 1.1767 | 0.4106 |
| | Plus de 75 ans | 15 | 2 | [1.14762 ; 2.2363] | 1.8170 | <0.0001 |
| Total | | 152 | 161 | | | |
| | Moyenne | 38.46 | 33.78 | | | |
| | Ecart-type | 23.74 | 17.79 | | | |

Tableau 7: répartition en fonction de l'âge

Nous avons mis en évidence qu'il n'existe pas de lien significatif entre l'âge du patient et le fait que celui-ci consulte pour un motif relevant des urgences, hormis pour la catégorie de personnes âgées de plus de 75 ans.

Concernant les soins primaires, il n'existe pas d'association avec les différentes catégories d'âge dans le cadre de notre étude (résultats non significatifs)

○ Affection longue durée (ALD)

La répartition des patients consultant aux SAU, nous montre qu'une part plus importante des patients ayant une ALD consultent pour un motif relevant des urgences, soit 58.9%.

Cependant il n'existe pas d'association entre la présence d'une ALD et le fait que le patient relève d'une consultation des urgences (Résultats non significatifs : RR = 0.9411, IC 95% [0.7896; 1.1218], p=0.4982)

Cependant les patients n'ayant pas d'ALD restent grandement majoritaires que ce soit dans le groupe des consultations relevant des soins primaires (49.6%) ou celui des urgences (41.7%).

○ Protection universelle maladie (PUMA) (12)

Le terme CMU a été utilisé lors de notre étude, à noter cependant que la CMU a disparu le 1er janvier 2016, Nos statistiques tiennent compte des patients ayant la CMU-C et ACS, regroupés sous le terme de plus global de CMU, généralement mieux compris par patients

Nous pouvons observer que les patients bénéficiant de la PUMA, sont minoritaires que ce soit dans le groupe des consultations relevant des soins primaires ou des urgences.

La présence de la PUMA n'est pas un facteur d'association, que cela soit dans le cadre d'une consultation relevant des urgences (RR=1.13, IC95% [0.8910;1.4513], P = 0.3016), ou dans le cadre d'une consultation de soins primaires (RR=0.8705; IC95% [0.6534;1.1597], P=0.3433)

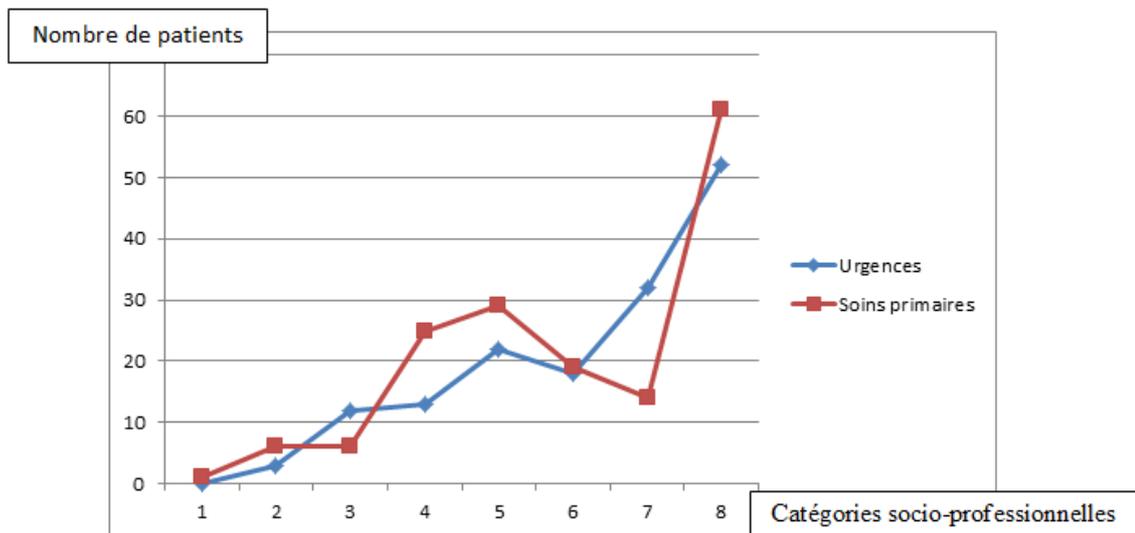
○ Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles, répondent à une nomenclature statistique permettant de classer les différentes professions. (13)

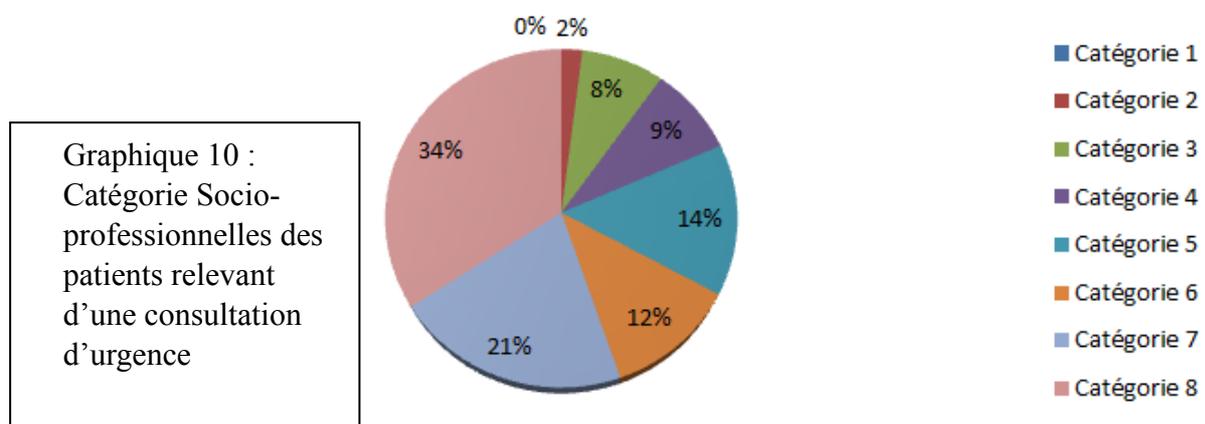
Cette classification a été créée par L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 1982, et qui remplace une précédente nomenclature créée en 1954.

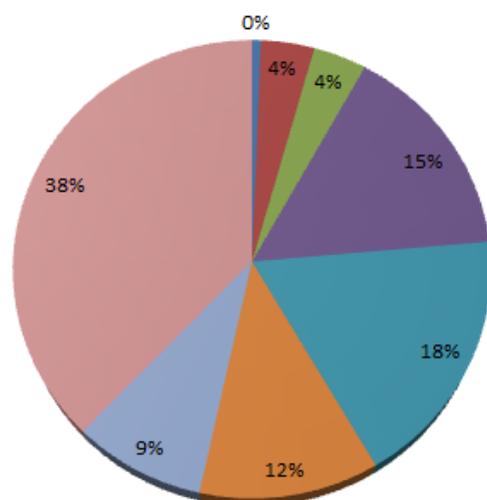
Cette nomenclature a été révisée pour la dernière fois en 2003, et permet d'établir 8 grands items:

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 (dont les étudiants)



Graphique 9 : Répartition en fonction des catégories socioprofessionnelles





Graphique 11 :
Catégorie socio-
professionnelles des
patients relevant d'une
consultation de
médecine générale

Que cela soit dans le cas d'une consultation relevant des urgences ou des soins primaires, nous observons le même phénomène : la catégorie socio-professionnelle fréquentant majoritairement le SAU de Sarreguemines est la catégorie socio-professionnelle 8.

Cette catégorie socio-professionnelle regroupe les personnes considérées comme chômeurs n'ayant jamais travaillé mais également les militaires du contingent, les étudiants et élèves de 15 ans et plus, les personnes sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) et les personnes sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités).

Il n'existe pas de lien d'association entre la catégorie socio-professionnelle du patient et le fait qu'il se présente au SAU pour une consultation relevant des urgences (résultats non significatifs), hormis pour les patients retraités :

| | | Urgences | Soins primaires | IC 95% | RR | P |
|----------------------------------|----------------|----------|-----------------|-------------------|--------|--------|
| Catégorie Socio-professionnelles | 1 | 0 | 1 | [0.0465 ; 5.6924] | 0.5148 | 0.5881 |
| | 2 | 3 | 6 | [0.2706 ; 1.7414] | 0.6864 | 0.4282 |
| | 3 | 12 | 6 | [0.9713 ; 1.9403] | 1.3728 | 0.0727 |
| | 4 | 13 | 25 | [0.4468 ; 1.1108] | 0.7045 | 0.1316 |
| | 5 | 22 | 29 | [0.6354 ; 1.2419] | 0.1316 | 0.4884 |
| | 6 | 18 | 19 | [0.7058 ; 1.4218] | 1.0018 | 0.9921 |
| | 7 | 32 | 14 | [1.1467 ; 1.7896] | 1.4325 | 0.0016 |
| | 8 | 52 | 61 | [0.7529 ; 1.1926] | 0.9476 | 0.6464 |
| | Dont étudiants | 31 | 33 | [0.7559 ; 1.3162] | 0.9974 | 0.9855 |

Tableau 8 : Les catégories socio-profesionnelles, et les patients relevant d'une consultation des urgences

Dans le cas des consultations relevant des urgences, les retraités arrivent en seconde position, alors qu'ils occupent la cinquième position dans le cadre des consultations relevant des soins primaires.

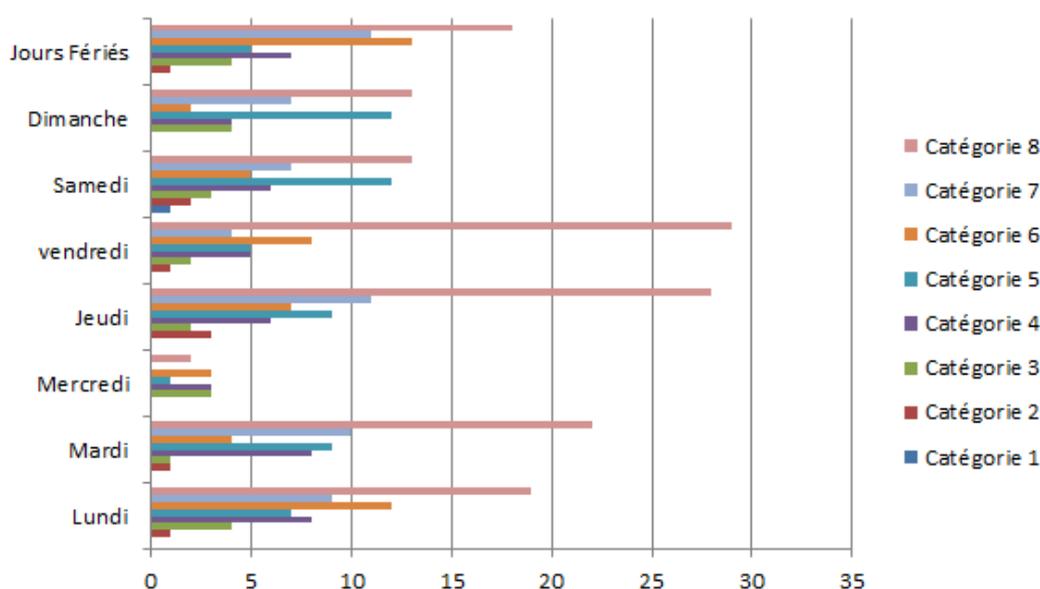
Dans le cas des consultations relevant des soins primaires, la seconde position est occupée par les employés, suivit par les professions intermédiaires.

De la même manière, il n'existe pas de lien d'association entre la catégorie socio-professionnelle du patient et le fait qu'il se présente au SAU pour une consultation relevant des soins primaires (résultats sont significatifs), hormis pour les patients retraités :

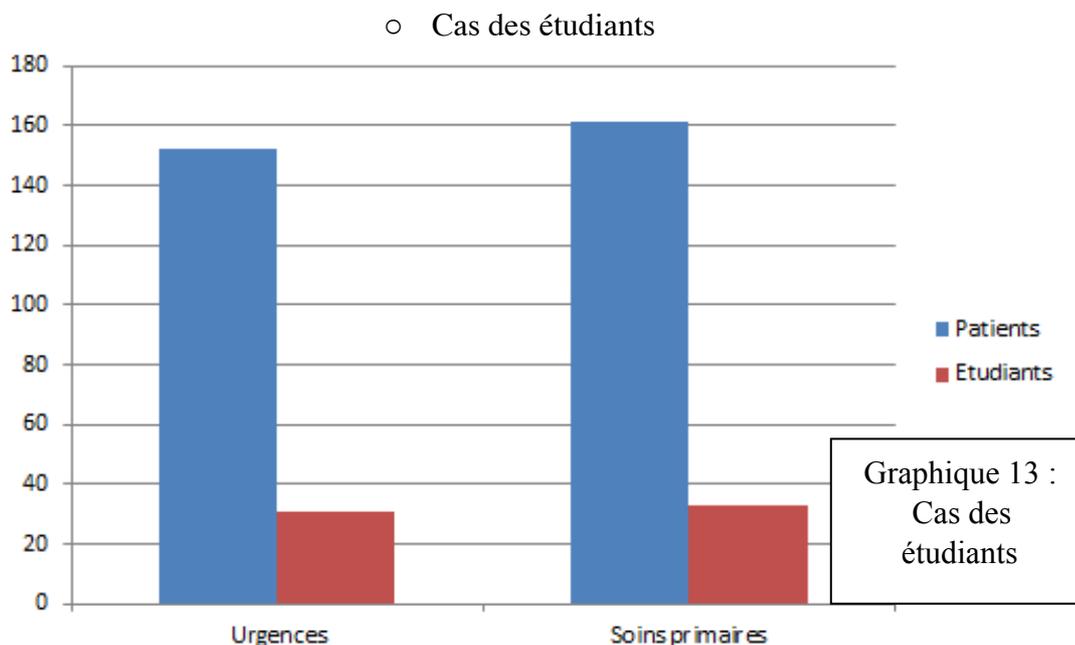
| | | Urgences | Soins primaires | IC 95% | RR | P |
|----------------------------------|---|----------|-----------------|-------------------|--------|---------|
| Catégorie Socio-professionnelles | 1 | 0 | 1 | [1.7457 ; 2.1651] | 1.9441 | <0.0001 |
| | 2 | 3 | 6 | [0.8065 ; 2.0827] | 1.2961 | 0.2839 |
| | 3 | 12 | 6 | [0.3342 ; 1.2565] | 0.6480 | 0.1991 |
| | 4 | 13 | 25 | [0.9928 ; 1.6477] | 1.2790 | 0.0569 |
| | 5 | 22 | 29 | [0.8505 ; 1.4368] | 1.1055 | 0.4535 |
| | 6 | 18 | 19 | [0.7166 ; 1.3908] | 0.9983 | 0.9921 |
| | 7 | 32 | 14 | [0.3773 ; 0.9279] | 0.5917 | 0.0223 |
| | 8 | 52 | 61 | [0.8580 ; 1.2836] | 1.0495 | 0.6384 |
| Dont étudiants | | 31 | 33 | [0.7724 ; 1.3010] | 1.0024 | 0.9855 |

Tableau 9 : les catégories socio-professionnelles et les patients relevant des soins

La répartition des patients en fonction de leur catégorie socio-professionnelle et le jour de la consultation met également en évidence que les patients appartenant à la huitième catégorie socio-professionnelle sont majoritaires quel que soit le jour de la semaine, week-end et jours fériés inclus.



Graphique 12: Répartition des patients en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle et le jour de la consultation



Les étudiants (les étudiants et élèves de 15 ans et plus) représentent une part importante des patients fréquentant le service d'accueil des urgences de Sarreguemines. Ils représentent 20.4% des consultations relevant des urgences et 20.5% des consultations relevant des soins primaires.

d) Et leur médecin traitant

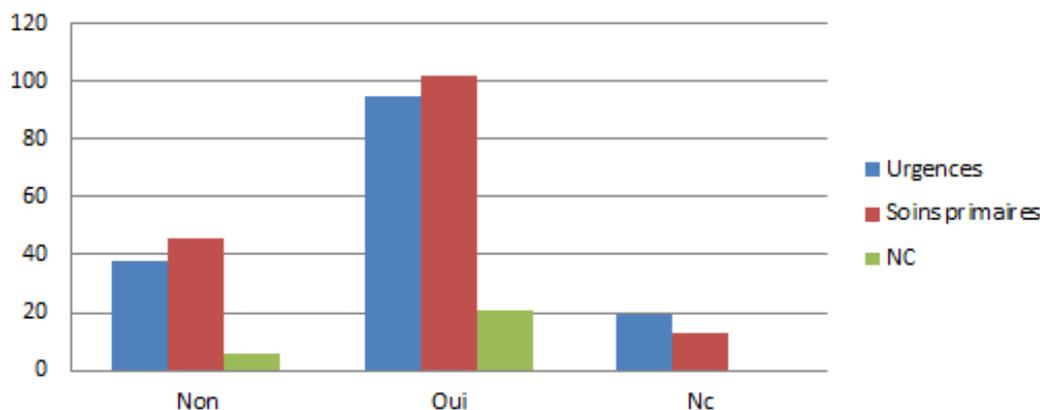
Parmi les 340 patients, seuls 14 patients n'ont pas déclaré de médecin traitant, soit 4.1% des patients.

Dans le groupe relevant des soins primaires, il y a 5 patients sans médecin traitant déclaré, soit 3.1%

Dans le groupe des urgences cela représente 3.9% des patients, et 11.1% dans les groupes des patients dont l'issue n'est pas connue.

A noter que dans le groupe des patients hospitalisés, 17.64% des patients n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Un patient n'ayant pas de médecin traitant a, dans le cadre de notre étude, 4 fois plus de risque d'être hospitalisé qu'un patient ayant un médecin traitant (RR = 3.9454, IC 95% [1.3075;11.9056], p=0.0149)



Graphique 14 : « Pensez vous que votre médecin traitant aurait été en mesure de vous prendre en charge ? »

La relation les liant à leur médecin traitant est estimée, en moyenne sur l'ensemble de notre panel à 12,39 ans (écart-type 10,03 ans), et les patient ont globalement confiance dans prise en charge de leur médecin généraliste, puisque 62.5% des patients relevant du groupe des urgences et 63.4% des patients relevant des soins primaires pensent que leur médecin traitant aurait été en mesure prendre en charge leur épisode actuel.

Cependant que le patient ait ou non confiance en la prise en charge potentielle de son médecin traitant, ne prédispose ni d'une consultation relevant des urgences ou des soins primaires. (résultats non significatifs)

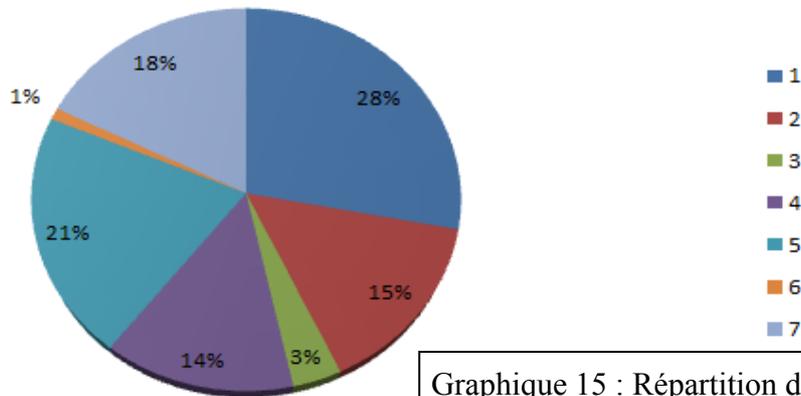
e) Contexte de consultation

○ Causes

Lors de notre questionnaire nous avons interrogé notre panel sur les raisons de leur venue au sein du service d'accueil des urgences.

Nous avons établi au préalable une liste de causes possibles :

1. Lieu le plus proche.
2. Fermeture du cabinet de médecine générale consulté habituellement.
3. Médecin traitant absent, ou refus de voir le remplaçant.
4. Sensation de gravité, nécessité d'hospitalisation.
5. Nécessité de réaliser des examens complémentaires.
6. Absence d'avance de frais.
7. Autre motif



Graphique 15 : Répartition des différents raisons de consultation au SAU, dans le groupe relevant des urgences.

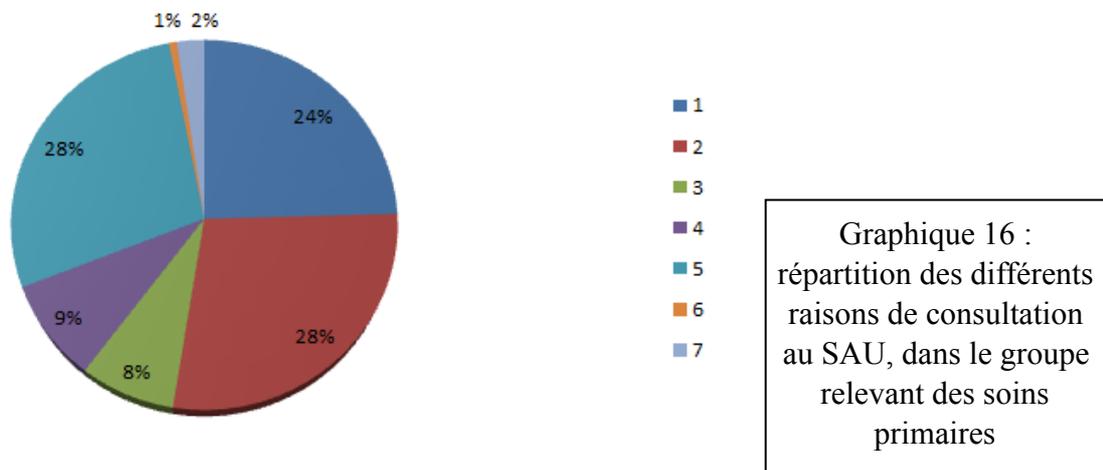
Le motif le plus souvent avancé par les patients consultant dans le cadre d'une consultation relevant des urgences est que l'hôpital est le lieu le plus proche. Secondairement les patients avancent la nécessité de réaliser des examens complémentaires.

| | | Urgences | Soins primaires | IC 95 % | RR | p |
|--------|---|----------|-----------------|------------------|--------|--------|
| Motifs | 1 | 43 | 36.5 | [0.8767; 1.3973] | 1.1068 | 0.3934 |
| | 2 | 23 | 41.5 | [0.5146; 1.0317] | 0.7286 | 0.0744 |
| | 3 | 5 | 11.5 | [0.2875; 1.2760] | 0.6057 | 0.1872 |
| | 4 | 21 | 13 | [0.9536; 1.6964] | 1.2719 | 0.1017 |
| | 5 | 32 | 41.5 | [0.6697; 1.1839] | 0.8905 | 0.4247 |
| | 6 | 1 | 1 | [0.2563; 4.1362] | 1.0296 | 0.9672 |
| | 7 | 27 | 16 | [1.0002; 1.6716] | 1.2930 | 0.0498 |

Tableau 10 : Motifs avancés par les patients consultant au SAU, pour une consultation relevant des urgences

Nous observons que lorsque le patient évoque d'autres raisons que celles déjà précisées, il présente plus de risque de relever d'une consultation d'urgence.

