



HAL
open science

Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24)

Guillaume Gellibert

► **To cite this version:**

Guillaume Gellibert. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01676405

HAL Id: dumas-01676405

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676405>

Submitted on 5 Jan 2018

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2017

Par

Guillaume René GELLIBERT

Né le 28 avril 1984 à Arcachon (33)

**Evaluation du dispositif des Consultations Non
Programmées assurées par les médecins généralistes au
Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de
Périgueux (24)**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe MADER

Membres du jury

Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Rapporteur
Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS	Juge
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Juge
Monsieur le Docteur Vincent LACOSTE	Juge
Monsieur le Docteur Philippe MADER	Directeur

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 2017

Par

Guillaume René GELLIBERT

Né le 28 avril 1984 à Arcachon (33)

**Evaluation du dispositif des Consultations Non
Programmées assurées par les médecins généralistes au
Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de
Périgueux (24)**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe MADER

Membres du jury

Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Rapporteur
Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS	Juge
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Juge
Monsieur le Docteur Vincent LACOSTE	Juge
Monsieur le Docteur Philippe MADER	Directeur

Remerciements

Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de Service de Médecine Interne et Immunologie clinique

Groupe Hospitalier Saint-André

CHU Bordeaux

Directeur de l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé de l'Université de Bordeaux – Collège des sciences de la santé

Vous me faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. J'ai eu au cours de mes études la chance de bénéficier de votre enseignement. Je vous en remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Maître de stage des Universités

Médecin Généraliste

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'en être le rapporteur. Je vous remercie pour le temps consacré à la relecture de cette thèse. J'ai également eu la chance de bénéficier de votre enseignement au cours de ma formation en médecine générale. Je vous prie de trouver ici le témoignage de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Matthieu BIAIS

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de Service de Neuro-Anesthésie SAR 3

Groupe Hospitalier Pellegrin

CHU Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous en remercie et soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Michel GALINSKI

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Pôle Urgences SAMU-SMUR

Groupe Hospitalier Pellegrin

CHU Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous en remercie et soyez assuré de toute ma considération.

Monsieur le Docteur Vincent LACOSTE

Praticien Hospitalier

Chef de Service du Service d'Accueil des Urgences Adultes

Centre Hospitalier de Périgueux

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous en remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de toute ma considération.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe MADER

Maître de stage des Universités

Médecin Généraliste à Trélissac (Dordogne)

Médecin régulateur libéral

Merci de m'avoir proposé ce sujet et accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils tout au long de ce travail. Merci aussi pour la qualité de votre enseignement, votre patience et votre bonne humeur permanente pendant les 6 mois d'internat passés avec vous. C'est un réel plaisir et un grand honneur d'avoir commencé à apprendre la médecine générale à vos côtés. Pour tout cela, je tiens à vous exprimer toute mon amitié, mon profond respect et toute ma reconnaissance.

A Marie

Je suis heureux de partager ta vie depuis plus de 5 ans maintenant! C'est aussi un plaisir d'avoir vécu ces 3 années d'internat avec toi, avec tous les bons moments mais aussi les quelques périodes de doute. Je te remercie pour ton soutien pendant toute la réalisation de cette thèse où on aura bien rigolé quand-même parfois. C'est important pour moi de vivre à tes côtés ce moment qui compte et j'ai hâte que l'on réalise nos futurs projets.

A mes proches

A mes parents. Merci pour votre amour, votre soutien sans faille et l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ces années d'études. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir fait confiance même si cela a été un peu compliqué au départ. Je me rappelle entre autre de ces samedis soir de PCEM 1 à réviser dans le salon l'anatomie, l'embryologie, la biophysique, la chimie organique, etc. sur des fiches thématiques faites maison. Je me souviens également des bons petits plats cuisinés dans le week-end que je m'emportais le dimanche soir en rentrant à Talence. Je me rappelle aussi de votre émotion (surtout maman) le jour des résultats et de mon admission en 2^{ème} année. Merci vraiment pour tout, ma réussite d'aujourd'hui est en très grande partie la vôtre.