Cependant au vu de la diversité des autres causes avancées par les patients (sur un lieu de vacances, accident de travail, agressions, exogénose ...), il est difficile d'en tirer une conclusion.



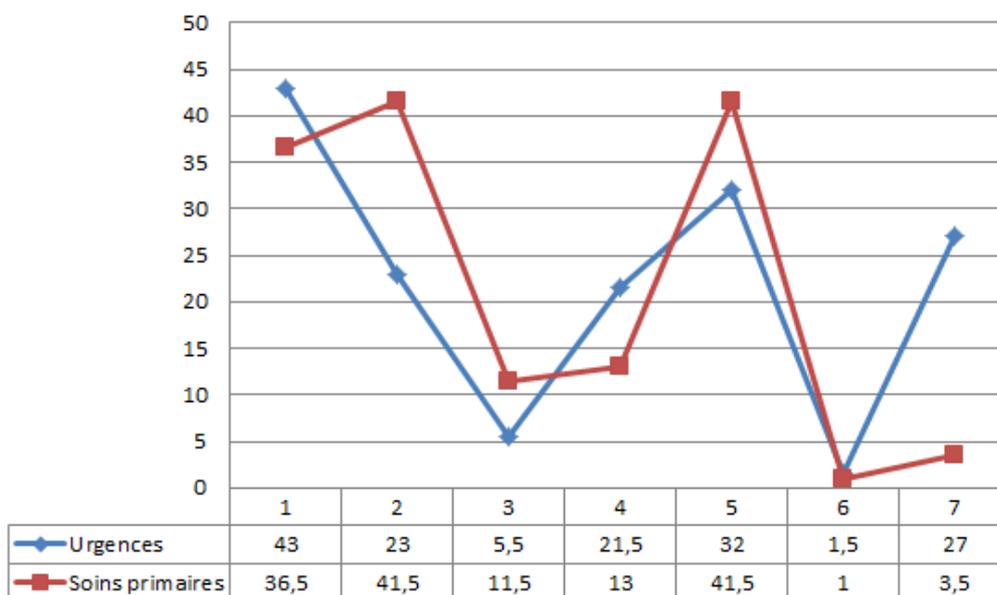
Dans le cadre du groupe de patients relevant d'une consultation de soins primaires, la cause principale est la nécessité de réaliser des examens complémentaires, puis la fermeture du cabinet du médecin généraliste habituel, en troisième position est que le SAU est le lieu le plus proche de consultation.

| | | Urgences | Soins primaires | IC 95 % | RR | p |
|--------|---|----------|-----------------|-------------------|--------|--------|
| Motifs | 1 | 43 | 36.5 | [0.6936; 1.1657] | 0.8991 | 0.4222 |
| | 2 | 23 | 41.5 | [1.0186; 1.5492] | 1.2562 | 0.0330 |
| | 3 | 5 | 11.5 | [0.9913 ; 1.9887] | 1.3723 | 0.564 |
| | 4 | 21 | 13 | [0.4785; 1.1548] | 0.7433 | 0.1870 |
| | 5 | 32 | 41.5 | [0.8801; 1.3834] | 1.1034 | 0.3937 |
| | 6 | 1 | 1 | [0.2421; 3.9030] | 0.9720 | 0.9681 |
| | 7 | 27 | 16 | [0.4835; 1.0823] | 0.7234 | 0.1152 |

Tableau 11 : Motifs avancés par les patients consultant au SAU, pour une consultation relevant des soins primaires.

Nous observons que lorsque le patient évoque la seconde raison, c'est-à-dire en cas de fermeture du cabinet de leur médecin généraliste, il existe un lien d'association avec le fait que le patient relève d'une consultation de soins primaires.

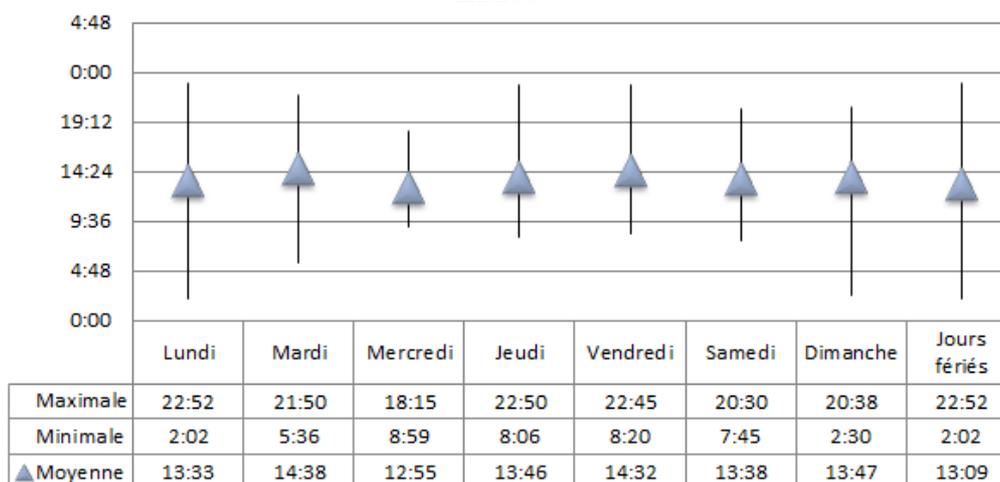
A noter que la raison pécuniaire est rarement évoquée par les usagers des Urgences.



Graphique 17: répartition en fonction de motifs de consultation au SAU

○ Horaires de passage au SAU :

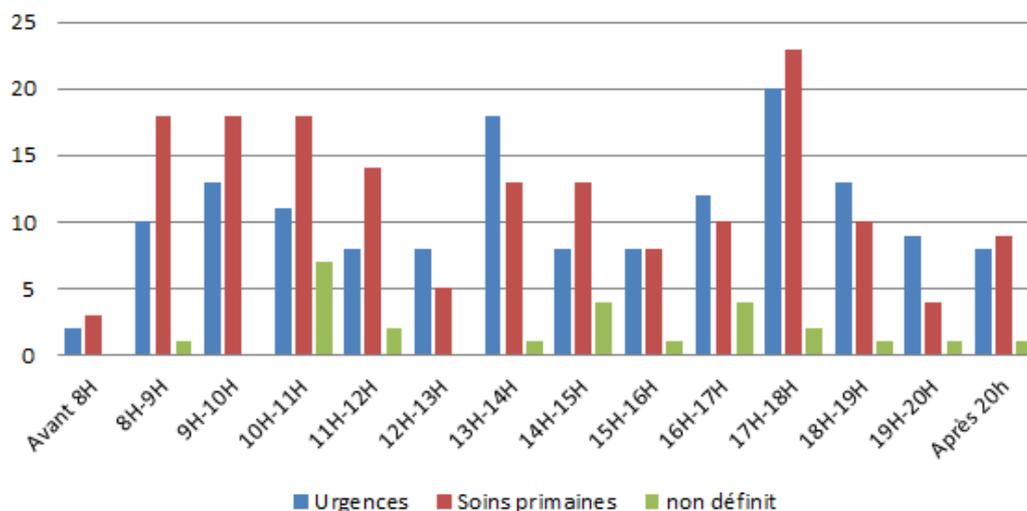
• Entrée



Graphique 18 : Les horaires d'entrée, selon les jours de la semaine

La prévalence des consultations relevant des soins primaires n'est pas homogène au cours de la journée, en effet elles sont plus importantes le matin et entre 17 et 18h. Elles sont au plus bas, avant 8h, entre 12 et 13h, entre 15 et 17h et après 18h.

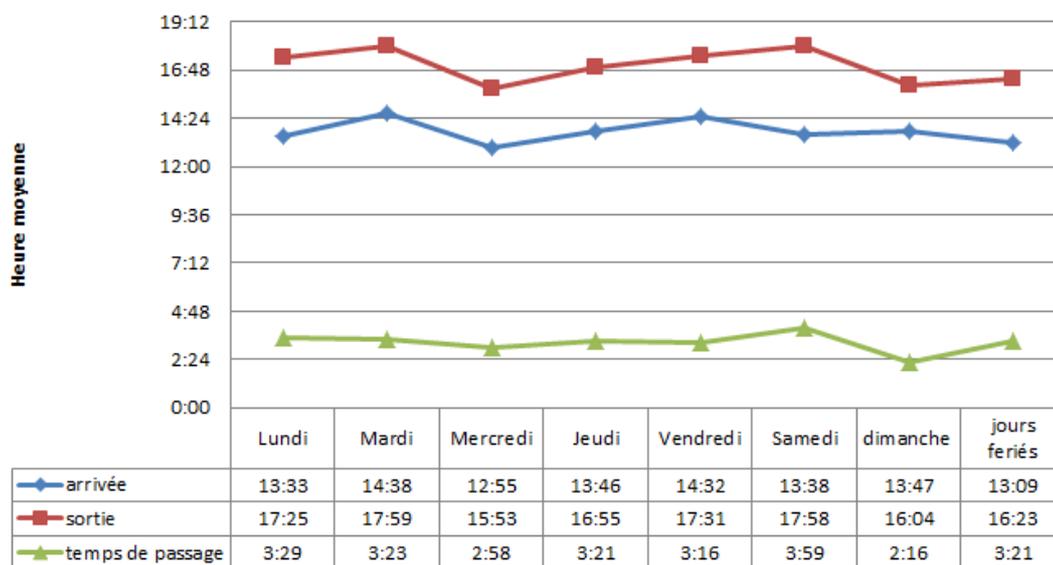
On peut ainsi observer que la majorité des consultations relevant des soins primaires ayant lieu au SAU, a lieu en dehors des heures de permanence des soins et donc lors des horaires d'ouverture des cabinets de ville.



Graphique 19 : Répartition des patients en fonction de leur horaire d'entrée au SAU.

- Moyenne

Les horaires moyens d'entrée et de sortie suivent la même dynamique selon les jours de la semaine, de même que le temps de passage moyen.

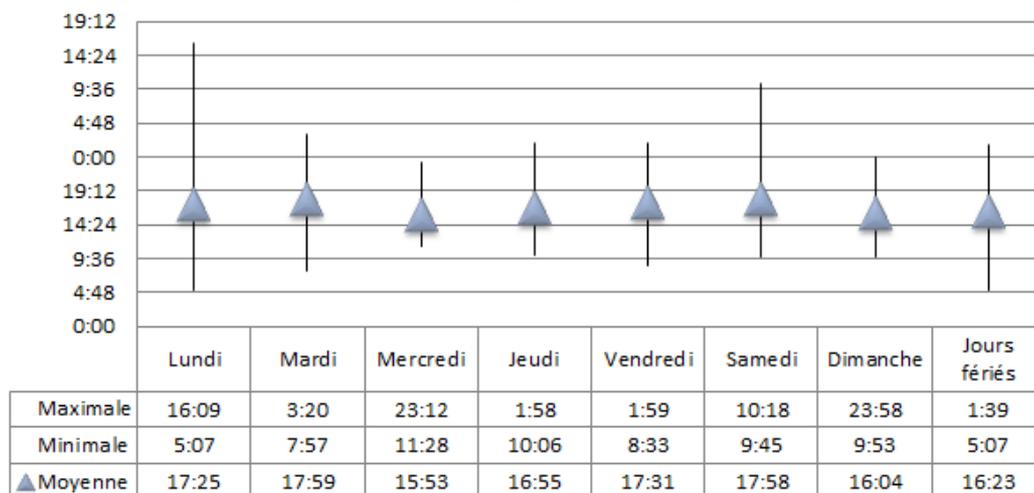


Graphique 20 : temps de passage au SAU, en fonction des jours de la semaine

Contrairement à ce que nous attendions, le temps de passage moyen de l'ensemble des consultations, le plus bas est obtenu pour les dimanches, lors de notre étude.

A noter que dans le Panorama du Grand Est (2), en 2016, la durée moyenne de passage au SAU était de 3h22minutes.

- Sortie



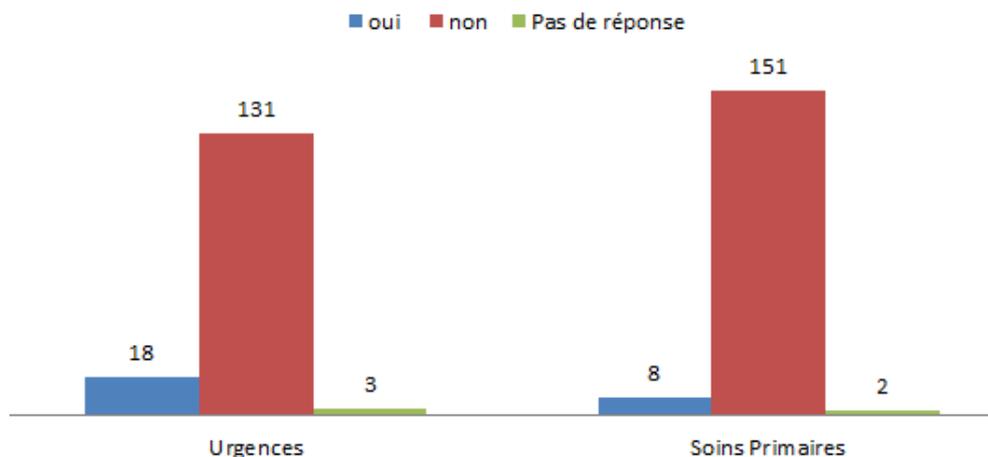
Graphique 21 : Les horaires de sortie, selon les jours de la semaine

De la même manière que pour les horaires d'entrée, la moyenne des heures de sorties sont relativement homogène au cours de la semaine. Nous pouvons donc établir que ce n'est pas lors des horaires de la permanence des soins ni les week-ends et jours fériés que les temps de passage au SAU sont les plus importants.

- Consultation auprès de leur médecin traitant

La majorité des patients consultant au SAU n'a pas consulté leur médecin traitant au préalable. Les patients relevant d'une consultation de soins primaires ont consulté au préalable leur médecin traitant à hauteur de 4.97% (contre 11.84% dans le cas des patients classé dans le groupe des urgences)

Dans le cadre de notre étude on peut observer qu'il existe une association significative entre le fait que le patient ai consulté son MT au préalable et que ce même patient relève dans les suites d'une consultation des urgences (RR=1.4256, IC 95% [1.0769;1.8872], P = 0.0132).



Graphique 22 : Consultation auprès du Médecin traitant avant un passage au SAU

Au contraire, dans le cas où le patient n'a pas consulté son MT au préalable, nous ne pouvons pas établir de lien significatif ni avec le fait que ce patient se présente pour une consultation relevant des soins primaires (RR =1.0410, IC95% [0.8933;1.2131], P=0.6068), ni d'une consultation relevant des urgences (RR= 0.9566, IC95% [0.8075;1.1332], P=0.6076)

○ Au préalable

Nous avons demandé à notre panel de patient s'il avait réalisé une première démarche, au préalable de sa consultation au SAU de Sarreguemines :

Les patients ayant fait des démarches les jours précédant leur passage au SAU, représentent 25,0% des patients dans le groupe des Urgences et 25,5% dans le groupe des soins primaires

Il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'avoir réalisé ou non des démarches les jours précédents le passage au SAU et la finalité de cette consultation.

| | RR | IC 95% | p |
|------------------------|--------|-------------------|--------|
| Urgences | | | |
| Démarches | 0.9150 | [0.7075 ; 1.1834] | 0.4985 |
| Pas de démarche | 0.9363 | [0.7782 ; 1.1267] | 0.4860 |
| Soins primaires | | | |
| Démarches | 1.0942 | [0.8532 ; 1.4033] | 0.4782 |
| Pas de démarche | 1.0706 | [0.8852 ; 1.2946] | 0.4820 |

Tableau 12 : Démarches préalables à la consultation au SAU

Parmi les patients ayant effectué des démarches les jours précédents leur passage au SAU, notre questionnaire listait trois possibilités:

- Premièrement (1) : automédication
- Deuxièmement (2) : avis de l'entourage
- Dernièrement (3) : prise de contact avec le médecin traitant

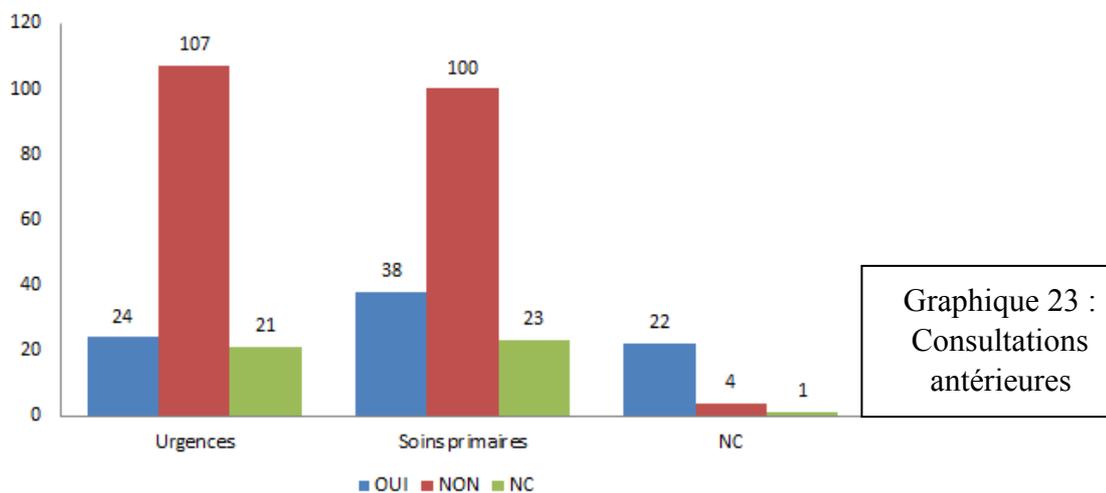
De la même manière, Il n'existe pas de lien significatif entre le type de démarche effectuée les jours précédents le passage au SAU et la finalité de cette consultation.

○ Consultation antérieure

Nous nous sommes penchés sur les consultations antérieures au SAU de ces patients, pour un motif similaire à celui les amenant ce jour :

Dans le groupe des Urgences, 70.4% des patients n'ont jamais consulté au SAU pour un motif similaire, seul 15.8% l'ont déjà fait (13.8% ne se prononcent pas)

Dans le groupe relevant des soins primaires : 62.1% des patients n'ont pas consulté au SAU pour un motif similaire, mais 23,6% l'ont déjà fait (14,3 % ne se prononcent pas).



Que le patient consultant au SAU ait ou non consulté précédemment au SAU pour un motif similaire, il n'existe pas de lien significatif avec la finalité de la consultation :

| | RR | IC 95% | p |
|-------------------------|--------|-------------------|--------|
| Urgences | | | |
| Absence de consultation | 1.0614 | [0.8866 ; 1.2707] | 0.5161 |
| Consultation | 0.7949 | [0.5678 ; 1.1127] | 0.1810 |
| Soins primaires | | | |
| Absence de consultation | 0.9417 | [0.7844 ; 1.1306] | 0.5194 |
| Consultation | 1.1947 | [0.9497 ; 1.5030] | 0.1287 |

Tableau 13: Consultation antérieure similaire au SAU

f) Finalités

o Hospitalisation ou retour à domicile

Sur l'ensemble de notre panel, il y a eu 17 hospitalisations soit 5.0% des patients de notre panel consultants au SAU. Sur ces 17 patients, nous avons 5 femmes et 12 hommes.

L'âge minimal est de 6 ans et l'âge maximal de 80 ans pour une moyenne de 49.06 ans.

3 patients n'ont pas déclaré de médecin traitant, soit 17.64% des patients, (3.5% sur l'ensemble de notre panel)

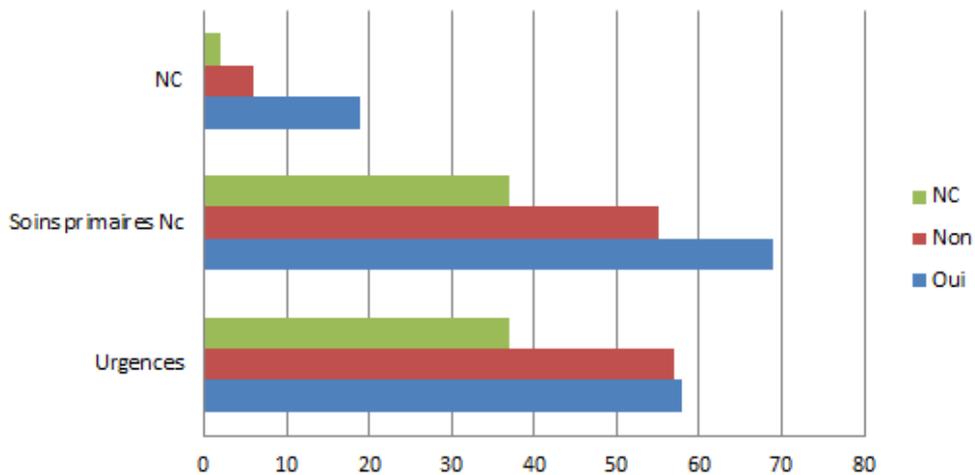
Nous objectivons que l'absence de médecin traitant déclaré est un facteur favorisant à une hospitalisation : avec presque 4 fois plus de risque d'être hospitalisé en cas d'absence de médecin traitant déclaré (RR = 3.9454, IC 95% [1.3075;11.9056], p=0.0149)

7 patients hospitalisés ont consulté sur les horaires de permanence des soins soit 41.17% des patients hospitalisés.

Ces patients hospitalisés lors des horaires de la permanence de soins représentent 4.9 % des patients consultants sur cette tranche horaire

Dans le cadre de notre étude, nous n'avons pas pu établir de lien d'association entre une hospitalisation et une consultation lors des horaires de la permanence des soins : RR=0.9844, IC95% [0.5195; 1.8654], P=0.9615)

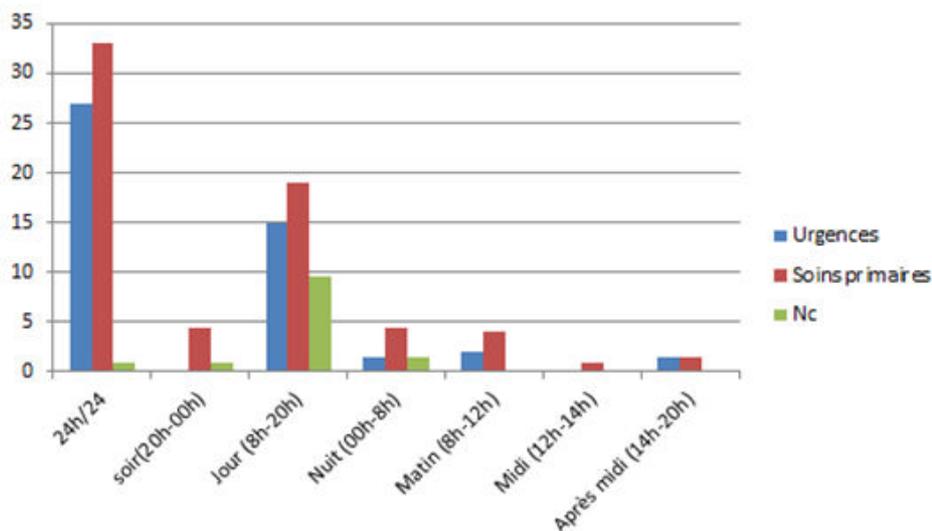
○ Maison médicale de garde



Graphique 24 : Les patients souhaitent-ils une maison médicale de garde ?

Nous avons posé la question à notre panel si l'ouverture d'une maison médicale annexée au service d'accueil des urgences de Sarreguemines les intéressait: 38.2% des patients du groupe urgences et 45.7% des patients du groupe des soins primaires ont répondu oui, 21.7% de notre panel ne s'est pas prononcé.

Nous avons également interrogé les patients concernant leurs desideratas concernant les horaires d'ouverture d'une éventuelle maison médicale. Ces derniers se prononcent majoritairement pour une ouverture 24h/24, et dans un second temps pour une ouverture sur les horaires de jours 8h-20h.



Graphique 25 : desiratas des patients pour les horaires d'ouverture d'une MMG

- Permanence des soins

Dans le cadre de notre étude, nous avons 164 patients qui consultent lors des horaires de la permanence des soins, soit 48.2% de notre panel.

D'après le panorama des urgences de la région Grand Est en 2016 (2), au sein des urgences du CH de Sarreguemines, 45% des passages de 2016 ont eu lieu lors de la permanence des soins

Parmi les patients consultant lors des horaires de permanence de soins, 84 patients relèvent d'une consultation de soins primaires, et 63 patients relèvent d'une consultation des urgences (17 patients dont la finalité n'est pas définie).

Dans les deux cas nous n'observons pas de lien d'association entre la finalité de la consultation et la consultation lors des horaires de la permanence des soins

Dans le cas des patients relevant d'une consultation des soins primaires, lors de la permanence des soins : RR=1.1109, IC95% [0.9311; 1.3255], P=0.2431)

Dans le cas des patients relevant d'une consultation des urgences lors de la permanence des soins : RR=0.8825, IC95% [0.7091; 1.0983] P=0.2628).

- Alternative au SAU

Lors de notre questionnaire nous avons interrogé notre panel non seulement sur le recours auprès de leur médecin généraliste, mais nous avons également dédié une question au recours à une structure alternative au SAU dans le cadre de la permanence de soins, présent sur Sarreguemines, à savoir MEDIGARDE.

Sur notre panel, lors des horaires de permanence de soins seulement 2.09% patients ont contacté cette structure.
(2.66% dans le groupe relevant des soins primaires et 1.81% dans le groupe relevant des urgences)

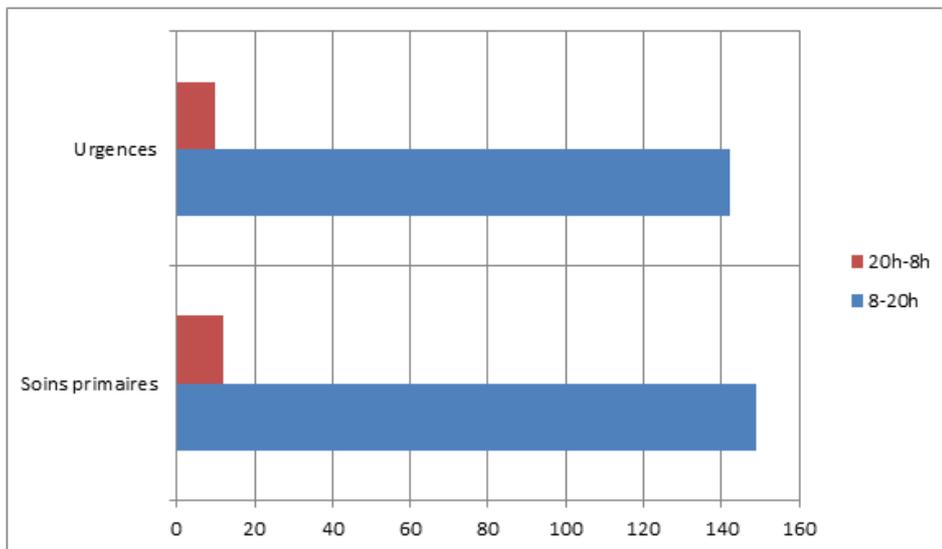
- Intérêt d'une consultation de Médecine Générale au sein des Urgences de Sarreguemines.

Sur notre panel, 161 personnes ont consulté pour une consultation relevant des soins primaires.

Parmi ces 161 personnes, 52.2% ont consulté un jour de semaine contre 47.8% les week-end ou jours fériés.

Parmi ces 161 patients relevant des soins primaires, 84 d'entre eux ont consulté sur des horaires de permanence des soins soit 26.8% de notre panel (soit 52.2% des patients relevant du groupe des consultations de soins primaires)

A noter que 92.5% des consultations des soins primaires ont lieu entre 8h et 20h qu'importe le jour de la semaine, week-end et jours fériés inclus (149 consultations), soit 43.8% de la totalité de notre panel.



Graphique 26 : Permanence de soins et répartition des consultations

En dehors des WE et jours fériés, les consultations de soins primaires se déroulant entre 8h-20h sont de 91,6% (soit 77 consultations sur 84), soit 47,8% sur l'ensemble des consultations des soins primaires.

Les week-ends et jours fériés 93,5% des consultations résultant des soins primaires se déroulent entre 8h-20h (77 consultations le week-end et jours fériés dont 72 consultations entre 8h-20h), cela représente 44,7% de l'ensemble des consultations de soins primaires.

Ainsi une majorité des consultations se déroulent entre 8h et 20h, quelque soit le jour de la semaine ouvré ou non.

4) Discussion

a) Limites et biais de l'étude

Dans le cadre de notre étude il existe de nombreux biais:

Biais de sélection : et notamment des biais liés au volontariat et au recrutement. Les patients ont répondu volontairement à notre questionnaire, mais de nombreux autres patients n'y ont pas répondu.

De plus la population de notre étude porte uniquement sur la population de patient consultant au SAU de Sarreguemines. Les patients dépendant de l'antenne de Bitche n'ont pas été intégrés, ni les patients relevant des urgences pédiatriques ou gynécologique du même établissement.

Biais saisonnier : notre étude se déroule au printemps, avec la présence de nombreux jours fériés (3 jours fériés).

Biais de distribution : les questionnaires étaient distribués par les secrétaires lors de leurs horaires de travail c'est-à-dire de 8h00 à 21h00. En dehors de ces horaires les questionnaires étaient distribués par le reste de l'équipe médicale et para-médicale. On peut observer qu'en dehors de ces horaires, il existe une nette diminution de nos recueils.

Ce biais de distribution impacte l'évaluation du besoin potentiel

Biais de confusion: nous avons défini nos propres critères d'une consultation relevant des SP, cette définition peut diverger d'un praticien à un autre, d'un patient à un autre, selon leur expérience propre.

b) Résultats primaires : prévalence des consultations relevant des soins primaires

Dans le cadre de notre étude, nous obtenons une prévalence des consultations des soins primaires de 47,3% sur l'ensemble des consultations classées par l'IAO comme CCMU P-CCMU1-CCMU2-CCMU3, c'est-à-dire classé tri vert.

c) Résultats secondaires.

1. Soins primaires

Notre étude a permis de mettre en évidence que 92.5% des consultations relevant des soins primaires, ont lieu entre 8h et 20h qu'importe le jour de la semaine, soit 43.8% de l'ensemble de notre panel.

Ces chiffres relativement haut peuvent être imputés aux biais de notre étude, et notamment au biais de distribution : en effet les questionnaires étaient principalement distribués par les secrétaires du SAU de Sarreguemines, qui sont présentes de 8h à 21h, tous les jours de la semaine week-end et jours fériés compris. On peut observer en dehors de ces horaires, une nette diminution du nombre de questionnaires.

De plus 26.8% de notre panel, relevant à la fois des soins primaires et consultant lors de la permanence des soins, à noter que 92.5% des consultations relevant des soins primaires ont lieu entre 8h et 20h.

A travers notre étude nous avons pu établir un lien d'association significatif entre les patients classés CCMU1 et CCMU2 et les patients relevant d'une consultation des soins primaires

En effet les patients classés CCMU1 initialement ont 1,7 fois plus de risque de relever d'une consultation des soins primaires

Concernant les patients classés CCMU2, ils ont 1.1 fois plus de risque de relever d'une consultation des soins primaires.

De plus, les patients consultant le SAU en cas d'absence de leur médecin traitant ont 1.2 fois plus de risque de relever d'une consultation relevant des soins primaires

A travers notre étude, nous avons pu observer que la majorité des consultations relevant des soins primaires a lieu, quelque soit le jour de la semaine entre 8h-20h, il est cependant important de noter que notre étude présente un biais important lié à la distribution des questionnaires.

Mais parallèlement à cela, nous n'avons pas pu établir de critères socio-démographiques, que cela soit en fonction du sexe, de l'âge, du statut conjugal, la présence ou non d'enfant à charge de la présence ou non d'une ALD ou d'un PUMA (CMUc ou ACS), des horaires de consultation, de la présence ou l'absence de

consultation au préalable auprès de leur MT, une consultation antérieure pour un motifs similaires au SAU, qui soient prédictifs d'une consultation des soins primaires.

2. Urgences

Nous avons établi que les personnes âgées de plus de 75 ans avaient 1.8 fois plus de risque de consulter pour une consultation relevant des urgences.

De la même manière les patients relevant de la septième catégorie socio-professionnelle (retraités) présentent une diminution nette de la probabilité de relever d'une consultation des soins primaires, et 1.4 fois plus de risque de relever d'une consultation dite urgente.

De plus notre étude a mis en évidence que les patients consultant les mardis ont 1.3 fois plus de risque de relever d'une consultation d'urgence. Les consultations, qu'elles relèvent des urgences ou des soins primaires ne sont pas plus importantes les week ends.

De plus l'absence de médecin traitant prédispose le patient à être hospitalisé : en effet le patient à 5 fois plus de risque d'être hospitalisé en l'absence d'un MT par rapport à un patient ayant un MT. Egalement, lorsque le patient a bénéficié d'une consultation auprès de son médecin traitant, avant son passage au SAU, ce même patient présente 1.4 fois plus de risque de relever d'une consultation relevant des urgences.

3. Permanence des soins

Lors de notre études 48.2% de notre panel consulte lors des horaires permanence des soins, cependant nous n'observons pas de lien d'association entre la finalité de la consultation et le fait que cette consultation ai lieu lors des horaires de permanence de soins.

26.8% de notre panel correspond aux consultations relevant des soins primaires qui ont lieu lors des horaires de permanence de soins.

Cependant il est important de noter le recours presque anecdotique aux structures de permanence des soins d'un autre type que le SAU, puisque seulement 2.09% de notre panel se présentant au SAU lors des horaires de permanence de soins ont fait appel à MEDIGARDE.

Il est important de mettre en lumière le recours de première intention que représente les urgences pour un certain nombre de patients, qui ne passent plus par le schéma de parcours de soins censé être adopté par les patients.

Il est possible que la majorité des patients ayant été pris en charge par le système de permanence de soins type MEDIGARDE n'ont pas eu besoin dans les suites d'une consultation au SAU, mais notre étude n'a pas porté sur les consultations au sein de MEDIGARDE.

4. Médecin traitant

La relation les liant à leur médecin traitant est estimée, en moyenne sur l'ensemble de notre panel à 12,39 ans (écart-type 10,03 ans), et les patients ont globalement confiance à la prise en charge de leur médecin généraliste, puisque 62.5% des patients relevant du groupe des urgences et 63.4% des patients relevant des soins primaires

pensent que leur médecin traitant aurait été en mesure prendre en charge leur épisode actuel.

Nous objectivons que l'absence de médecin traitant déclaré est un facteur favorisant à une hospitalisation : avec 4 fois plus de risque d'être hospitalisé en cas d'absence de médecin traitant déclaré (RR = 3.9454, IC 95% [1.3075;11.9056], p=0.0149)

5) Conclusion

Notre étude a mis en évidence qu'une majorité de consultations que cela soit dans le cadre des soins primaires ou des urgences, avait lieu dans le créneau de 8h-20h quel que soit le jour de la semaine.

D'après notre panel 43.8% des patients de notre panel, ont consulté entre 8h-20h pour une consultation relevant des soins primaires.

En extrapolant nos résultats, à l'ensemble des passages du SAU de Sarreguemines (2), cela représentait une cinquantaine de consultations en moyenne, par jour, sur les résultats de l'année 2016.

L'instauration d'une maison médicale, ou d'une consultation auprès d'un médecin généraliste au sein du service des urgences, sur ces créneaux horaires pourrait désengorger le SAU de Sarreguemines et ainsi permettre une optimisation des moyens actuellement en place pour la prise en charge des patients relevant des urgences.

Sur le créneau de 20h-8h, quelque soit le jour de la semaine, les patients relevant des soins primaires, représentent 3.5% de notre panel, sur les résultats de l'année 2016, cela représenterait en moyenne 4 patients par jours, bien que le biais de distribution puisse influencer sur nos résultats.

Dans ce contexte, le maintien d'un médecin généraliste de garde au sein des urgences de Sarreguemines ne représente pas dans ce cas là, pas de véritable intérêt.

Notre étude a permis de faire la lumière si un point essentiel : l'absence de recours à la permanence de soins et un accès direct au SAU de Sarreguemines. La question peut se poser si ce constat peut être fait sur l'ensemble du territoire français ? Si cela est du à une méconnaissance de la permanence des soins par les patients ou si en tout connaissance de cause ces derniers choisissent de se diriger aux urgences ?

6) Annexes

a) Questionnaire

Urgences et médecine générale

Date :

Les données recueillies sont confidentielles.

Age :

Sexe : H / F

Médecin traitant :..... absence de médecin traitant

Date et Heure arrivée :

- 1) Etes-vous en : couple célibataire veuf/veuve
- 2) Enfant à charge OUI : combien..... NON :
- 3) Catégorie socioprofessionnelle/Profession :
- 4) vous consulter pour vous pour l'un de vos enfants:
- 5) Vous êtes suivit par votre médecin traitant depuis combien d'année ans
- 6) Avez-vous été adressé par téléphone ou par courrier par votre médecin traitant
OUI NON
- 7) Etes-vous bénéficiaire de la CMU? OUI NON
- 8) Avez-vous une maladie chronique (ALD) : OUI NON
- 9) Pour quelle raison avez-vous consulté aux urgences ? (une réponse possible)
- L'hôpital est le lieu le plus proche de chez vous pour vous faire soigner
 - Fermeture du cabinet de médecine générale consulté habituellement.
 - Médecin traitant absent, ou refus de voir le remplaçant
 - Sensation de gravité, nécessité d'hospitalisation
 - Nécessité de réaliser des examens complémentaires
 - Vous saviez que vous n'auriez pas besoin d'avancer les frais
 - Autre motif:
- 10) Pensiez-vous que votre médecin traitant n'aurait pas été en mesure de régler ce problème ?
OUI NON
Si OUI, pourquoi ?
- 11) Etes-vous venu aux urgences car à votre avis la prise en charge serait complète en un même lieu de consultation ?
OUI NON
- 12) Avez-vous fait des démarches dans les jours précédents pour essayer de régler votre problème ?
OUI NON
- Si oui, quels types de démarches :
- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| O Auto-médicamentation | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| O Avis de mon entourage | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| O Contacter le médecin traitant | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
- 13) Etes-vous déjà venu aux urgences pour un problème du même type ?
OUI NON
- 14) Pensez vous qu'une consultation de Médecine Générale serait nécessaire au sein de votre service d'accueil des Urgences?
OUI NON

Si oui: tranches horaires : la journée la nuit
 24h sur 24 8h30 à 12h00 12h00 à 14h00
 14h00 à 19h00 19h00 à minuit

A remplir par un professionnel de santé :

- Au début de la prise en charge CCMU:.....
- A la fin de la prise en charge, la consultation relève :
 - Des soins primaires
 - Des urgences
- Heure de fin de prise en charge
- Devenir du patient :
 - RAD
 - Hospitalisation

b) Fiche informative relative au questionnaire

Urgences et médecine générale

Les informations recueillies sur ce questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par WEISSERT Annabelle dans le cadre de la réalisation d'une thèse - mémoire de Médecine Générale.

Le recueil de données aura lieu du 28 avril et le 05 juin 2017 inclus.

Elles seront conservées pendant 18 mois et sont destinées à l'élaboration d'une étude de type épidémiologie observationnelle descriptive transversale prospective, unicentrique, et ce à travers ce questionnaire remis aux patients à l'arrivée aux urgences de Sarreguemines.

L'objectif principal est de déterminer la prévalence des consultations relevant de la médecine générale au sein du service des Urgences de Sarreguemines

Les objectifs secondaires sont

- déterminer un lien de corrélation entre le profil des patients et le recours aux urgences pour une consultation relevant de la médecine générale
- d'analyser le nombre de consultations relevant d'une prise en charge en médecin générale selon la tranche horaire
- d'analyser l'opportunité de proposer à des tranches horaires définies une consultation de médecine générale au sein des Urgences et son intérêt économique pour l'hôpital et les praticiens concernés
- de déterminer si le fait d'avoir un médecin traitant déclaré impacte significativement sur les consultations au sein du service des Urgences.

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 « relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant :
etude.urgences.sarreguemines@gmail.com

c) CNIL



RÉCÉPISSÉ

Monsieur LALA Adrian
29 AVENUE FOCH
57000 METZ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE NORME SIMPLIFIÉE

Numéro de déclaration

2126562 v 0

du 01 décembre 2017

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur LALA Adrian

N° SIREN ou SIRET :

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse : 29 AVENUE FOCH

Code postal : 57000

Tél. : 0684240025

Ville : METZ

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : NS26 - Traitements statistiques

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 01 décembre 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

RÉCÉPISSÉ

Monsieur LALA Adrian
29 AVENUE FOCH
57000 METZ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2126564 v 0

du 01 décembre 2017

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

| Organisme déclarant | |
|----------------------------|---------------------|
| Nom : Monsieur LALA Adrian | N° SIREN ou SIRET : |
| Service : | Code NAF ou APE : |
| Adresse : 29 AVENUE FOCH | Tél. : 0684240025 |
| Code postal : 57000 | Fax. : |
| Ville : METZ | |

| Traitement déclaré |
|--|
| Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement |
| Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non |

Fait à Paris, le 01 décembre 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

d) Critères d'une consultation de soins primaires.

Les critères d'une consultation relevant des soins primaires sont établis à priori de l'étude, cela concerne les patients ne relevant pas d'une hospitalisation au terme de leurs passage au service d'accueil des urgences, ne relevant pas d'un plateau technique hospitalier (hors radiographie et biologie), hors suture, et en nécessitant pas l'avis d'un spécialiste ou d'une IDE spécialisé lors du passage au SAU.

A l'issue de l'étude, une seconde lecture est réalisée, et le classement est adapté selon le diagnostic final :

○ Relevant des Urgences :

Fractures
Sutures
Psychiatrie/intervention IDE spécialisé
Avis chirurgical ou médical spécialisé
Malaise
Douleurs thoraciques
Epistaxis/rectorragie/hématurie
Réalisation d'un Scanner
Demande d'un complément de bilan biologique
Hospitalisation

○ Relevant des soins primaires ambulatoires

Entorse
Contusion
Cystites non compliquées
Lombalgies simples
Douleurs abdominales non compliquées/GEA
Constipation
Hémorroïdes
Migraines non compliquées
Douleurs musculaires non compliquées
Douleurs pariétales non compliquées

III. Permanence de soins

La permanence des soins se définit comme l'organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients, et ainsi maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, sur l'ensemble du territoire.

Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit et le week-end, notamment lors de la fermeture des cabinets de médecins libéraux.

L'article L. 4130-1 du Code de Santé Publique (CSP) (14) définit les missions du médecin généraliste de premier recours, au cours duquel est présentée la permanence des soins :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé .
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 du CSP. (15)
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

1) Définition législative

Les dispositions de l'article 49 de la loi n° 2009-584 du 21 juillet 2009, dite HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire, dite loi Bachelot), réforment la permanence des soins. Elle met notamment en avant que la permanence des soins est une "mission de service public". (Article L. 6314-1 du CSP) (15)

La Permanence des soins (article R6315-1 du CSP) (16) couvre la période :

- Tous les jours de 20h à 8h
- Les dimanches et les jours fériés de 8h à 20h
- En fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante:
 - le samedi à partir de midi

- le lundi lorsqu'il précède un jour férié,
- le vendredi et samedi lorsqu'ils suivent un jour férié

Depuis le 1er Avril 2012, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires est définie dans un cahier des charges régional, décliné par départements, après avis des préfets de département et des représentants des professionnels de santé.

2) Code de déontologie

a) Article 77: permanence de soins et obligations.

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » Article R.4127-77 du CSP .(17)

b) Article 78 : permanence de soins et modalités.

« Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite.

Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention «médecin urgences», à l'exclusion de toute autre.

Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin. Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article R.4127-78 du CSP ». (18)

3) Les acteurs de la permanence de soins

Il existe deux types de permanence des soins:

- Permanence des soins en ambulatoire (PDSA)
- Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)

a) Etablissement de santé (PDSSES)

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de Médecine d'urgence, la nuit, le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Les Soins de suite et de réadaptation (SSR), Unité de soins longues durées (USLD) et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne relèvent donc pas du dispositif de permanence des soins en établissement de santé.

b) Ambulatoire (PDSA)

La permanence des soins ambulatoire se définit comme l'accueil des patients et la prise en charge par des médecins libéraux sur les mêmes créneaux horaires. Elle est basée sur le volontariat (article R6315-4 du CSP) (19)

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. (20)

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'ARS, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins. (21)

Un médecin retraité, peut également y participer, à la double condition d'avoir signé une convention avec l'ARS, et de s'être vu reconnaître par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sa capacité à participer à la permanence des soins ambulatoire.

Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. (22)

Dans chaque secteur un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois

Le transfert de la permanence des soins ambulatoire sur l'hôpital peut aussi s'effectuer de nuit, surtout en deuxième partie de nuit, là où le nombre d'actes est quasi nul. Concrètement, les ARS peuvent confier aux établissements hospitaliers disposant d'une structure d'accueil des urgences la mission de la permanence des soins ambulatoire pendant ces périodes de très faible activité médicale. Une telle action peut permettre de faire des économies en ne rémunérant que la première partie de la nuit dans la permanence des soins ambulatoire.

L'absence de médecin disponible peut le justifier : « Du fait de la répartition inégale des professionnels libéraux sur le territoire, le concours des structures hospitalières pourra être organisé dans certaines zones pour prendre en charge les demandes de soins non programmés, notamment en nuit profonde » (Assemblée Nationale. Réponse à une question écrite de février 2009 de Francis Saint-Léger, député de Lozère. Réponse de la Ministre de la santé Roselyne Bachelot., publiée au journal officiel en janvier 2010) (23)

La permanence des soins ambulatoires s'organise de façon régionale, mais la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le conseil national de l'ordre des médecins, ont établi des recommandations pour la prise en charge d'un appel téléphonique concernant une demande de soins non programmée dans le cadre de la permanence des soins (24)

Il a été établi six types de réponses :

- conseil médical sans mise en œuvre de moyens,
- prescription médicale par téléphone,
- orientation vers une consultation médicale,

- transport sanitaire en ambulance,
- prise en charge par une équipe de sapeurs-pompiers,
- intervention d'un médecin mobile (effecteur ou équipe SMUR)

1) Médigarde

La régulation médicale est organisée, en Lorraine, par des associations de médecins régulateurs libéraux (Médigarde 54, ASSUM 55, Médigarde 57 et ASSUM 88 qui se sont coordonnées au sein de l'association régionale MEDIGARDE lorraine.) Un numéro est à disposition des patients (08 20 33 20 20 en Lorraine). (25)

Médigarde 57 est une association de médecins libéraux participant, en complément du Samu Centre 15, à la permanence des soins organisée par l'Agence régionale de santé (ARS).

A noter que 29 000 actes ont été assurés en Moselle par Médigarde pour l'année 2010.



(26)

2) SOS médecin (27)

SOS MÉDECINS est le premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France. Il a été créé en 1966 par le Dr Marcel Lascar, médecin généraliste parisien, sous forme d'un service médical d'urgence au domicile des patients. En 1982 Jean-Baptiste Delmas fonde la fédération nationale de SOS médecin

L'ensemble des associations SOS Médecins reçoivent sur leurs plates-formes téléphoniques six millions d'appels par an et réalisent près de 2,5 millions de visites médicales à domicile. La disponibilité des équipes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

- 65 associations réparties sur le territoire (métropole et outre-mer) en 2016

- Plus de 1 100 médecins travaillent dans les différentes unités locorégionales
- 60 % des actes effectués lors des horaires de la permanence des soins soit, 40% des actes lors des horaires d'ouverture des cabinets des médecins.
- 70 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et périurbain

A noter que seul dix % des appels amenant à une visite d'un médecin de SOS médecin est directement reçu par leurs centres d'appel. Le reste des appels proviennent du centre 15.

Les principes d'intervention sont stricts, réunis dans un cahier des charges spécifique pour les urgences et la permanence de soins. Les médecins de SOS médecin possèdent un kit complet pour les interventions au lit du patients, qui comporte en plus du matériel d'usage (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, kits de suture unique, électrocardiogramme, ...)

Tous les véhicules de SOS médecin sont équipés de radiotéléphones de récepteurs mobiles et de téléphones portables ce qui permet de joindre rapidement un médecin et si besoin de le détourner de sa destination en cas de visite très urgente.

3) Maison Médicale de Garde (MMG)

« Une maison médicale de garde se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ».

Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (28)

En 2017, il existait 440 MMG contre 452 en 2016 (414 en 2014) couvrant 500 territoires de la permanence des soins ambulatoires. (29)

Elles peuvent prendre plusieurs appellations : lieu d'effectation fixe, centres d'accueil de permanence des soins (CAPS) ou encore centres de consultations (gérés par des associations type SOS Médecins).

En 2017 les lieux d'effectation fixes sont implantés dans 85 départements. Dans 8 départements ils couvrent tous les territoires (Maine-et-Loire, Manche, Orne, Vienne, Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Martinique, Réunion).

Au Centre Hospitalier de Arles, la maison médicale de garde est installée à l'entrée du service des urgences de l'hôpital. Les deux structures disposent d'une salle d'attente commune. (30)

Soixante médecins libéraux travaillent au sein de cette maison médicale, venant de quatre secteurs de permanence des soins.

Cette maison médicale est ouverte depuis janvier 2015, chaque personne qui se présente aux urgences de l'établissement est examinée par un infirmier d'accueil et d'orientation. En fonction de cette évaluation, les patients dont l'état nécessite un examen complémentaire seront orientés vers les urgences de l'hôpital, les autres

patients seront réorientés vers la maison médicale de garde afin d'être examiné par un médecin généraliste .

En avril 2015, la SFMU, établissait un premier bilan de cette maison médicale annexée au service des urgences du CH d'Arles:

En trois mois d'activité, la maison médicale a eu en moyenne 11.5 passages le samedi et 18 passages en moyenne le dimanche soit une proportion de 18,3% des patients consultant au service d'accueil des urgences du CH le dimanche.

Le directeur adjoint du CH d'Arles jugeait ce premier bilan comme "satisfaisant"

c) La régulation

Le point central de l'accès à cette permanence des soins ambulatoires repose sur la régulation : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente ». Article R 6315-3 du CSP (31)

La régulation médicale est nécessaire afin de gérer au mieux les ressources disponibles de notre système de santé:

- En effet nos ressources humaines et matérielles, ne sont pas illimitées, et la disponibilité de ces ressources évolue en permanence.
- Une structure dédiée à la régulation de ces ressources, ayant une bonne connaissance de ces ressources permet une utilisation optimale en fonction des besoins.
- Un médecin préparé à cette organisation est le mieux à même d'assurer le dialogue avec le patient, de maîtriser les règles d'emploi des ressources et de déterminer, au cas par cas, la solution la mieux adaptée.

L'HAS définit également deux finalités à la régulation (24) :

- Finalité individuelle: apporter une aide à chacun des patients pour laquelle elle est sollicitée
- Finalité communautaire: articuler une action des intervenants et optimiser l'usage des ressources

L'HAS précise également que ces deux finalités ne sont pas contradictoire, mais au contraire, complémentaire.

L'accès au médecin de garde peut également se faire à travers une plate-forme de régulation médicale mis en place par les associations de permanence des soins (type SOS Médecins) ayant passé une convention et interconnectées avec le Centre 15 : « L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé » (article R 6315-3 du CSP) (31)

La régulation médicale n'est pas une simple modalité mais désormais reconnue comme un acte médical pratiqué par un médecin régulateur au téléphone et qui engage également la responsabilité du médecin.

Tout médecin libéral ou salarié peut participer au dispositif, en tant que régulateur ou en tant qu'effecteur.

Depuis le 26 janvier 2016, une loi sur la modernisation de notre système de santé :« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. (32)

En application de l'article L. 1435-5 (16), le directeur général de l'Agence Régionale de Santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins.

Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

Par décret du 22 juillet 2016 (33), il est précisé que ce numéro est le numéro 116 117, numéro réservé à la mission de la permanence des soins ambulatoires.

A partir avril 2017, un numéro unique, le 116 117 est testé dans trois régions : la Corse, Normandie et Pays de la Loire, qui sera généralisé secondairement courant 2018.

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'impact de ce numéro unique est faible :

« L'absence de campagne de communication, justifiée en partie par le devoir de réserve en période d'élection, par les régions concernées n'a pas permis de diffuser le numéro de manière suffisamment efficace auprès de la population. Pour l'ensemble des citoyens, le numéro 15 à deux chiffres est déjà connu et nécessite une communication spécifique sur son utilisation » (29)

La régulation médicale regroupait 2572 médecins régulateurs libéraux en 2017 (contre 2666 en 2016 et 2763 en 2014).

Cependant il convient d'ajouter aux 2 572 médecins libéraux installés 272 médecins qui ne sont pas des généralistes libéraux installés au sens strict mais qui participent pourtant à la régulation libérale (médecins retraités, médecins remplaçants, médecins salariés..).

Au total, pour l'année 2017, il y a donc 2 844 médecins généralistes participant à la régulation libérale.

4) La gestion de la permanence des soins

a) Cahier des charges

Le cahier des charges régional précise ainsi :

- L'organisation générale de la permanence des soins ambulatoires (les territoires de PDSA, le nombre d'effecteurs, les modalités d'intervention des effecteurs, les points fixes de consultation, les conditions de transport des patients vers les

lieux de consultation, les modalités de participation des établissements de santé à la PDSA si besoin)

- L'organisation de la régulation des appels ce qui est confié le plus souvent aux centres 15 des SAMU.
- Les conditions de rémunération forfaitaires des praticiens participant aux gardes de la permanence des soins ambulatoires.
- Les modalités de suivi du fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires.

b) L'Agence Régionale de Santé

La loi HSPT (33) et le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 relative à la création des Agences Régionales de Santé (35), ont créées les Agences Régionales de Santé (ARS), qui coordonnent l'ensemble des politiques de santé.

Elles sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du CSP

Les ARS sont compétentes dans les domaines suivants :

- La promotion de la santé et de la prévention,
- La veille et de la sécurité sanitaire,
- Les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes,
- L'accompagnement médico-social,
- L'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires.

Concrètement, depuis la création des ARS, la permanence des soins s'organise de façon régionale et non plus départementale.

L'ARS reçoit le pouvoir de déterminer la rémunération des médecins à l'exception de celle des actes réalisés pour lesquels l'assurance maladie reste compétente.

« L'Agence Régionale de Santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. » Article L. 1435-5 CSP (21)

L'ARS définit également les territoires de gardes dont les limites sont arrêtées par son directeur général selon les principes définis dans le cahier des charges régionales.

A titre expérimentale, d'après le décret n° 2017-1862, (36) un droit de dérogation reconnu au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, permet, pendant 2 ans, à quatre Directeurs Généraux d'ARS (Auvergne-Rhône-Alpes / Hauts-de-France / Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur), la possibilité de prendre des décisions dérogeant aux dispositions réglementaires applicables dans un certain nombre de domaines, La dérogation pouvant porter sur les modalités de publication de l'arrêté fixant le cahier des charges régionales de PDSA

c) Le CODAMUPS

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMU-PS-TS) organise la permanence des soins dans le département et élabore le cahier des charges départemental.

« Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. » (37)

Le CODAMUS-TS est renouvelé pour 5 ans à partir du 8 juin 2015. (38)
Cette instance qui préexistait à la loi HPST est l'enceinte dans laquelle les acteurs de la permanence des soins et des urgences médicales se rassemblent pour essayer de dégager un consensus.

La nouveauté de la loi HPST est que ce comité est désormais co-présidé par le directeur général de l'ARS et le Préfet de département.

5) Etat des lieux

Il s'agit de deux enquêtes réalisées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins pendant le mois de janvier 2017, concernant la démographie médicale (39) et décembre 2017 concernant l'état de la permanence des soins ambulatoire (29)

a) Médecins régulateurs

On peut observer une légère diminution du nombre de médecins régulateurs libéraux opérant dans la permanence des soins ambulatoires.

En effet en 2017 il y avait 2572 médecins régulateurs libéraux, contre 2666 en 2016 et 2697 médecins en 2015.

S'ajoute à cela 272 médecins qui ne sont pas des généralistes libéraux installés au sens strict mais qui participent pourtant à la régulation libérale (médecins retraités, remplaçants ...)

Avec un âge moyen de 55 ans concernant les médecins régulateurs contre 50 pour les médecins effecteurs (à noter que l'âge moyen des médecins généralistes installés était de 54 ans) . La proportion des régulateurs en fonction du sexe était de 70% d'hommes et 30% de femmes.

b) Médecins effecteurs

On observe également une diminution progressive au fil des ans du nombre de territoires de permanence des soins ambulatoire, ainsi en 2017, en soirée de semaine, la France est divisée en 1579 territoires de permanence des soins ambulatoires (contre 1616 en 2016, 1631 en 2015, et de 3770 début 2003).

Soit une baisse de 60% du nombre de territoire en 14 ans, et une diminution de 2.3% entre 2016 et 2017.

A noter cependant qu'en 2017, 104 territoires ont une permanence des soins régie par l'aide médicale d'urgence contre 116 en 2016.

Les week-ends et jours fériés, la France est divisée en 1644 territoires de permanence des soins ambulatoires, dont 33 sont gérés par l'aide médicale d'urgence. Dans 2 % des territoires de permanence il n'y a pas d'effecteurs pour assurer la permanence des soins ambulatoires le weekend.

Dans le cas des médecins effecteurs, il y a 65% d'hommes et 35% de femmes comme dans le cas des médecins installés. L'âge moyen est de 50 ans.

Le principe de la permanence des soins est basé sur le volontariat, et dans 60 départements le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 %. La moyenne de participation est de 63 % (contre 65 % en 2015), on peut donc observer une diminution du volontariat.

En 2017, 24 départements ont dû recourir à des réquisitions de médecins pour permettre la permanence des soins

En 2017, il y avait 248 territoires, répartis sur 33 départements, où la permanence des soins est assurée par au plus 5 médecins.

c) Cas du samedi matin

Dans le cas de la permanence des soins, le samedi matin ne rentre pas dans les horaires, cependant force de constater qu'un certain nombre de médecins dans le cadre de cette étude du conseil de l'ordre des médecins, demandent une organisation de la permanence des soins le samedi matin de 8h à 12h, étant donné la fermeture d'un nombre important de cabinets médicaux.

En 2017 : 47 départements ont une régulation le samedi matin, contre 42 en 2016.

d) En nuit profonde

En 2017, seuls 458 territoires avaient une permanence des soins ambulatoire en nuit profonde, c'est-à-dire de minuit à 8h, contre 477 en 2016 et 515 territoires en 2015. L'arrêt de la garde en nuit profonde est un processus qui continue de s'étendre sur les territoires.

e) Maison médicale de garde (MMG)

En 2017, il y avait 440 maisons médicales de gardes, contre 452 en 2016. Ces MMG couvrent 31% des territoires de PDSA soit 500 sur 1579 territoires, en étant implanté dans 85 départements.

De plus dans 54 départements, l'accès à ces MMG n'est pas soumis à une régulation, les gens peuvent donc s'y rendre directement.

IV. Continuité des soins

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la Médecine Générale, elle permet la cohérence et la meilleure prise en charge possible du patient dans son parcours de soin.

En effet les patients entretiennent avec leur médecin traitant une relation privilégiée et en théorie durable.

En plus de cette continuité des soins il existe une continuité relationnelle qui lui permet de garder un lien en se tenant au courant des événements intercurrents de la vie de ses patients et de leur famille.

Mais cette continuité des soins, au delà de cette image que nous pouvons nous faire, est régie par un cadre législatif et déontologique précis

1) Définition

a) WONCA

La définition européenne de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) développe les caractéristiques essentielles de la Médecine Générale.

Elle propose une vision consensuelle de ce que les médecins généralistes en Europe doivent fournir comme services médicaux aux patients, afin de garantir la qualité des soins aux patients. (40)

La continuité des soins fait partie de la définition de la Médecine Générale donnée par la WONCA .

La WONCA Europe a défini en 2002, la Médecine Générale en onze composantes et l'a actualisé en 2011 par une douzième composante :

- La Médecine Générale est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- La Médecine Générale gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle
- La Médecine Générale favorise l'autonomisation des patients

D'après la WONCA, l'approche du médecin généraliste traitant doit être constante tout au long de la vie du patient, de sa naissance à sa mort. En suivant les patients toute leur vie, la continuité des soins est assurée et le dossier médical est la preuve de cette continuité.

b) Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST)

La loi HPST définit clairement les obligations du médecin :
En effet le médecin généraliste traitant est dans l'obligation de s'assurer qu'une alternative est possible pour ces patients en son absence. Le médecin doit informer ses patients de son absence mais également le confrère vers lequel il orientera ses patients.

« La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances.

Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence.

Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret » (41)

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé. » (42)

c) Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

Le CNOM adresse aux médecins les recommandations suivantes :

- Les médecins doivent, autant que possible, avertir les patients de leurs absences programmées, par les moyens qu'ils jugent les plus appropriés.
- Les médecins doivent pendant leurs absences programmées, indiquer aux patients le confrère auquel ils pourront s'adresser.

Cette information du patient impose qu'au préalable le médecin se soit rapproché de ses confrères et se soit entendu avec eux. Dans certains cas, le médecin n'indiquera pas le nom et les coordonnées d'un médecin identifié mais ceux d'une association de médecins ou encore ceux d'un service hospitalier, toujours avec l'accord des praticiens auxquels il renvoie ses patients.

- En cas de difficultés pour le médecin à trouver un confrère ou une structure pour ses patients et ce quelle qu'en soit la cause, le médecin se rapprochera de son Conseil départemental afin de le lui signaler.

Si le Conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le Directeur Général de l'ARS afin que soit mise en œuvre une mutualisation des moyens médicaux publics et privés

d) Code de Santé Publique (CSP)

Le CSP réaffirme la nécessité et la responsabilité qu'a le médecin d'orienter son patient en cas où ce dernier ne pourrait pas le prendre en charge, déjà établi par la loi HSPT

Le CSP définit plusieurs situations afin que la continuité des soins soit assurée:

- En cas d'absence du médecin pour des raisons personnelles ou professionnelles :
« Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret. » (34)

- En dehors de l'urgence et de certaines conditions, le médecin peut refuser les soins à un patient :
« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » (43)

- Si le plateau technique est insuffisant ou si la capacité d'accueil de l'établissement est limitée, notamment en cas d'urgence :

« Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une

technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait de manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le directeur provoque les premiers secours et prend toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis. » (44)

e) Autre

Le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR), définit la continuité des soins d'une autre manière, en quatre items (45) :

- Continuité des soins « professionnelle », qui pourrait être définie par l'organisation mise en place pour répondre à une demande de soins non programmée, en l'absence du médecin traitant du patient.
- Continuité des soins « informationnelle », qui pourrait être définie par les moyens mis en œuvre pour que les informations de l'état de santé d'un patient soient accessibles à toute personne en ayant besoin pour prendre en charge le patient à un instant donné.
- Continuité des soins « relationnelle », qui se définit par l'importance de connaître son patient dans sa globalité, ce qui permet d'assurer des soins dans le temps et d'assurer la transition entre les événements de vie du patient.
- Continuité des soins « d'approche », qui se définit par la capacité à assurer une cohérence entre les soins donnés par tous les intervenants d'un même patient.

2) Dossier du patient

Le dossier médical est un des piliers centraux de la continuité des soins. Il est régi par l'article L.1111-7 CSP par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (46)

a) Contenu

Il n'existe pas de dossier médical unique par patient. Mais le patient dispose d'un dossier par professionnel de santé qu'il a été amené à consulter.

Certains documents sont accessibles au patient, cependant d'autres documents ne sont pas communicables ni au patient ni à ses représentants, il s'agit :

- Informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ;
- Celles concernant un tel tiers
- Certaines notes des professionnels de santé pouvant être considérées comme personnelles. Il doit s'agir de documents de travail qui ne contribuent pas à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention.

b) Délai de conservation

1. Etablissements publics et privés

La durée de conservation du dossier médical est de 20 ans. Ce délai commence à courir à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation externe du patient dans l'établissement.

D'autres délais sont applicables dans les cas suivants :

- Pour un mineur de moins de 8 ans, le dossier médical est conservé jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 28 ans.
- Si le patient décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date du décès.
- La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel sont conservées pendant 30 ans à partir de la date de l'acte transfusionnel.

En cas d'introduction de recours gracieux ou contentieux, ces délais sont suspendus.

2. Hors établissements publics ou privées

Actuellement, pour les professionnels de santé n'exerçant pas leur activité dans un établissement public ou privé, il n'existe pas de délais de conservation fixés par la loi.

c) Accès au dossier médical

« Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant » (Article R4127-45 du CSP)

1. Accès au dossier d'un patient vivant

La consultation du dossier médical varie selon qu'il s'agisse d'une personne majeure ou mineure.

- Personne majeure

Plusieurs personnes peuvent consulter le dossier d'un majeur:

- le patient.
- son tuteur, si le patient est majeur sous tutelle (une personne sous curatelle peut consulter elle-même son dossier).
- son médecin si le patient l'a choisi comme intermédiaire.

La demande doit être adressée au responsable de l'établissement. L'identité du demandeur est vérifiée notamment grâce à une carte d'identité ou un passeport.

- Personne mineure

Le dossier médical d'un mineur peut être consulté par :

- le mineur lui-même
- l'intermédiaire d'un médecin désigné par le mineur , ou son représentant légal.

Si le mineur reçoit des soins à l'insu de ses parents, il peut s'opposer à ce que le médecin transmette son dossier.

Le médecin, la sage-femme ou l'infirmier doivent encourager le mineur à communiquer ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Ils doivent faire mention écrite de cette opposition.

2. Accès au dossier d'un patient décédé

La communication du dossier médical, ou de certaines informations extraites du dossier médical, varie selon que la personne décédée soit majeure ou mineure.

- Personne majeure

Sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, le dossier médical peut être consulté par :

- l'ayant droit de la personne décédée.
- son concubin ou son partenaire de PACS.

Lors de sa demande écrite envoyée à l'établissement de santé, la personne doit motiver sa demande en expliquant que les informations peuvent être notamment :

- nécessaires pour connaître les causes de la mort.
- défendre la mémoire du défunt.
- ou faire valoir un droit.

- Personne mineure

Sauf volonté contraire exprimée par le mineur, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales concernant le mineur décédé.