A ma sœur Sandrine. Merci pour ta lecture attentive et tes conseils avisés pour la rédaction de cette thèse. Je suis fier d'être ton petit frère et d'avoir grandi à tes côtés. Merci aussi d'avoir insisté et de m'avoir « embarqué » pour ce super voyage à Barcelone l'été de ma 2^{ème} PCEM 1. J'espère que tu vas continuer à t'éclater dans tout ce que tu fais. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi si tu en as besoin.

A Tatie et Tonton, Tonton Jean-Marie, Vincent, mes cousins et cousines. Merci d'être là.

A la mémoire de mes deux grands-mères Berthe et Odette Suzanne parties trop tôt. J'aurais tant aimé que vous puissiez être là aujourd'hui.

A la mémoire de mes deux grands-pères René Lucien et Jean que je n'ai malheureusement pas eu la chance de connaître.

A la mémoire de Jojo et Lulu.

Je mesure la chance que j'ai d'avoir grandi dans une telle famille et de savoir que je peux encore compter sur vous aujourd'hui.

A Christine, Philippe, Blandine, Sylvain et Ludovic merci de m'avoir accueilli aussi chaleureusement parmi vous. Une mention particulière pour Blandine d'avoir corrigé mon anglais approximatif et Sylvain, fais de ton mieux et surtout, fais ce qu'il te plaît et te rend heureux.

A mes amis d'enfance

A mes Julien (et Elo), Papitch et Benjamin mes amis depuis la maternelle. Julien, tu me rappelles régulièrement ces samedis soir de première année où je révisais et où je débarquais souvent très tard pour vous retrouver aux « Galips ». Tout cela est très loin aujourd'hui et merci de m'avoir encouragé tout au long de mes années d'études! J'espère en tout cas qu'on va continuer à se faire de nombreuses soirées ensemble et notamment ces fameuses soirées « p'tites coupes ».

Au Professeur Isabelle Riss

Merci pour vos bons soins depuis tant d'années. Vous avez certainement fait naître chez moi une vocation.

A mes années d'internat

A mes co internes d'Agen : Anne-Laure, Geoffrey, Hélène, JB, Lolo, Magachou, Meissa, Thanh et à mes colocataires « Monbranais » Damien et Eric... Merci pour cette super ambiance permanente pendant ces 6 mois, ce qui a parfaitement lancé mon internat.

A mes co internes de Villeneuve/Lot et plus particulièrement mes colocs improvisés Pierre et Jean.

A mes co internes de Bordeaux : Céline et Jérémie.

A mes co internes de Mont-de-Marsan, surtout Sophie de m'avoir bien aidé en gynécologie et Nicolas pour m'avoir gentiment donné tes sabots de bloc opératoire quand tu m'as vu galérer avec mes sur chaussures recouvertes de sang.

A mes co internes de Bayonne : Emmanuel, Hélène, Fanny, Laurent, Maxime, Mélanie et Morgane.

A mes maîtres d'internat

Aux Docteurs Rodriguez, Casu, Cracan, Dumitrascu du Service de Cardiologie du CH Agen, aux Docteurs Andriamanpionona et Bois du Service du Court Séjour Gériatrique du CH Villeneuve/Lot, au Professeur Bonnefoi et aux Docteurs Debled, Madranges et Sire de l'Hôpital de Jour de l'Institut Bergonié, aux Docteurs Criscuolo et Ko-Kivok-Yun du Service de Gynécologie-Obstétrique du CH Mont-de-Marsan, aux Docteurs Campagne et Lonca du Service des Urgences du CH Bayonne et au Docteur Astanière-Boudy de Coulounieix-Chamiers, au Docteur Delrieux de Château-L'Évêque et au Docteur Mader de Trélissac. Merci pour la qualité de vos enseignements durant tous ces semestres d'internat.

Merci également aux différentes équipes infirmières de chaque service d'avoir été si prévenantes avec moi.

Aux médecins généralistes qui m'ont confié leurs patients

Aux Docteurs Françoise Astanière-Boudy, Séverine Bappel, Pierre-Émile Chémaly, Philippe Coq, Arnaud Lafarge, Philippe Mader, Annabelle Mazières Moukarzel, Bruno Miquel et Antoine Richard. Merci de m'avoir fait confiance en me laissant m'occuper de vos patients pendant