V. Démographie médicale en France

1) En France

Au 1er janvier 2017, 290 974 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre (contre 285 840 médecins au 1er janvier 2016, soit une augmentation de 1.8%, et une augmentation de 15 % par rapport à 2007) (39)

La densité médicale métropolitaine toutes spécialités confondues est de 330.7 médecins pour 100 000 habitants, avec de fortes disparités au sein du territoire (région PACA : 353.2 médecins pour 100 000 habitants, alors que l'Ain : 207.8 médecins pour 100 000 habitants)

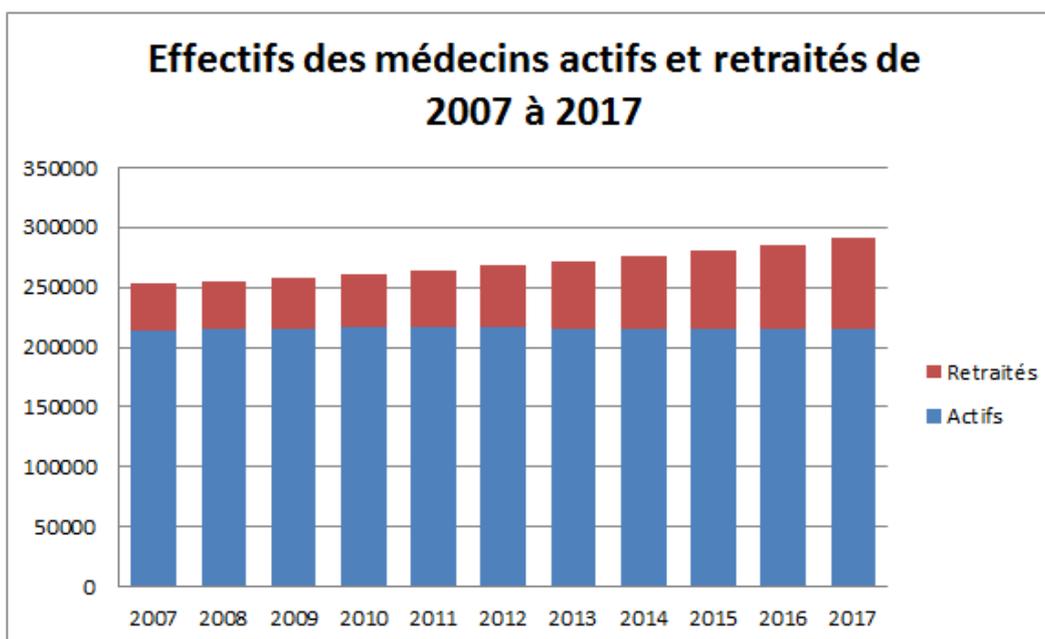
a) Médecins en activité et médecins en retraite

Au cours des dix dernières années on peut observer une diminution du nombre de médecins présentant une activité régulière alors que le nombre de médecins retraités explose.

Sur la période 2007/2017, le nombre de médecins en activité régulière recule progressivement pour atteindre 68% de l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre en 2017 soit 197 859 médecins (78% en 2007). En 10 ans les effectifs des médecins présentant une activité régulière ont diminué de 0.5%.

L'ensemble des médecins actifs regroupe non seulement les médecins présentant une activité régulière mais également les médecins remplaçants, et les médecins sans activité temporairement, ils représentent 215 941 médecins actifs.

Cependant, en 2007, il y avait 213 995 médecins actifs, il y a donc eu une augmentation de 0.9% entre 2007 et 2017 concernant les médecins actifs



Graphique 27 : effectifs des médecins actifs et retraités de 2007 à 2017.

Parallèlement à cela, on peut observer une augmentation progressive du nombre de médecins retraités (75 033 en 2017, soit 20% de l'ensemble des médecins inscrits à l'ordre des médecins), avec une augmentation du nombre de retraités actifs qui a fortement augmenté en dix ans (6% de l'ensemble des médecins inscrits à l'ordre des médecins au 1er janvier 2017 contre 1% en 2007), soit 16 853 médecins retraités actifs au 1er janvier 2017.

Les médecins retraités présentent l'augmentation la plus importante, passant de 38 751 médecins en 2007 contre 75 033 en 2017, soit une augmentation de 93.6% en 10 ans).

Au 1er janvier 2017, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre sont âgés en moyenne de 51,2 ans (50 ans en 2007)

Les médecins en activité régulière âgés de plus de 60 ans représentent 47% (contre 27,% en 2016 et 14% en 2007) des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 20% (contre 18,6% en 2016 et 14% en 2007) des effectifs.

On observe alors un vieillissement de la profession et une probable explosion des médecins retraités dans les futures années.

b) Activité libérale ou salariale

On peut également observer une majoration importante de l'activité mixte et salariale, contrairement à l'activité strictement libérale, sur les dix dernières années :

| Modes d'exercice | Effectifs 2017 | Pourcentage | Variation |
|-----------------------------|----------------|-------------|-----------|
| Liberal | 84738 | 42.8% | - 10.5% |
| Mixte | 21213 | 10.7% | +9.7% |
| Liberal-Salarié | 5645 | | |
| Libéral-Hospitalier | 14485 | | |
| Liberal-Salarié-Hospitalier | 993 | | |
| Salarié | 91851 | 46.5% | +10.7% |
| Salarié | 28011 | | |
| Hospitalier | 60934 | | |
| Salarié-Hospitalier | 2906 | | |
| Divers | 139 | | |
| Sans exercice déclaré | 8 | | |
| Total | 197859 | 100% | -0.5% |

Tableau 15 : Répartition des médecins en activité selon les modes d'exercice

c) Répartition Homme/Femme

Sur l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins, cette répartition est de 58% pour les hommes et 42% pour les femmes.

Cependant, les médecins généralistes en activité régulière sont représentés à 53% par les hommes et à 47% par les femmes.

On observe ainsi une féminisation progressive de la profession depuis plusieurs années, et plus particulièrement la médecine générale.

En 2016, l'âge moyen de la première inscription à l'Ordre est de 32,6 ans : 32 ans pour les femmes et 34 ans pour les hommes.

La féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre National des Médecins. En 2015, elles sont 58% des médecins nouvellement inscrits à un tableau de l'Ordre.

Parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, les femmes représentent 62% des effectifs en 2017 (contre 56% en 2007)

En 2017, les femmes représentent 47% des médecins en activité régulière (contre 38% en 2007)

d) Retraite

Au cours de l'année 2016, 6208 médecins ont fait valoir leur droit à la retraite, soit 8% de plus que par rapport à 2015, et 155% de plus par rapport à 2006. L'âge moyen de la retraite en 2016, toutes spécialités et modes d'exercice confondu, est de 65.3 ans

e) Remplaçants

Au 1er janvier 2017, 12 011 médecins remplaçants ont été recensés par l'Ordre des médecins

Depuis 2007, les effectifs des médecins remplaçants ont augmenté de 24.6%

Parmi les médecins remplaçants, 40% ont moins de 40 ans, alors que plus de 25% sont âgés de plus de 65 ans, et sont inscrits à l'ordre comme médecins retraités actifs. L'âge moyen de l'ensemble des remplaçants, est de 55 ans pour les hommes et 43 ans pour les femmes.

En ce qui concerne les remplaçants « actifs », l'âge moyen est de 44 ans. Les femmes représentent 57% des effectifs avec une moyenne d'âge de 41 ans, alors que les hommes représentent 43% des effectifs pour un âge moyen de 48 ans

Il en est de même chez les médecins remplaçants que chez les médecins présentant une activité régulière, on observe la aussi une féminisation de la profession

Il existe une certaine pérennisation du statut de médecins remplaçants, en effet près de 25% des médecins exerçants comme remplaçant en 2007, sont toujours remplaçant en 2017.

Près de 5% des médecins remplaçants en 2007, ont fait valoir leur droit à la retraite au 1er janvier 2017, dont à peine 1% ont conservé une activité.

Cependant 65% des médecins remplaçants de 2007, ont au 1er janvier 2017, une activité régulière

f) Cas de la Médecin Générale

Concernant la spécialité de Médecine Générale, il y a 88 137 médecins généralistes inscrits à l'Ordre des Médecins en 2017 (contre 88 886 en 2016, et 97 012 en 2007), soit 9.1% de moins en dix ans.

On observe également une répartition différente concernant l'activité salariale et libérale, en effet même si les médecins généralistes exercent principalement en activité libérale ou mixte (63% au 1er janvier 2017, soit 12% de moins qu'en 2007), on observe une majoration de l'activité salariale (37% soit 10.1% de plus qu'en 2007)

Les médecins de moins de 40 ans représentent 17% au 1er janvier 2017, contre 15.1% en 2007, alors que les médecins de plus de 60 ans représentent 28 % contre 8.6% en 2007

Dans le cas des médecins remplaçants, 66.8% des médecins remplaçants inscrits à l'ordre comme exerçant la médecine générale. Parmi ces médecins généralistes remplaçants, l'âge moyen est de 41.5 ans, avec une proportion de 62% de femmes.

g) Diplômes étrangers

A noter également une augmentation constante du flux des diplômes étrangers, en effet en 2017, on dénombrait 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière, ce qui représente 11% de l'activité régulière en France.

45% de ces diplômes étrangers sont originaires de l'Union Européenne.

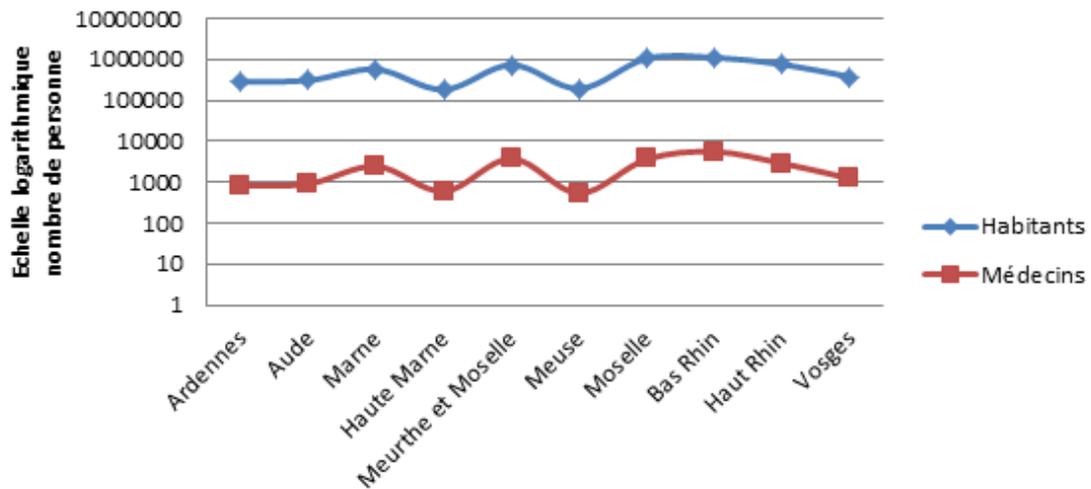
2) Région Grand Est (39)

La région Grand Est comporte 10 départements pour un total de 5 668 367 habitants.

La démographie médicale était, dans la grande région de 22 683 médecins toutes spécialités confondues, dont 7262 médecins généralistes, répartie de la manière suivante au 1er janvier 2017 :

| Départements | Hommes Eff. | Femmes Eff. | Total Eff | Lib./Mixte (%) | Sal(%) | Pop/ Pop gén | Pop méd / Pop med |
|--------------------|-------------|-------------|-----------|----------------|--------|--------------|-------------------|
| Ardennes | 226 | 114 | 340 | 70% | 30% | 5.1% | 4.7% |
| Aube | 185 | 138 | 323 | 65% | 35% | 5.6% | 4.4% |
| Bas Rhin | 867 | 758 | 1625 | 68% | 32% | 19.9% | 22.4% |
| Haut Rhin | 522 | 419 | 941 | 65% | 35% | 13.7% | 13% |
| Haute Marn | 130 | 86 | 216 | 65% | 35% | 3% | 3% |
| Marn | 402 | 376 | 778 | 64% | 36% | 10.3% | 10.7% |
| Meurthe et Moselle | 575 | 510 | 1085 | 63% | 37% | 13.1% | 14.9% |
| Meuse | 145 | 87 | 232 | 59% | 41% | 3% | 3.2% |
| Moselle | 774 | 486 | 1260 | 67% | 33% | 18.8% | 17.4% |
| Vosges | 252 | 210 | 462 | 63% | 37% | 6.8% | 6.4% |
| Grand-Est | 4078 | 3184 | 7262 | 66% | 34% | 100% | 100% |

Tableau 16 : Démographie médicale, des médecins généralistes dans la région Grand Est au 1^{er} janvier 2017



Graphique 28 : Répartition des médecins actifs dans les différents départements de la région grand Est, selon la population au 1^{er} janvier 2016

On peut ainsi observer une relative homogénéité entre la répartition des médecins et de la population quelque soit le département, en ce qui concerne la région Grand Est.(47)

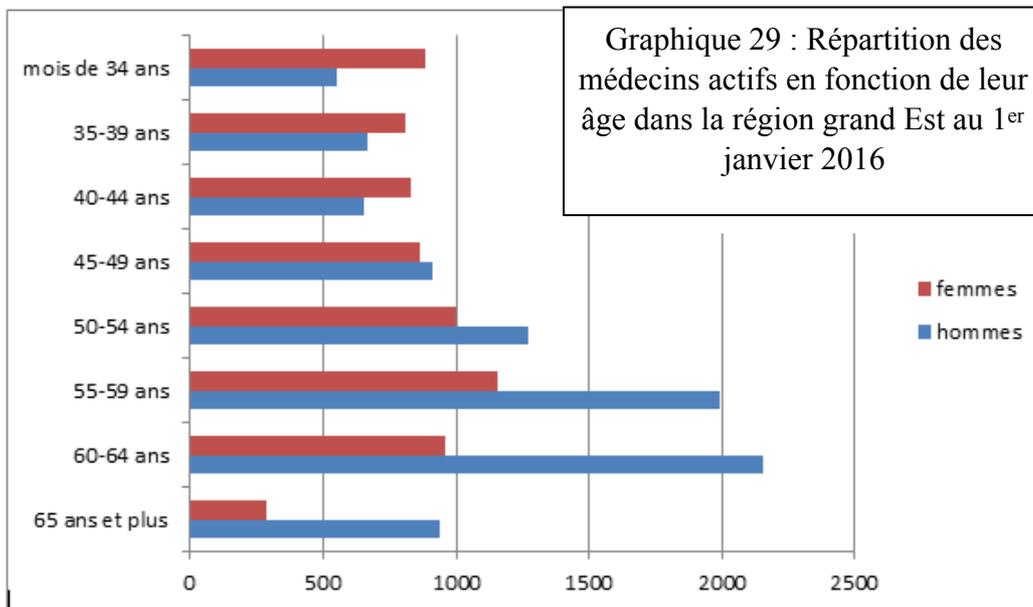
Au 1er janvier 2017, la démographie médicale, toutes spécialités confondues est de 342.2 médecins pour 100 000 habitants pour la région Grand Est. (contre 330.7 médecins pour 100 000 habitants pour la métropole et les DOM)

Au 1er janvier 2016, la densité médicale dans la région Grand Est pour la spécialité de médecine générale est de 129.3 médecins pour 100 000 habitants, soit moins 11.4% depuis 2007

A contrario, les spécialités médicales sont en augmentation de 6.3 % et les spécialités chirurgicales sont en augmentation de 6.5 %

La répartition par spécialité dans la région Grand Est : 46 % médecine générale, 42% spécialités médicale (hors médecine générale) et 12 % de spécialité chirurgicale.

En 2016, dans la région Grand Est, il y a 646 nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins au niveau régional, avec une moyenne d'âge de 32.4 ans et 55% de femmes. 22% de ces nouveaux inscrits ont un diplôme non français : 16% originaire de l'UE et 6 % hors de l'UE



On peut observer une inversion des tendances au fil des ans : les médecins de plus de 50 ans sont majoritairement des hommes alors que progressivement la profession se féminise.

Au 1^{er} janvier 2017, l'âge moyen des hommes était de 54 ans contre 49 ans pour les femmes dans la région Grand Est.

Les hommes sont prédominants à 53 % contre 47% pour les femmes, mais il est intéressant de noter la forte disparité de répartitions entre les différents âges (graphique 29)

A noter que dans la région Grand Est, au 1^{er} janvier 2017, 28% des médecins inscrits à l'ordre, étaient âgés de plus de 60 ans contre 17 % âgés de moins de 40 ans. Il est donc théoriquement à prévoir que 28% des médecins actuellement inscrits à l'Ordre, partent en retraite dans les cinq prochaines années.

En 2017, la répartition des différents types d'activité en médecine générale est :

- Libérale 56%
- Mixte 6.6%
- Salarié 37%
- Divers 0.1%

Cette répartition dans la région Grand Est suit la même dynamique qu'au niveau national: une majoration de l'activité salariale et une diminution de l'activité libérale

Ainsi que cela soit au niveau national, ou de la grande région, nous pouvons observer plusieurs mouvements similaires: d'une part une majoration progressive des femmes dans le métier de médecin.

Associé à cela un vieillissement progressif de la population médicale et une majoration importante des médecins retraités.

Puis une modification du type d'activité : l'abandon progressif d'une pratique libérale pure au bénéfice d'une activité soit salariale et libérale associée, ou salariale pure.

VI. A l'étranger

1) Royaume Uni

a) Contexte :

Le Royaume-Uni (RU) est un état unitaire et une monarchie parlementaire au sein de laquelle le monarque est le chef d'Etat et le premier ministre est le chef du gouvernement responsable devant la Chambre des Communes.

Le Royaume-Uni étant l'union de différents pays précédemment indépendants, il ne possède pas de système juridique unifié. Il regroupe l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord.

La population totale en 2015 est de 64,7 millions d'habitants.(48)

En 2016, les dépenses totales en matière de santé avoisinaient les 9.7% du PIB, (9.1% en 2014), soit près de 140 000 milliards de livres sterling ont été consacrés à la santé à travers le Royaume-Uni.

Les dépenses de santé concernant le secteur public sont en 2016 de 7.7% du PIB

En 2016, les dépenses de santé concernant les affections longues durées étaient de 31 278 millions de livre sterling, soit 35 276 millions d'euros. Pour une moyenne par habitant en 2015 de 541 euros.

A noter que pour la France les dépenses de santé concernant les affections longues durée sont en moyenne par habitant en 2015 de 372 euros.

Comme la Suède et la France, le RU fait face à une population vieillissante avec 17,9% de sa population ayant plus de 65 ans et 4,8% de sa population ayant plus de 80 ans.

L'espérance de vie à la naissance en 2015, au RU était de 81 ans en moyenne (79.2 pour les hommes et 82.8 ans pour les femmes).

En 2015, le RU comptabilisait 170 000 lits d'hospitalisation, avec un ratio de 2.6 lits pour 1000 habitants .

En 2016, le RU comptait 184000 médecins, soit 2.8 médecins pour 1000 habitants, avec une moyenne de 3,4 pour l'Union européenne. (49)

b) Système de santé (50)

Le National Health Service (NHS) soit le service national public de la santé, de la Grande Bretagne, a été créé en 1948 le gouvernement Travailleiste de l'après-guerre. Ce fut pendant la seconde guerre mondiale que le gouvernement de coalition nationale a demandé à une commission sous la responsabilité de l'économiste et universitaire William Beveridge, de faire le bilan des différents systèmes de couverture médicale et sociale qui existaient dans le pays.

Le Beveridge Report, ou le rapport « Social insurance and allied service » de Lord William Beveridge a recommandé la mise en place de systèmes nationaux assurant une couverture sociale et médicale pour tous les citoyens « from the cradle to the grave » du berceau au tombeau.

Au début, le NHS offrait une couverture médicale entièrement gratuite pour tous, sans critère de sélection ni de condition de cotisation.

Les cotisations forfaitaires payées par tous ceux qui travaillaient (appelées National Insurance contributions) étaient sensées contribuer essentiellement au financement des allocations sociales, et très peu au financement de la santé. L'ensemble du système de protection sociale est géré uniquement par l'Etat, sans qu'interviennent les partenaires sociaux.

Ainsi, c'est le ministère de la santé qui assure la direction du NHS, le ministère de la sécurité sociale est chargé de l'assurance nationale qui regroupe l'ensemble des prestations en espèces.

Deux établissements publics nationaux, placés sous l'autorité directe du ministre de la sécurité sociale, la Benefits Agency et la Contributions Agency, sont chargés de la collecte des cotisations et du versement des prestations.

Le service de santé étant financé directement sur le budget général de l'Etat, il ne pouvait pas tourner à perte, ni connaître de déficit. La Grande Bretagne a été ainsi le premier pays au monde à proposer à ses citoyens ce genre de service public de santé entièrement gratuit et ouvert à tous.

Toutefois, même financé directement par l'Etat, le système a dès le départ coûté plus cher que prévu, et il n'a fallu au gouvernement travailliste que trois ans pour remettre en cause le principe de la gratuité totale.

Comme tous les systèmes de santé publique, le National Health Service (avec le Scottish NHS et le Welsh NHS) a vu ses coûts exploser au cours des années, en raison du vieillissement de la population britannique et du développement de nouveaux médicaments et de nouvelles formes de traitement bien plus coûteuses que celles disponibles en 1948.

Tous les gouvernements, travaillistes ou conservateurs, ont essayé de maîtriser les coûts du système, tout en maintenant ou en améliorant la qualité du service, mais le problème de financement du système reste toujours d'actualité.

c) Réformes

1. Réforme (1952)

En 1952, le nouveau gouvernement conservateur a introduit le premier « prescription charge », ou franchise par médicament prescrit.

La consultation chez le médecin, ainsi que les soins à l'hôpital, sont restés gratuits, mais d'autres services comme les soins dentaires ou ophtalmologiques sont devenus partiellement payants.

Dans l'ensemble, cela reste le cas aujourd'hui : hospitalisation, consultations chez le généraliste sont gratuites ; les médicaments, soins dentaires ou ophtalmologiques sont payant, dans des proportions variables, par le patient.

2. Réforme sous Margaret Thatcher (1990)

La première restructuration importante du système de santé a eu lieu sous Margaret Thatcher puis sous John Major, en introduisant notamment le principe de concurrence afin de fournir au public des services et une offre plus efficace, et en mettant en place une administration décentralisée du milieu hospitalier.

Ainsi, à partir d'avril 1991, les médecins généralistes regroupés en cabinet, et dont la clientèle est d'au moins 7 000 patients, peuvent opter pour l'attribution d'un

budget spécifique dans le but de négocier auprès des hôpitaux publics et privés les prestations pour leurs patients. Cette disposition concerne environ deux tiers des généralistes.

En théorie cela permet mieux contrôler les prestations de santé qui peuvent être obtenues pour leurs patients et, d'autre part, d'assurer des soins plus rapides et meilleurs qu'auparavant.

Cela leur donne le droit de recevoir directement des ressources financières leur permettant d'acheter certaines prestations aux hôpitaux et à d'autres services, de financer leur matériel ou les locaux, mais également d'embaucher du personnel de manière à entreprendre des activités de prévention comme les vaccinations.

Les hôpitaux s'organisent librement en « trusts » et obtiennent leur autonomie financière, leur financement dépendant de leur capacité à vendre des services aux généralistes.

Contraints de respecter des limites financières, les NHS trusts ont souvent limité leurs activités non plus en fonction de la demande des patients, mais en fonction des contraintes budgétaires.

A noter la définition d'un trust: groupement d'entreprises qui, quoique conservant leur autonomie juridique, sont contrôlées par une société mère, entreprise très puissante exerçant son influence sur tout un secteur de l'économie (51).

Les résultats furent prévisibles; d'un côté, le drame des « hospital waiting lists »: l'allongement des listes d'attente pour une prise en charge hospitalière, d'un autre côté la réduction de certains traitements, et enfin un développement de systèmes d'assurance santé privés.

Le secteur privé a toujours co-existé avec le NHS même dans les belles années mais pendant les années 1980 il a connu un nouvel essor, les assurances privées offrant, moyennant une cotisation, des traitements de pointe sans liste d'attente.

De nombreux employeurs ont commencé à ajouter aux « primes offerts » ou avantages sociaux, à leurs employés une couverture médicale privée complémentaire, notamment avec BUPA, société à but non-lucratif qui était déjà, avant la mise en place du NHS, un des grands fournisseurs d'assurance santé du pays.

3. Réforme sous Tony Blair (1997-2003)

A partir de 1997, les travaillistes ont fait du renforcement du NHS un des principaux axes de leur politique, promettant de revenir sur la marchandisation des services de santé.

Une augmentation du pouvoir économique rendu possible par la bonne santé des finances publiques du pays a permis de poursuivre la réduction des listes d'attente ; de nouveaux hôpitaux plus efficaces ont été construits, et une diversification de l'offre de soins.

Dans le cadre de cette réforme entamée en 2000, a été créé, un nouvel échelon régional du NHS : les groupements de soins primaires ou « Primary Care Trusts » (PCT), qui associent les médecins généralistes, infirmières, assistants sociaux, etc.

Chaque PCT représente une population de 100 000 personnes en moyenne. Cette nouvelle organisation se substitue aux anciens médecins gestionnaires (GP-fundholders).

Au niveau budgétaire, le NHS par l'intermédiaire des autorités sanitaires régionales « District Health Authorities » attribue une certaine somme indexée selon la situation économique générale, à chaque PCT pour négocier les contrats de soins avec les hôpitaux.

Ces PCT, placés sous la responsabilité d'un comité composé de médecins, infirmiers et de représentants des autorités sanitaires locales, gèrent 75% du budget du NHS.

Par ailleurs, dans le cadre de la décentralisation du système, 28 autorités stratégiques de santé « Strategic Health Authorities » (SHAs) remplacent les anciennes autorités sanitaires de district et ont uniquement pour mission de diriger le système de santé, qui représente un équivalent des Agences Régionales de Santé françaises (ARS)

Un organisme public, le National Institute for Clinical Excellence (NICE) reçoit pour mission de veiller à l'égalité de la qualité des soins sur l'ensemble du pays et la validation des pratiques médicales.

Par ailleurs, le gouvernement de Tony Blair réforme, en 2003, le statut des hôpitaux en accordant à des hôpitaux jugés performants, selon un certain nombre de critères, le statut de fondations hospitalières « Foundation Hospitals » qui bénéficient de plus d'autonomie et de liberté que ce soit au niveau financier ou organisationnel. En effet ces fondations peuvent décider de la manière de mettre en place les obligations sanitaires locales, elles sont directement responsables vis-à-vis des populations locales qu'elles gèrent, mais également devant leurs employés. Ces hôpitaux peuvent être gérés soit par les autorités publiques soit par des entreprises privées, mais toujours par un organisme indépendant de NHS Foundation Trusts

Un partenariat public-privé «Private Finance Initiative» entre le NHS et le secteur privé est également établi, ainsi, les hôpitaux du NHS et les PCT peuvent signer des partenariats avec les cliniques et centres de soins privés et pour réduire les délais d'attente trop importants des malades, le NHS est autorisé à financer des opérations effectuées dans les cliniques privées.

4. Dernière réforme par David Cameron 2012 (52)

Depuis 2010, les gouvernements de coalition et conservateur se sont engagés à poursuivre l'amélioration du système et à en augmenter le budget.

En effet les dépenses de la sécurité sociale ont augmenté de 48% au RU de 1997 à 2007 et le nombre des personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté a augmenté de 5 à 6% dans la dernière décennie.

Le « Health and Social Care Act » ou « Welfare Reform Act » de 2012 prévoit l'abolition des NHS Trusts et des autorités régionales, ainsi que le transfert de la gestion des ressources hospitalières régionales aux médecins eux-mêmes.

A noter que cette réforme concerne uniquement l'Angleterre, et non l'Ecosse, ni le Pays de Galles ni l'Irlande du Nord

En effet, le « Health and Social Care Act » supprime les centres de soins primaires (PCT) et les autorités stratégiques de santé (SHAs), et transfère entre 60 et 80 milliards de livres sterling de fonds de soins de santé, le tout vers un ensemble de structures cliniques gérées par les Médecines généralistes ou GP.

Ce transfert de moyen vers les GP le permet d'orienter leurs patients vers les structures adéquates, de faire appel aux fournisseurs "adéquates" qu'ils soient du secteur publique ou privé, d'embaucher du personnel pour leur structure de soins ou pour réaliser les actes de prévention comme la vaccination.

En 2016 l'ensemble des structures du NHS draine toutes les 24 heures, en moyenne un million de patients, et gère avec 1,7 million d'employés ce qui en fait le cinquième employeur au monde. (53)

d) Continuité des soins

Toute personne souhaitant utiliser les services du NHS doit être inscrite auprès d'un généraliste, ou General Practitioner (GP). (54)

La grande majorité des GP sont regroupés dans des cabinets avec plusieurs autres médecins généralistes. Pour bénéficier d'une consultation auprès d'un spécialiste ou même d'une hospitalisation (sauf urgence) un patient doit être envoyé par son GP. Les consultations sont gratuites. (55)

Cependant les cabinets des généralistes ont tendance actuellement à évoluer en centres de santé, regroupant plusieurs médecins généralistes, infirmiers et parfois d'autres personnels médicaux ou para-médicaux.

Les « Health Authorities » publient une liste de médecins dans le voisinage, qui est disponible dans les bibliothèques, bureaux de postes, offices du tourisme, et Citizens Advice Bureaux. Une liste de GP peut être trouvée dans les pages jaunes également.

Un grand nombre de soins sont fournis gratuitement. C'est le cas de presque tous les soins médicaux, à condition, pour les consultations de spécialistes et les hospitalisations, qu'elles aient été prescrites par le médecin généraliste.

Tous les services fournis par le NHS ne sont pas gratuits. En effet les patients paient une franchise fixe pour les prescriptions, tests mineurs, opticiens et soins dentaires, mais les hôpitaux, les consultations médicales, et les ambulances restent gratuites.

Une participation de 4.25 livres par médicament est exigée. Toutefois, ceux-ci sont délivrés gratuitement :

- aux hommes de plus de 65 ans ;
- aux femmes de plus de 60 ans ;
- aux femmes enceintes ou qui ont un enfant de moins d'un an ;
- aux jeunes de moins de 16 ans ;
- aux personnes disposant de faibles ressources ;
- aux personnes qui souffrent de maladies graves.

Ces différentes catégories représentent environ deux tiers de la population.

A l'exception des enfants et des étudiants qui bénéficient des soins gratuitement, la participation aux frais dentaires est de 80 % avec un plafond de 250 livres par traitement et les soins d'ophtalmologie ainsi que les lunettes sont, sauf cas particuliers, entièrement à la charge des intéressés. (55)

Il existe un déficit de moyen et de personnel au sein de ce système de santé ce qui a pour conséquence une réelle difficulté à l'accès aux soins : délai de prise en charge de plus en plus loin que ce soit auprès d'un médecin ou même auprès du personnel paramédical (kinésithérapeute, ..).

Face à ces difficultés s'est développé le secteur privé. Il n'y a pas de différence entre les qualifications d'un médecin privé et un médecin du NHS. Le choix appartient au patient de se diriger soit vers un médecin du NHS ou du secteur privé, cependant en cas de consultation privée cette consultation est payante et souvent plus chère qu'une consultation auprès d'un médecin du NHS.

Cette entité du secteur public et privée est présente a tous les niveaux du système de santé, que cela soit auprès des spécialistes, des para-médicaux et même concernant l'hospitalisation.

e) Permanence des soins et accès aux Services des Urgences

1. Régulation

Le service de consultation téléphonique le plus important au Royaume-Uni est le NHS Direct, accessible par le 999 en cas d'urgence.

Un second numéro réservé aux problématiques de santé sans urgence est le 111.

Ce sont des infirmiers qualifiés qui ont la charge de répondre à la majorité des appels, alors qu'il y a encore quelques années les médecins étaient responsables des la prise en charge téléphonique. (56)

Cela reflète le changement du rôle de l'infirmier au cours de ces dernières années et l'apparition de la délégation de tâches qui étaient auparavant confiées à des médecins.

La gestion par des infirmiers permet de réduire les consultations auprès des médecins. Ainsi, environ 50 % des appels seraient gérés par de simples conseils téléphoniques (25,5 % à 72,2 %). (57)

2. Urgences.

Le numéro de secours est le 999 en cas d'urgence vitale.

Il est fortement conseillé de contacter son GP en premier lieu. Si cela n'est pas possible, notamment en dehors des heures d'ouverture de 18h30 à 8h30 en semaine et toute la journée les week-ends et jours fériés, le patient est dirigé vers un service d'urgence correspondant. (52)

Au Royaume Uni, quelque soit la nationalité ou les revenus, les blessés graves sont traités gratuitement.

Les services d'urgence « Emergency Departments » (ED) également appelés « Accident and Emergencies » (A & E), sont situés dans les hôpitaux et sont officiellement appelés type 1 (Majeur) ou type 2 (spécialité unique) A & Es, en fonction du niveau de services disponibles.

Un certain nombre d'autres installations, généralement plus petites et des unités de blessures mineures « Minor Injuries Units » (MIUs), des centres hospitaliers, des unités

de médecine ambulatoire « Ambulatory Medicine Units » (AMU), sont officiellement appelées type 3 ou type 4.

Les ED sont les seules installations à offrir un accès 24 heures par jour, sept jours par semaine. Cependant la voie du service d'urgence au Royaume Uni est encore assez fragmentée, avec des points d'accès multiples et finalement d'un accès difficile pour les patients.

Ainsi les centre d'urgences de type 1 sont les centres où le service est ouvert 24 heures sur 24 avec un service de réanimation et la possibilité d'accueil et d'hébergement des patients dans la suite de leur passage dans le service

Les centre de type 2 concernent les services d'urgences spécialisées (par exemple, ophtalmologie, chirurgie dentaire, ...) avec la possibilité d'accueil et d'hébergement des patients dans la suite de leur passage dans le service

Les centre de type 3 sont les centres prenant en charge les blessures mineures avec la possibilité d'accueil et d'hébergement des patients dans la suite de leur passage dans le service. Le département peut être dirigé par un médecin ou un cadre infirmier.

Les centres de type 4 sont les « walk-in center » : les centres de consultation en accès libre. Les coordonnées de ces centres sont disponibles sur les sites de NHS.

Certains centres sont ouverts 24h sur 24. La plupart d'entre eux n'ont que des infirmiers et ne traiteront que les problèmes mineurs, Cependant si le souci requière un avis médical, ces derniers orienteront le patient vers un centre de type 3 ou vers le GP du patient. (58)

Il existe une liste de médecins privés qui réalisent des consultations 24h/24 dont le prix d'une consultation varie entre 75 £ (95 €) à 250 £ (315€).

De la même manière qu'en France, le passage au sein des urgences est en constante augmentation, concernant les (A & E), leur fréquentation a augmenté de 30 % en 12 ans (entre 2004 et 2016)

f) Spécificités:

Depuis 1998 et la loi de décentralisation (ou dévolution), chaque nation du Royaume-Uni est responsable du système publique de santé. La NHS a donc été divisée en 4 organismes indépendants (59) :

- NHS England
- NHS Scotland
- NHS Wales
- Health & Social Care Board of Northern Ireland

Malgré leur administration et financement distincts, il n'y a aucune discrimination quand un habitant d'une zone du Royaume-Uni a besoin de soins dans une autre zone, même si les patients sont souvent renvoyés dans leur région d'origine quand il est possible de les déplacer.

Les conséquences financières et administratives sont traitées par les organisations concernées et aucune participation personnelle du patient est nécessaire Les dépenses de chaque organisme sont décidées par le pouvoir législatif de chaque nation. Le Gouvernement du Royaume-Uni alloue le montant correspondant et chaque

NHS gère de façon autonome son budget. En 2012 le budget total de 127 milliards de livres est distribué de la façon suivante :

- NHS England : 108,9 milliards de livres
- NHS Scotland : 9,4 milliards de livres
- NHS Wales : 5,3 milliards de livres
- Health & Social Care Board of Northern Ireland : 3,9 milliards de livres

Cette somme ne cesse d'augmenter avec les années, ainsi en 2016 : 140 000 milliards de livres sterling ont été consacrés à la santé à travers le Royaume-Uni .(53)

g) 2016

1. Angleterre

Dépenses: £ 2,057 par personne

« Four-hour target in emergency departments » ou cible de quatre heures dans les services d'urgence a été introduite par le ministère de la santé anglais pour les services d'accueil des urgences (A&E) du NHS en Angleterre, en 2004.

Cette notion fixe une cible de quatre heures au cours desquelles les patients doivent être vus, traités admis ou libérés, et a pour but initiale de promouvoir et améliorer l'efficacité des A&E. Initialement fixé à 100%, cette cible a été revue à la baisse en 2007, avec un four-hour target à 95%.

Ce système d'évaluation a été initialement valable pour l'ensemble des services d'urgences, depuis 2017, cet indice est valable uniquement pour les urgences de stade 1(A&E).

Une seule structure hospitalière « hospital trust » a atteint la cible d' A&E de quatre heures au cours de la première semaine de janvier 2017, fixé par le gouvernement à 95%. La proportion de patients traités ou déchargés dans le temps de 4 heures est tombée en dessous de 78% lors de cette période. Près de la moitié des hôpitaux ont alerté le NHS d'une pénurie de lit lors de cette période. La performance par rapport à la cible de quatre heures a continué de baisser avant d'atteindre un plus bas historique de 76,4% en mars 2018.

Le mandat du gouvernement à NHS England pour 2018-19 a mis en attente l'objectif de quatre heures d'attente. Il a déclaré que le NHS doit « fournir globalement des performances d'A & E en Angleterre supérieures à 90% en septembre 2018, la majorité des centres atteignant 95% en mars 2019 et la performance globale en Angleterre à 95% en 2019 » (60)

En décembre 2017, les consultations A&E de type 1 en Angleterre ont augmenté de 5.6% par rapport à décembre 2016, pour une hausse globale de 2.9% sur l'ensemble de l'année 2017 par rapport à 2016. L'ensemble des consultations dans les différentes structures d'urgences ou de permanence a augmenté de 3.7% en décembre 2017, par rapport à décembre 2016.Parallèlement à cela la prise en charge dans les 4 heures ne cesse de diminuer passant de 86,2 % (décembre 2016) à 85,1% (décembre 2017) sur l'ensemble des structures d'urgences, atteignant même 77.3% pour les A&E de type 1. (61)

L'hôpital public est surchargé, et les temps d'attente pour une prise en charge qu'elle soit urgente ou de routine est de plus en plus allongée au cours des mois. Actuellement les dirigeants du NHS ont établi un projet sur 5 ans en mettant en évidence la nécessité de conserver les patients dans les structures publiques, malgré la nécessité de faire des économies : un objectif de 22 milliards de livres pour 2020. Pour cela, il a été développé 44 plans locaux, dont certains impliquent la fermeture de certains hôpitaux et de la réduction de personnel soignant. (62)

2. Irlande du Nord

Dépenses: £ 2,125 par personne par

Le système en Irlande du Nord est différent que celui existant en Angleterre, en effet il existe cinq unités qui gèrent les hôpitaux, les services communautaires et les soins sociaux.

Les plus de 75 ans reçoivent des soins gratuits dans leur propre maison s'ils ont des besoins élevés. L'Irlande du Nord est actuellement la partie du Royaume Uni qui rencontre les plus gros soucis économiques en ce qui concerne la santé

Seulement 63% des patients admis aux A&E ont été pris en charge dans quatre heures au cours de la période de Noël 2016. Cependant le nombre de patient ayant attendu plus de 12heures dans les unités A&E en Irlande du Nord sur la période de Noël 2017 a presque triplé par rapport a la même période en 2016 (63)

Il est important de prendre en compte la relative instabilité politique régnant en Irlande du Nord avec l'élection d'une deuxième assemblée en moins de un an. Malgré un plan sur les dix prochaines années, publié en automne 2016, qui a appelé à un investissement plus important dans la pratique générale pour faire face aux demandes croissantes des hôpitaux, actuellement le budget pour la réalisation de ce plan n'a pas encore été définit. (62)

3. Ecosse

Dépenses: £ 2,160 par personne

Le NHS Ecossois est géré par 14 conseils de santé qui organisent des services hospitaliers et communautaires.

A l'heure actuelle, parmi les quatre nations formant le RU, l'Ecosse semble avoir les meilleurs résultats que cela soit en terme économique que d'un point de vu de la prise en charge des patients.

Les données hebdomadaires montrent taux de prise en charge dans les quatre heures autour de 91.9% en janvier 2017, allant jusqu'a 95.5% en juin 2017 (64)

Les résultats sont cependant moins satisfaisant lors de la période de Noël 2017, en effet 83.3% des patients admis aux A&E de type 1 ont été pris en charge dans quatre heures, et 0.4% des patients ont du attendre plus de 12heures. (65)

Ces bons résultats sont imputés au mode de fonctionnement des services de santé, En effet la majorité des budgets ont été regroupé, encourageant ainsi des relations de travail plus étroite entre les différents conseils.

4. Pays de Galles

Dépenses: £ 2,084 par personne

Le NHS gallois est géré par sept conseils de santé qui organisent les services hospitaliers et communautaires. Les soins sociaux sont organisés par des conseils, qui couvrent le coût des soins à domicile à hauteur de £ 60 par semaine.

L'indice de prise en charge dans les quatre heures était de 81% en décembre 2016.

Certains hôpitaux ont signalé une augmentation de 10% des entrées par rapport à l'année précédente lors du mois de décembre 2016.

Le gouvernement a investi 50 millions de livres supplémentaires pour aider les hôpitaux à faire face aux pressions hivernales et cela a permis d'accumuler 400 lits supplémentaires, soit l'équivalent d'un autre hôpital général de district.

Et cependant, les chiffres mettent en évidence que près de 2500 patients ont attendus plus de 12heures aux urgences, soit une hausse de 65% par rapport à 2015. (62)

En décembre 2017, 74.7% des patients admis aux A&E de type 1 ont été pris en charge dans quatre heures, et 4.6% des patients ont du attendre plus de 12heures (66), soit près de 3700 patients.

2) Suède

a) Contexte

La Suède est une monarchie dotée d'un gouvernement parlementaire. Le gouvernement comporte trois niveaux indépendants : le gouvernement national, les 21 conseils de comté régionaux et les 290 municipalités.

La population compte environ 9,8 millions d'habitants répartis en 2015 à plus de 80 % dans les zones urbaines. (67)

Les dépenses de santé avoisine les 11.0% du PIB soit une moyenne par habitant de 5200 dollars, en 2017 (11.9% en 2014)

La dépense de santé concernant le secteur public en 2016 était d'environ de 9.2% du PIB

En 2016, les dépenses de santé concernant les affections longues durées étaient de 113 003 millions de SEK, soit 11 495 millions d'euros. Pour une moyenne en 2015, de 1173 euros par habitant (68)

Les hôpitaux suédois comptaient environ 23 800 lits en 2015, soit 2.44 lit pour 1000 patients. Le nombre de lits d'hôpitaux de soins de courte durée était de 2.4 pour 1000 habitants en 2015, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE (3.97) au cours de la même année.

En 2014, la Suède enregistrait 4.2 médecins par 1 000 habitants, contre 3.3 en France, 2.8 au RU, 4.1 en Allemagne avec une moyenne de 3.4 pour l'Union européenne.

L'espérance de vie à la naissance en Suède est parmi les plus élevées du monde et s'est améliorée de 5,5 ans depuis les trente dernières années. En 2015, l'espérance de vie pour un homme en Suède était de 80.4 ans et de 84.1 ans pour une femme, pour une moyenne à 82.3 ans.

En ce qui a trait à la mortalité évitable, la Suède se classe parmi les meilleurs pays de l'OCDE. En 2014, 11.9% de la population (de plus de 15 ans) suédoise était fumeur, contre 19.8% en France et 22.4% au Royaume Uni

Un suédois sur cinq à plus de 65 ans, (19.8% en 2016, contre 18.8% en France et 17.9% au RU) et 5.1% de la population de plus de 80 ans (contre 4.5% en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2016) la Suède doit faire face à une population de plus en plus vieillissante.

Cette problématique est similaire à celle de la France avec 5.9% de la population ayant plus de 80 ans.

b) Système de santé

Le système de santé suédois relève du modèle beveridgien comme c'est le cas pour le Royaume Uni précédemment étudié, il est essentiellement financé par l'impôt. Mais à la différence de ce dernier, la Suède se démarque par sa décentralisation. Au fil des réformes la Suède passe d'un état ultra centralisé à l'un des modèles les plus décentralisés de l'OCDE.

En effet, historiquement, le système de santé suédois était initialement fortement étatisé et centralisé, puis secondairement dans les années 1980 s'est lancé

dans une mouvance de privatisation et de décentralisation. A ce moment là, la Suède était en pleine récession, et se retrouvait dans l'obligation de repenser l'intégralité de son système.

L'offre des services de soins est sous la responsabilité des comités régionaux, tandis que les municipalités sont elles responsable des soins aux personnes âgées et/ou handicapées.

Actuellement l'architecture territoriale de la Suède se dessine autour de l'État central, 21 comtés régionaux et leurs conseils, et de 290 municipalités.

c) Réformes

En 1982, le « Health and Medical Services Act » ou « Hälso- och sjukvårdslag » , est la réforme qui a permis d'amorcer la décentralisation du système de soins, en transférant la majorité des compétences vers les comtés et les municipalités et une responsabilisation des acteurs locaux

Les autorités régionales et locales sont représentées par l'Association suédoise des autorités locales et des régions (Sveriges Kommuner och Landsting (SALAR))

Cette décentralisation progressive a accordé une place plus importante au secteur privé, en permettant une pratique plus libérale et plus concurrentielle.

En 1984, la réforme de Dagma, est un ensemble de loi visant à contenir l'expansion des pratiques privées, qui ont été entraîné par la reforme de 1982 et la décentralisation du système de santé.

En 1992, la réforme Adel dresse le début du marché interne de la santé, en effet les comtés suédois ont la liberté de négocier les contrats d'activité et de rémunération avec les établissements hospitaliers. C'est dans la capitale Stockholm que l'application de la réforme a été la plus poussée : tarification à la pathologie, mise en concurrence des hôpitaux, liberté accordée aux patients de choisir leur centre. Les municipalités sont quant à elles responsables des soins pour les personnes âgées et les handicapés.

Cette décentralisation est à la fois financière et politique : depuis 1982, les comtés et les municipalités sont gouvernés par des assemblées élues et peuvent lever l'impôt pour couvrir les dépenses de santé. L'intervention de l'État central est limitée à la définition de grandes orientations stratégiques et de santé publique. (69)

Suite à cela la Suède a mis en place différentes lois afin d'établir des mesures de contrôle et d'évaluation de la qualité ainsi qu'une maîtrise des dépenses dans le cadre de la santé comme l'instauration, en 1999, d'un contrôle technique et statistique par une agence nationale indépendante (Socialstryrelsen), devant rendre compte de ses travaux au Parlement.

En 2000, un premier hôpital public est privatisé à Stockholm, l'année suivante, le Parlement vote l'interdiction des privatisations : le gouvernement suédois montre une ambivalence évidente en ce qui concerne la filière privée de la santé.

En 2003, la mise en œuvre d'un plan national contre la progression des congés maladie et d'étendre le choix du patient en cas de longue attente, au delà d'une certaine durée d'attente, à choisir un autre hôpital que celui dont il dépend.

Depuis 2005, il existe une nouvelle garantie de soins en Suède, qui vise à

Renforcer la position du patient, d'améliorer l'accessibilité et assurer l'égalité
L'accès aux soins électifs dans différentes régions du pays. Cette garantie est basée
Sur le délai entre la prise de contact et la consultation: il s'agit de mesurer le nombre de
patient ayant un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste dans les 7 jours après la prise
de rendez-vous et le nombre de patient ayant un rendez-vous auprès d'un spécialiste
dans les 90 jours après la prise de rendez-vous.

Une autre mesure prend en compte le nombre de patient ayant reçu un
traitement ou ayant été diagnostiqué dans les 90 jours après le rendez-vous du
spécialiste.

En 2007, les comtés sont autorisés à déléguer la gestion d'hôpitaux entiers ou de
certains services à des entreprises privées. Dans les faits, le recours à la privatisation
demeurait marginal, et est principalement présente dans les centres de soins primaires

Depuis janvier 2010, les patients peuvent choisir entre un système de premiers
soins privé ou public. Aujourd'hui 20 à 25% des centres de santé sont détenus par le
secteur privé mais la quasi-totalité sont placée sous contrat avec les comtés. Une
convention qui garantit aux patients de bénéficier des mêmes réglementations et des
mêmes tarifs que dans les établissements de soins publics.

Globalement performant, le "modèle de Stockholm" est aujourd'hui confronté à de
nouveaux défis que sont le vieillissement de la population, les inégalités de prise en
charge dans les territoires et les délais.

Plus de vingt ans après les premières privatisations, le secteur public occupe
toujours une place prépondérante dans le financement et la gestion des soins. Seule 4 %
de la population à recours à une assurance santé complémentaire et 17% des dépenses
de santé sont de natures privées en 2012 selon l'Observatoire européen des systèmes de
santé. (70)

La décentralisation, enfin, est certainement le point de réforme le plus abouti.
Elle a cependant entraîné de fortes inégalités de traitement entre comtés. Aujourd'hui,
ce sont les Conseils de Comté et les municipalités qui entreprennent les réformes et
fixent les tarifs. Les systèmes peuvent donc varier d'un comté à l'autre, au détriment de
certaines collectivités moins bien pourvues.

La Suède se maintient aujourd'hui en haut des classements pour la quasi-
totalité des indicateurs : les taux d'hospitalisation évitable pour les maladies chroniques
telles que l'asthme (28.6 pour 100 000 habitants en 2013) sont parmi les plus bas des
pays de l'OCDE (versus 82.6 pour le RU et 30.3 pour la France). (71)

De même que le taux de mortalité à 30 jours après un infarctus du myocarde, chez les
gens de plus de 45 ans est de 4.2 pour 100 patients en 2015 (contre 5.6 pour la France,
7.1 pour le RU et 7.7 pour l'Allemagne). (72)

d) Continuité des soins

L'ensemble des Suédois doivent être enregistrés auprès d'un médecin référent
du patient, au sein d'un Vårdcentral dont dépend le patient.

Le patient possède une carte (högkostnadskor) ou les consultations sont
inscrites que cela soit une consultation de généraliste ou de spécialiste, il en est de
même pour les médicaments.

En effet au-delà de 1 100 SEK (environ 110 euros), les soins sont gratuits pendant un an, à partir de la date de la première visite médicale payée.

Le même principe est valable pour les médicaments délivrés sous ordonnance: à partir de 1 101 SEK(114 euros), le patient paye 50 % du prix des médicaments , à partir de 1 601 SEK (168 euros) les patients payent 25 % du prix des médicaments, à partir de 2 051(214euros), cela descend à 10 % et au-delà de 2 200 SEK (230euros) ils sont gratuits.

Une fois cette limite atteinte, tous les autres soins de santé et autres consultations médicales sont gratuits. D'autre part, le temps d'attente pour être soigné ne peut dépasser 90 jours. Si la période excède ce délai, le patient peut se rendre dans un autre établissement. Dans ce cas-là, le conseil du comté payera l'addition, notamment le prix du trajet jusqu'au nouvel hôpital. La gestion du système se fait donc à l'échelle locale.

Les statistiques à partir de 2017 indiquent qu'environ 79.1% des patients voient un spécialiste dans les 90 jours et reçoivent un traitement dans 90 jours qui suivent. (73)

La coordination des soins en sortie d'hospitalisation est moins bonne, en effet à peine 20 % environ des médecins de soins primaires en Suède déclarent recevoir les informations nécessaires pour prendre en charge un patient dans les 48 heures après sa sortie d'hôpital, contre pratiquement 70 % en Allemagne, en 2013 (71)

e) Permanence et accès aux urgences

1. Régulation

Un numéro unique est disponible pour appeler à la fois la police, les pompiers ou encore les urgences médicales : le 112

En cas de problèmes médicaux mais non urgent : le numéro est le 1177

De plus chaque clinique ou hôpital local possède son propre numéro d'urgence.

2. Urgences

La permanence des soins est régularisée par chaque comté de manière indépendante.

Cependant l'organisation de la permanence des soins est soumise à des règles professionnelles concernant l'activité des médecins, qui doivent assurer une activité hebdomadaire de 40 heures par semaine. Toute activité assurée au-delà de 17 heures les jours de semaine est évaluée en heures supplémentaires et rémunérée selon un forfait horaire, mais on doit noter que les heures de garde assurées au centre de soins primaires sont strictement limitées.

Tous les médecins employés par le secteur public que cela soit des médecins généralistes ou d'autres spécialités, participent à la permanence des soins, de manière obligatoire.

Pour les médecins du secteur privé tout dépend du contrat avec le Conseil de comté.

En appelant le 1177, un infirmier répond 24h sur 24, et est dans la possibilité de donner un avis. En cas de nécessité il orientera avec le Vårdcentral ou le Närakuten le plus proche en cas de besoin.

Le Vårdcentraler, qui correspond à une clinique de soins locaux, sans service de radiologie ou d'hospitalisation. Accessible en appelant le 1177, permet d'avoir accès à un médecin généraliste de 8h à 17 h, sur l'ensemble de la semaine. Les appels sont reçus par un infirmier, qui donnera un rendez vous selon l'urgence de la demande le jour même ou le lendemain.

Il existe environ 1 000 centres de soins de santé (Vårdcentraler) dans l'ensemble du pays, dans la plupart des cas, sont gérés par les conseils du comté. Cependant, de plus en plus de centres de santé sont maintenant gérés par des entrepreneurs privés ou des coopératives qui ont un contrat avec le conseil de comté.

Le Närakuten ou Närakut : hôpitaux de proximité locaux avec services de radiologie et spécialistes, à partir de 6 mois, sans rendez vous, accessible en appelant le 1177. Ouvert du lundi au vendredi de 17h à 22h, les week-ends et jours fériés de 8h à 22h.

Pour les enfants, les urgences pédiatriques sont à part et correspondent au Barnakuten

Les services d'urgences en Suède ou Akutmottagning, sont accessibles en appelant le 112, et reste réservé aux urgences. Un infirmier prendra en charge cet appel et selon la gravité de la situation orientera soit vers des centres d'urgences de proximité ou vers l'hôpital universitaire le plus proche en déployant soit les pompiers ou les ambulanciers. (74)

Les patients peuvent également être orientés vers l'akutmottagning en cas d'urgences relatives à risque de complications (fractures, ...) en appelant le 1127

3) Allemagne

a) Contexte

L'Allemagne est une république constitutionnelle parlementaire fédérale, et elle est la première puissance économique d'Europe ainsi que la quatrième puissance économique mondiale. Depuis la réunification de l'Allemagne, en 1990, La RFA ou République d'Allemagne compte seize Länders, et chacun dispose d'une constitution, d'une assemblée élue et d'un gouvernement.

Ce sont les Länders qui sont responsables de la planification hospitalière et du financement des investissements concernant les hôpitaux et les structures d'hébergement pour personnes âgées et handicapées

La population comptait 80.9 millions en 2016. (75)

Les dépenses de santé représentent 11.3% du PIB en 2016, soit une moyenne de 3898 euros, par habitant en 2016. Les dépenses de santé du régime public représentent 9.5% du PIB, en 2016.

Les dépenses de santé ont augmenté de 4.5% entre 2014 et 2015 (76)

En 2015, les dépenses de santé concernant les affections longues durées étaient de 50 726 millions d'euros, soit une moyenne de 621 euros par habitant.

La population allemande est l'une des plus vieillissante de l'Europe et des pays de l'OCDE, avec 21,4% de la population ayant plus de 65 ans, et 5.6% de la population ayant plus de 80 ans. (77)

b) Système de santé

Le système de santé allemand se positionne comme un système bismarckien: qui se définit par quatre principes initiaux:

- Une protection fondée sur le travail, et donc limitée à ceux qui ont pu ouvrir des droits de protection par leur travail.
- Une protection obligatoire pour les salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant.
- Une protection fondée sur le principe d'assurance et donc qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapports aux salaires, et une proportionnalité des prestations en fonction des cotisations.
- Dualité de l'assurance légale et de l'assurance privée

Le système allemand est fondé sur les principes d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. (78)

c) Réforme

Les assurances sociales obligatoires sont nées en Allemagne en 1883, sous le régime de Bismark qui fut chancelier impérial d'Allemagne de 1871 à 1890.

Ainsi le 15 juin 1883, fut voté la première loi de l'assurance sociale allemande, qui permis les soins médicaux gratuits pour les assurées, ainsi que les médicaments et d'autre thérapeutiques simples (lunettes, bandages...)

Les indemnités journalières ne sont prévues qu'après le troisième jour de maladie. Une indemnité de maternité est également accordée après l'accouchement.

L'assurance maladie est obligatoire pour les d'ouvriers et pour tous les employés dont le salaire est inférieur à 2000 marks annuel.

Jusqu'aux années 90, la situation géo-politique instable de l'Allemagne, a un peu ralenti la mise en place des différentes réformes dans le domaine de la santé.

Ainsi une première réforme, en 1989, a ainsi consisté à accroître la participation financière des ménages pour plusieurs postes de dépenses (cures, prothèses dentaires, optique, transports), avec la mise en place du ticket modérateur. (78)

Entre 1992 et 2003, les réformes Seehofer ont mis en concurrence les différentes caisses d'assurance qui sont nombreuses à ce moment là (plus de 250). Chaque caisse est désormais responsable de son propre équilibre comptable et contractualise avec les prestataires de soins sur la base d'une enveloppe budgétaire correspondant aux besoins sanitaires des patients, qui disposent d'une liberté totale dans le choix de leur assurance. Ainsi les caisses fixent un montant de remboursement des médicaments à ne pas dépasser pour l'ensemble des médecins et des hôpitaux

Ces réformes sont complétées en 2001 par l'introduction d'un droit de substitution pour les pharmaciens, qui sont incités à vendre un médicament moins cher de la même classe thérapeutique, et, en 2002, par la loi de stabilisation des taux de cotisation qui gèle les honoraires médicaux, des dentistes et les budgets hospitaliers, et réduit les marges pour les grossistes et les pharmaciens

En 2004 une nouvelle vague de réforme est mise en marche, et a pour but de responsabiliser les patients en augmentant la part non prise en charge: les tickets modérateurs sont augmentés pour les médicaments (10% du prix, pour un montant par médicament compris entre 5 et 10 euros) et les soins hospitaliers (le forfait passe de 9 à 10 euros par jour, pour une limite de 28 jours). Une taxe de cabinet (Praxisgebühr) de 10 euros, versée une seule fois par trimestre pour une pathologie donnée est également introduite

Le deuxième aspect a trait à la diminution globale des prestations prise en charge, en effet la prise en charge est supprimée concernant des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance, les montures et verres de lunettes, la contraception, les cures thermales, les frais d'ambulance, ...

Troisièmement le financement de l'assurance maladie : la loi stipule de faire financer un certain nombre de prestations par l'impôt comme les indemnités et les soins liés à la grossesse, l'IVG, les indemnités pour enfant malade et les indemnités en cas de décès

Conséquence directe de cette réforme: dès 2004, l'assurance maladie devient excédentaire de plus de 4 milliards d'euros. (80)

À partir de 2005, une carte magnétique (Gesundheitskarte) a été mise en place, équivalente à notre carte vitale française. Elle a permis d'envoyer aux patients une facture leur détaillant le coût réel de leurs dépenses de santé, dans l'optique d'une prise de conscience de la population sur le coût réelle de leur prise en charge.

Le gouvernement Merkel a introduit en 2007 une couverture maladie universelle alors qu'au moins 200 000 personnes ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucune couverture santé (chômeurs longues durée, non salariés, ...).

La couverture santé des enfants est également gratuite depuis 2008.

Les caisses d'assurances maladies privées ne peuvent également plus refuser d'assurer une personne. Un fond pour la santé a été créé, par le gouvernement Merkel, il est financé en grande partie par les cotisations et partiellement par l'impôt.

Depuis 2012, l'Allemagne s'est muni d'un numéro de téléphone unique pour les urgences médicales non urgences. Il s'agit même du premier pays européen à se munir de ce type de numéro. Il s'agit du 116 117(81)

Il ne concerne cependant pas les urgences vitales ni les services de secours qui restent accessible au 112.

Selon l'Office fédéral de la statistique, environ 59 000 personnes étaient employées dans le service de secours en 2015, dont environ 30,5% de femmes et 69,5% d'hommes (82)

d) Continuité des soins

Le système de santé allemand fait coexister deux régimes :

- o Le régime "légal" ou régime publique (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV))

Il est géré par les caisses d'assurances-maladie qui sont des organismes à gestion paritaire mais régis par la loi. (83)

C'est le régime obligatoire pour les salariés percevant un salaire annuel brut inférieur 50 850 euros en 2016. Les agriculteurs, les personnes sans emploi, les personnes handicapées, et les étudiants relèvent également de l'adhésion obligatoire.

Toutes personnes n'étant pas dans l'obligation de s'assurer dans une caisse publique peuvent cependant y adhérer de façon volontaire, à condition d'y avoir cotisé pendant au moins 24 mois dans les 5 dernières années, ou 12 mois consécutifs.

Il existe environ 160 caisses, qui gèrent plus de 70 millions de personnes. Chaque caisse est responsable de son propre équilibre comptable et fixe les taux de cotisation en fonction de cet objectif. En décidant du nombre de médecins conventionnés par zone géographique et par spécialité, les caisses disposent, par ailleurs, d'un pouvoir de régulation sur l'installation des professionnels

Il concerne 90 % des assurés.

- o Le régime privé (Private Krankenversicherung - PKV))

Il est géré par des caisses d'assurance-maladie privées.

Toutes personnes qui ne relèvent pas du régime publique obligatoire, et qui refusent l'adhésion volontaire aux caisses publiques peuvent librement choisir une assurance privée.

Il n'est ensuite plus possible de retourner dans le secteur publique hormis certaines conditions.

Dans l'assurance privée les cotisations sont calculées en fonction du risque de l'assuré, et bien souvent les prestations sont plus importantes que dans le secteur public (84)

Le médecin généraliste (Allgemeinarzt) dirige la prise en charge médicale d'un malade, l'assurance publique couvre dans ce cadre là, le strict minimum.

Dans le cadre de la loi, l'assurance publique ne prend pas en charge:

- ce que l'assuré peut raisonnablement payer lui même (franchise médicale)
- toutes mesures destinées à améliorer le confort (lunettes, chambre individuel à l'hôpital...)
- toutes de dépenses de santé à l'étranger, hors union européenne
- toutes dépenses de santé dans l'union européenne, dépassant le prix de la même dépense si elle avait eu lieu en Allemagne.
- Dépassements d'honoraires
- Arrêts maladies au delà de 70% du salaire net (ou au delà de 2 380 euros mensuel)

En principe, l'assuré doit choisir un médecin généraliste de son choix pour une durée de trois mois minimum et le consulter avant toute visite à un spécialiste.

Les seuls spécialistes qui ne nécessitent pas de consultation auprès d'un médecin généraliste au préalable sont les dentistes et les gynécologues.

A noter que si le patient est affilié à l'assurance légale, il est dans l'obligation de consulter un dentiste une fois par an, au risque sinon de ne plus voir ses soins pris en charge.

C'est le médecin de ville qui prend la décision d'hospitalisation, sachant qu'il n'existe pas de consultation ambulatoire à l'hôpital.

Les soins hospitaliers et ambulatoires restent à cet égard relativement cloisonnés malgré plusieurs réformes visant à une plus grande coordination entre les deux secteurs.

L'accès aux soins hospitaliers se fait sur prescription médicale, sauf urgence.

Le forfait hospitalier pour les personnes majeurs est à hauteur de 10 euros par jour, le forfait d'une chambre simple est totalement à la charge du patient.

Le patient participe aux frais d'ambulance à hauteur de 10% du coût (5% minimum, 10 euros au maximum).

L'assuré allemand du régime légal bénéficie d'une situation globalement assez généreuse ; néanmoins, le ticket modérateur tend à augmenter (médicaments). Peu de contraintes pèsent sur lui : il a le libre choix du médecin et l'accès direct au spécialiste. Les quelques règles limitatives posées pour éviter le nomadisme médical ne sont pas contrôlées, comme rester un délai minimum chez le même généraliste, ou accéder au spécialiste via le généraliste.

e) Permanence des soins et accès aux urgences

Les services des urgences sont appelés Notaufnahme en Allemagne. Le transport en ambulance en cas d'urgence est gratuit.

Il existe donc deux numéros d'urgences en Allemagne

- 116 117 pour les urgences non vitales
- 112 pour les urgences vitales, ce numéro est également celui pour joindre les pompiers, les deux services sont effectivement joignable sur la même plateforme

téléphonique. Cela permet de joindre l'équivalent du SAMU français, appelé Rettungsdienst, (abrégé en RD ou RettD)

En 2017, plus de 6,5 millions d'appelants ont contacté le 116 117. Avec environ 6 000 appels par heure, la plupart des appels arrivent entre 9h00 et 10h00 le samedi. Avant l'introduction du 116 117 en 2012, il y avait plus de 1 000 numéros de services d'urgence régionaux, dont certains changeaient quotidiennement.

Chaque médecin résidant en Allemagne a l'obligation d'assister au service médical d'urgence, ce qui est un équivalent de notre permanence des soins ambulatoires français.

Leur permanence des soins est régularisée dans chaque Länder, par le Länderausschuss (comité régional), mais présente cependant de grandes variations entre chaque Länder.

En Allemagne, les médecins consultent rarement jusqu'à 18 heures, et sont généralement fermés le mercredi, le vendredi après-midi et le samedi. Un médecin de garde est joignable via la plateforme du 116 117 ou alors via un numéro présent dans la presse locale.

Il existe également des cliniques (Notfallpraxis) qui gèrent les urgences, généralement doté de deux médecins, dont un est mobile afin de se rendre aux domiciles des patients.

Mais les spécialistes (dentistes, ORL, ...) ne consultent que dans leurs cabinets et de la même manière, ils sont joignables via un numéro présent dans la presse locale.

Ce service de garde fonctionne en dehors des horaires d'ouvertures de omnipraticiens, mais également le mercredi et le samedi après-midi, cependant dans certaines régions comme la Bavière ou certaines villes comme Berlin ces cliniques sont ouvertes 24h/24.

Chaque hôpital (à l'exception des cliniques privées, des hôpitaux de réadaptation) dispose d'une salle d'urgence, généralement ouverte 24 heures sur 24, qui fournit une assistance médicale.

Les patients ne sont pas nécessairement traités dans l'ordre d'arrivée, mais en cas d'urgence. Une évaluation correcte des patients est donc une mesure très importante dans le service des urgences, en fonction de la tension du pouls de la saturation, mais également grâce à différents organigrammes.

A partir du 1er avril 2017, les urgentistes peuvent décider si les patients se présentant aux portes des salles d'urgences relèvent de l'urgence. Et si ce n'est pas le cas les réorienter vers les médecins de garde ou les cliniques.

Dans une étude publiée dans le Deutsches Ärzteblatt (85), par l'hôpital universitaire de Hambourg-Eppendorf : 41.3 % des patients sont venus aux urgences de leur propre initiative, et parmi l'ensemble des patients, la quasi totalité avaient connaissance du service de secours d'urgences (97.6%), mais beaucoup moins avaient connaissance des cliniques d'urgences (44.8%) et des services d'urgences mobiles (32.6%). Sur le panel: l'indisponibilité perçue des médecins généralistes était de 16.8%.

De la même manière qu'en France il existe une méconnaissance de la part des usagers des urgences de l'organisation de la permanence de soins

VII .Conclusion

La permanence des soins en France comme celles au sein des pays étudiés est organisée suivant le même dessin. En effet celle-ci est gérée par un cadre législatif strict au niveau national mais dont l'organisation est régionale, avec des disparités plus ou moins importante selon les pays.

L'implication des médecins dans les pays étudiés est forte car elle est obligatoire, contrairement en France où celle ci est basée sur le volontariat. Les nombreuses reformes ont été mis en place pour renforcer l'efficacité de la permanence des soins notamment ambulatoire pour permettre de dégorger les urgences, cependant on observe que dans l'ensemble des pays étudiés, y compris la France, les urgences sont de plus en plus sollicitées pour des soins pouvant relever des soins primaires.

Cependant d'après notre étude, nous avons pu mettre en évidence une certaine méconnaissance de la permanence des soins ambulatoire par les patients. Cette même conclusion a également été mise en évidence lors d'une étude réalisée en Allemagne.

Ce biais lié à la méconnaissance de la permanence des soins ambulatoire semble être limitée par l'organisation même du système de permanence des soins, dans le cas où les patients sont orientés par du personnel para-médical ou médical vers la structure adéquate à leur besoin, comme c'est le cas en Suède.

Une meilleure sensibilisation sur le fonctionnement de la permanence de soins en France auprès de la population pourrait à terme permettre une meilleure répartition des patients à travers tous les services permettant la permanence des soins, et notamment concernant la permanence des soins ambulatoire.

Notre étude met en évidence que 43.8% des patients de notre panel, consultent au SAU de Sarreguemines pour un motif relevant des soins primaires entre 8h-20h quelque soit le jour de la semaine, week end et jours fériés inclus.

En extrapolant nos résultats, à l'ensemble des passages du SAU de Sarreguemines (2), cela représenterait une cinquantaine de consultations journalière en moyenne sur les résultats de l'année 2016.

En réorientant précocement certains patients (CCMU1-CCMU2, sauf les patients âgés de plus de 75 ans), vers une structure alternative telle qu'une maison médicale de garde située à proximité, voire vers une consultation dédiée au sein du SAU de Sarreguemines, devrait en théorie dégorger de manière importante les urgences, et ainsi les urgentistes pourraient se concentrer sur les patients relevant de leur spécialité : les urgences.

Cela sera possible à une condition, que les patients réorientés vers la maison médicale de garde puissent être réadressé au SAU après évaluation du médecin généraliste de garde, sans délai supplémentaire, en cas de besoin. La proximité et la communication entre la MMG et le SAU doit être un point clé de la permanence de soins.

De nombreuses structures existent déjà, comme le Centre Médical de Soins Immédiats (CMSI) à Essey-Lès-Nancy, ou encore le service privé des urgences de l'hôpital Legouest.

L'activité globale de ces centres est en perpétuelle augmentation, le centre de l'hôpital Legouest enregistrait 21 000 passages en 2013, contre 26 000 en 2016.

Le service fonctionne actuellement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cependant l'absence de réanimation ou d'un plateau de chirurgie n'autorise pas l'admission directe

d'un patient instable sauf s'il a bénéficié d'une régulation du SAMU centre 15 en s'inscrivant dans un parcours de soins anticipé (86)

A travers l'Europe, une même ligne de conduite se dessine, sur la concentration des médecins dans des unités de soins primaires, comme les « walk in center», « Vårdcentraler», ou encore les Maisons médicale de garde en France.

Cependant les lieux d'effecton fixes que sont les MMG ne semblent pas être la panacée, car on observe une diminution de 12 de ces lieux entre 2016 et 2017. Ces lieux d'effecton nécessitent non seulement des médecins, mais également des patients, ils nécessitent donc des fonds suffisants pour un bon fonctionnement, une certaine attractivité, mais également une bonne régulation et des moyens de transport adéquates.

VIII. Bibliographie

- (1) Ministère des solidarités et de la santé,
Panorama de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux 2017, juin 2017
[Consulté le 06/05/2018], <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>
- (2) Observatoire des Urgences Grand Est, Est-RESCUE
Panorama des urgences Grand Est 2016, version corrigée du 15 décembre 2017
[Consulté le 06/05/2018] , http://www.oru-ca.com/wp-content/uploads/2017/12/Panorama-2016-hyperliens_Version-corrige%C3%A9e-15Dec17.pdf
- (3) Dr. Ernesto Mola, Dr. Tina Eriksson
The european definition of general practice, WONCA Europe, 3eme edition, 2011.
- (4) Audrey Hurstel, Olivier Matarese, Remi Paulaud-Bayard.
Prévalence des consultations traumatologiques aux urgences pouvant relever de la médecine générale : une étude prospective sur 288 patients. Th : Med : Grenoble, 2014
- (5) J.C. Tsai, Y.W. Liang, W.S. Pearson
Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience, Journal of the Formos Medical Association, 2010, 109(7), 533-542
- (6) S. Alouini, L.Mesnard, S. Coli, et al .
Urgences gynécologiques : nature et degré de gravité .
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012, 41(1), 48-52
- (7) R. Four, H. Alamir, P. Babe et al.
Evaluation de l'activité d'un service d'Urgences Pédiatriques Expérience de l'Hôpital Lenval. Journal européen des Urgences, 2002, 15(2), 59-69
- (8) Pierre Urlacher.
Epidémiologie descriptive des patients non admis aux urgences du CHU de Nantes. Th: Med: Bordeaux, 2016.
- (9) S. Gentile, AC. Durand, I. Bongiovanni, S. Rofritsch et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA.
Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences, 2007, 20 (1)
- (10) Institut National, de la Statistique et des Etudes Economiques.
Etat matrimonial légal des personnes selon le sexe en 2017, données annuelles de 2006 à 2017. Publié le 16/01/2018
[Consulté le 23/07/2018], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496#tableau-Tableau1>
- (11) Institut National, de la Statistique et des Etudes Economiques.
Le recensement de la population évolue : de l'état matrimonial légal à la situation conjugale de fait. Publié le 26/10/2017
[Consulté le 23/07/2018], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3146177>

(12) Code de la sécurité sociale,
Article D160-4, crée par décret n°2015-1882 du 30 décembre 2015.
Relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie.
Publié au JO en décembre 2015

(13) Institut National de la statistique et des études économiques, catégories socioprofessionnelles, janvier 2003
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreee/1?champRecherche=false>

(14) Code de Santé Publique
Article L.4130-1, modifié par la loi n° 2016-41, de modernisation de notre système de santé, relative à la promotion les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé.
Publié au JO en janvier 2016
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>

(15) Code de Santé Publique
Article L 6314-1, relative à la permanence des soins, version en vigueur le 19/01/2018
[Consulté le 06/05/2018] www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691326&dateTexte=&categorieLien=cid

(16) Code de Santé Publique
Article R 6315-1, modifié par décret n°2006-1686, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique.
Publié au JO en décembre 2006
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100114>

(17) Code de Santé Publique
Article R 4127-77 codifié par décret n° 2004-802, relatif à la permanence des soins
Publié au JO en aout 2004.
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912949&dateTexte=20130624>

(18) Code de Santé Publique
Article R 4127-78 codifié par décret n° 2004-802, relatif à la permanence des soins
Publié au JO en aout 2004.
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912950&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060106>

(19) Code de Santé Publique
Article R 6315-4 codifié par Décret n°2005-840, relatif à la permanence des soins
Publié au JO en juillet 2005
[Consulté le 06/05/2018]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006919307&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730&oldAction=rechCodeArticle>

(20) Code de Santé Publique
Décret n° 2010-809 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
Publié au JO en juillet 2010
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo>

(21) Code de Santé Publique
Article L 1435-5, relatif à la contractualisation avec les offreurs de services de santé, initié par l'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, modifié par la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016.
Publié au JO en décembre 2015.
[Consulté le 06/05/2018] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1A574D66014C0D71A09A6A6A00EA213A.tplgfr26s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000036515297&dateTexte=20180129&categorieLien=id#LEGIARTI000036515297

(22) Code de Santé Publique
Article R6315-2, codifié par le décret n°2005-840, relatif à la permanence des soins.
Publié au JO en juillet 2015.
[Consulté le 06/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006919304&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730&oldAction=rechCodeArticle>

(23) Assemblée Nationale,
Réponse de Roselyne Bachelot (Mme la ministre de la santé et des sports) à Francis Saint-Lèger (Union pour un Mouvement Populaire - Lozère)
Publiée au Journal officiel en janvier 2010.
[Consulté le 06/05/2018] <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-43061QE.htm>

(24) Haute autorité de santé
Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, fiche de synthèse , mars 2011
[Consulté le 06/05/2018] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf

(25) Site de Médigarde, service médicale d'urgence
[Consulté le 20/05/2018] http://www.medigarde.fr/services_d_urgence_en_france.html

(26) Intersanté, médigarde
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.intercomsante57.fr/html/assoc/conseils/medigarde.html>

- (27) SOS médecins, organisation. Publié en décembre 2009.
[Consulté le 20/05/2018] www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/organisation/20-organisation
- (28) Ministère des solidarités et de la santé,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
Cirulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Publiée au JO en mars 2007
[Consulté le 08/05/2018] <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
- (29) Conseil National de l'Ordre des Médecins
Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017
[Consulté le 20/05/2018] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_pds_2017_0.pdf
- (30) APM International
Premier bilan satisfaisant de la maison médicale de garde située à l'entrée des urgences du CH d'Arles, publié en avril 2015 sur le site de la Société Française de la Médecine d'Urgence (SFMU)
[Consulté le 08/05/2018] http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/premier-bilan-satisfaisant-de-la-maison-medicale-de-garde-situee-a-l-entree-des-urgences-du-ch-d-arles/new_id/56850
- (31) Code de Santé Publique
Article R 6315-3, modifiée par décret n° 2016-1012 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. Publié au JO en juillet 2016
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919305&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (32) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé n° 2016-41,
Article 75, relatif à la régulation téléphonique Publié au JO en janvier 2016
[Consulté le 08/05/2018] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=81ED064094B535AD0D425105C6020388.tplgfr26s_3?idArticle=JORFARTI000031913317&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id
- (33) Code de Santé publique
Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. Publié au JO en juillet 2016
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/22/AFSH1604473D/jo/texte>
- (34) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dit loi HPST. Publié au JO en juillet 2009
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- (35) Code de la santé publique
Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé.
Publié au JO en avril 2010
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022040773&categorieLien=id>
- (36) Décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'agence régionale de santé, publié au JO le 31 décembre 2017
[Consulté le 20/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/12/29/SSAZ1731677D/jo/texte>
- (37) Code de la santé publique
Article L 6313-1 CSP, modifié par Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Publié au JO en juillet 2010
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919283&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (38) Code de la santé publique
Annexe I du décret n°2015-626 du 5 juin 2015, relatif à certaines commissions administratives à caractère consultatif relevant du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Publié au JO en juin 2015
[Consulté le 08/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030681536&categorieLien=id>
- (39) Dr Patrick BOUET, Dr Jean-Marcel MOURGUES, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
- (40) Dr. Ernesto Mola, Dr. Tina Eriksson
The European definition of general practice, WONCA Europe, 3eme edition, 2011
- (41) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (Hôpital, patients, santé, et territoire), Article 49.
Publié au JO en juillet 2009
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020879529>
- (42) Code de la santé publique
Article.L.6315-1, modifié par la loi n° 2011-940 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Publié au JO en aout 2011
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020888898&dateTexte=&categorieLien=cid>

- (43) Code de la santé publique
Article R.4127-47, codifié par décret n° 2004-802, relatif à la continuité des soins.
Publié au JO en aout 2004
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912913>
- (44) Code de la santé publique
Article R1112-14, codifié par décret n° 2003-4632. Publié au JO en mai 2003
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006908176&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040811>
- (45) Conseil d'Administration de ReAGJIR
Continuité et permanence des soins, septembre 2015,
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.reagjir.fr/presse/continuite-des-soins-et-permanence-des-soins/2/>
- (46) Code de la santé publique
Article L 1111-7, modifié par l'article 189 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Publié au JO en janvier 2016
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id#JORFARTI000031914440>
- (47) Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE)
Panorama du Grand Est. Paru en novembre 2017.
[Consulté le 13/05/2018] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018906>
- (48) Organisation mondiale de la santé
Démographie du Royaume-Uni
Selon les dernières données de l'Observatoire de la santé mondiale
Consultable le 15/05/2018 au : <http://www.who.int/countries/gbr/en/>
- (49) L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Sélection d'indicateurs concernant le Royaume uni
[Consulté le 13/05/2018]
<https://data.oecd.org/fr/royaume-uni.htm>
- (50) Sénat
Travail parlementaire, Europe et international, au Royaume uni. Publié en 2002
[Consulté le 15/05/2018] <http://www.senat.fr/lc/lc10/lc105.html>
- (51) Dictionnaire Larousse,
Définition trust
[Consulté le 19/05/2018] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/trust/80080>
- (52) Fondation pour la recherche sur les administrations et //les politiques publiques (iFRAP)
Royaume-Uni : la réforme du Welfare par Cameron. Publié en 2013.
[Consulté le 15/05/2018] <http://www.ifrap.org/europe-et-international/royaume-uni-la-reforme-du-welfare-par-cameron>

- (53) Nick Triggle,
Ten charts that show why the NHS is in trouble, février 2017, BBC news.
[Consulté le 15/05/2018] <http://www.bbc.com/news/health-38887694>
- (54) Ministère des Affaires Etrangères.
Préparer son expatriation au Royaume Uni. Publié en décembre 2013
[Consulté le 15/05/2018] <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/services-aux-citoyens/preparer-son-expatriation/dossiers-pays-de-l-expatriation/royaume-uni/vie-pratique/article/sante>
- (55) United Kingdom Legislation
Health and Social Care Act 2012
Be it enacted by the Queen's most Excellent Majesty, by and with the advice and consent of the Lords Spiritual and Temporal, and Commons, in this present Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows, 27th march 2012
[Consulté le 15/05/2018] <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>
- (56) Haute Autorité de Santé
Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, mars 2011.
[Consulté le 19/05/2018] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
- (57) Bunn F, Byrne G, Kendall S: Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 (3). DOI:10.1002/14651858.CD004180.pub.
- (58) National Health Service
Urgent and emergency care services in England, 2017
[Consulté le 19/05/2018] <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/urgent-care-overview.aspx>
- (59) Government of United Kingdom
Devolution of powers to Scotland, Wales and Northern Ireland, janvier 2013.
[Consulté le 19/05/2018] <https://www.gov.uk/guidance/devolution-of-powers-to-scotland-wales-and-northern-ireland>
- (60) The Health Foundation
A&E waiting times, QualityWatch, avril 2018
[Consulté le 19/05/2018] <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/ae-waiting-times>
- (61) National Health Service
A&E Attendances and Emergency Admissions December 2017 Statistical Commentary, NHS England
[Consulté le 15/12/2017] <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ae-waiting-times-and-activity/ae-attendances-and-emergency-admissions-2017-18/>
- (62) BBC health
NHS Health Check: Which part of the UK is doing the best?, février 2017, BBC News
[Consulté le 19/05/2018] <http://www.bbc.com/news/health-38853700>

- (63) E.Flanagan, P.Hamill
A&E 12-hour waits nearly triple in a year, BBC news, janvier 2018
[Consulté le 19/05/2018] <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-42580712>
- (64) BBC Scotland Politics
Scotland's A&E departments meet waiting times target, BBC news, aout 2017
[Consulté le 19/05/2018] <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-40787871>
- (65) National Health Service, Division NHS Scotland
NHS Performs Weekly Update of Emergency Department Activity and Waiting Times Statistics, Janvier 2018
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Emergency-Care/Publications/2018-01-03/2018-01-03-ED-Weekly-Summary.pdf>
- (66) Welsh Government, Llywodraeth Cymru
Performance against 4 hour waiting times target, all emergency care facilities by local health board. Stats Wales, janvier 2018
[Consulté le 20/05/2018] <https://statswales.gov.wales/Catalogue/Health-and-Social-Care/NHS-Hospital-Waiting-Times/Accident-and-Emergency/performanceagainst4hourtargetallemergencycarefacilities-by-localhealthboard>
- (67) Organisation mondiale de la santé
Démographie de la Suède. Selon les dernières données de l'Observatoire de la santé mondiale
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.who.int/countries/swe/en/>
- (68) L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Sélection d'indicateurs concernant la Suède
[Consulté le 15/05/2018] <https://data.oecd.org/fr/suede.htm>
- (69) Blanche Leridon .
Réforme du système de santé suédois : le "modèle de Stockholm" doit-il être envié?, février 2017, Institut Montaigne.
- (70) European observatory on Health Systems and Policies
Sweden Health system review, Health Systems in Transition, octobre 2012
[Consulté le 20/05/2018] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf?ua=1
- (71) L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Sweden has excellent health care but must improve care co-ordination, says OECD, décembre 2013.
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.oecd.org/newsroom/sweden-has-excellent-health-care-but-must-improve-care-co-ordination.htm>
- (72) L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Panorama de la santé 2017, Les indicateurs de l'OCDE. Publié en novembre 2017
[Consulté le 20/05/2018] https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017_Chartset.pdf

- (73) Sverige
Health care in sweden, janvier 2018
[Consulté le 20/05/2018] <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>
- (74) Uppsala University
Medical Care in Sweden, 2017
[Consulté le 20/05/2018] <https://www.uu.se/en/about-uu/join-us/medical-care/>
- (75) Organisation mondiale de la santé
Démographie de l'Allemagne. Selon les dernières données de l'Observatoire de la santé mondiale
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.who.int/countries/deu/en/>
- (76) Destatis, Statistisches Bundesamt
Gesundheitsausgaben pro Tag überschreiten Milliardengrenze, février 2018
[Consulté le 20/05/2018] <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>
- (77) L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Sélection d'indicateurs concernant l'Allemagne
[Consulté le 15/05/2018] <https://data.oecd.org/fr/Allemagne.htm>
- (78) Direction de l'information légale et administrative
Systèmes bismarckien et beveridgien : quelles caractéristiques ?, février 2016.
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-queelles-caracteristiques.html>
- (79) Lydie Boulle
Bismarck et l'exemple allemand des assurances sociales au dernier tiers du XIXe siècle, juin 1997 Comité de lecture de la Société française d'Histoire de la Médecine.
- (80) Mathilde Alonso Pérez,
Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, du Royaume Uni et de l'Espagne. Les mots de la santé, Presses Universitaires de Lyon, 2005, pp.85-119.
- (81) SOS médecin
L'Allemagne se dote d'un numéro unique pour les urgences médicales non vitales. avril 2012,
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/actualite/actualites/1-actualite/179-lallemagne-se-dote-dun-numero-unique-pour-les-urgences-medicales-non-vitales>
- (82) Destatis, Statistisches Bundesamt
Gesundheitspersonal, 2016
[Consulté le 20/05/2018] <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Gesundheitspersonal.html>
- (83) Santé Allemagne
L'organisation du système de santé allemand, 2017
[Consulté le 20/05/2018] <http://www.sante-allemande.com/systeme-sante/principes-g%C3%A9n%C3%A9raux>

(84) Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères
Assurance-Maladie, Consulat général de France à Düsseldorf, janvier 2018
[Consulté le 20/05/2018] <https://de.ambafrance.org/Sante>

(85) M. Scherer, D. Lühmann, A. Kazek, et al.
Patienten in Notfallambulanzen, Deutsches Ärzteblatt, 2017; 114 (39): 645-52

(86) Ministère des armées
Hôpitaux militaires, site de Legouest, services d'urgence adultes
[Consulté le 20/05/2018] <https://www.defense.gouv.fr/sante/sante-publique/hopitaux-militaires/legouest-metz-57/nos-specialites/prendre-rendez-vous/services-et-specialites/urgences>

IX. Permis d'imprimer

VU

NANCY, le **16 juillet 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 juillet 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10351

NANCY, le **19 juillet 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

La permanence des soins se définit comme l'organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients, et ainsi maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, sur l'ensemble du territoire. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit et le week-end, notamment lors de la fermeture des cabinets de médecins libéraux.

En 2015, les 723 structures d'urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit une progression de 3 % par rapport aux flux observés en 2014. L'activité des Urgences ne cesse de croître depuis des années, et nombre de consultations réalisées aux urgences relèvent en réalité d'une prise en charge ambulatoire de médecine générale.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude était de déterminer la prévalence des consultations relevant de la médecine générale au sein du SAU de Sarreguemines.

Les objectifs secondaires étaient de chercher un lien statistique entre les profils des patients, leurs caractéristiques socio-économiques, et la finalité de leur consultation au sein du SAU ; d'analyser le nombre de consultations relevant d'une prise en charge en médecine générale, selon la tranche horaire, le jour de la semaine, et selon les horaires de permanence des soins.

Méthode : Une étude prospective observationnelle et descriptive a été réalisée au sein du service d'accueil des urgences de Sarreguemines.

Résultats : Sur un panel de 340 patients, cette étude a mis en évidence, que 48% des patients consultent sur les plages horaires de permanence de soins, dont 26.8% de notre panel pour une consultation relevant des soins primaires.

Notre étude a permis de faire la lumière sur un point essentiel : l'absence de recours à la permanence de soins ambulatoire (2% des patients consultants sur les plages horaires de la permanence de soins ont pris contact avec la permanence de soins ambulatoires).

S'ajoute un problème de démographie médicale, car bien que l'on observe une augmentation du nombre de médecins, on observe une diminution du nombre de médecins présentant une activité régulière (moins 0.5% en 10 ans) alors que le nombre de médecins retraités explose (20% de l'ensemble des médecins inscrit à l'ordre des médecins en 2017, soit une augmentation de 93% en 10 ans). Au 1er janvier 2016, la densité médicale dans la région Grand Est pour la spécialité de médecine générale est de 129.3 médecins pour 100 000 habitants, soit moins 11.4% depuis 2007.

Discussion: La question peut se poser si ce constat du faible recours au système de permanence des soins ambulatoires peut être extrapolé sur l'ensemble du territoire français ? Cela est-il dû à une méconnaissance de la permanence des soins par les patients ou si en toute connaissance de cause ces derniers choisissent de se diriger aux urgences ?

La problématique de la démographie médicale impacte directement sur l'état de la permanence des soins en France.

A travers l'Europe, une même ligne de conduite se dessine, sur la concentration des médecins dans des unités de soins primaires, comme les « walk in center », « Vårdcentraler », ou encore les maisons médicales de garde en France.

Conclusion : Cette étude conduit à proposer de créer une unité d'accueil de soins primaires attenante aux urgences.

TITRE EN ANGLAIS :

Primary care and permanence of care. Prospective observational and descriptive study in Sarreguemines Accidents and Emergency Department.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2018

MOTS CLÉS : permanence des soins, soins primaires, maison médicale de garde

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex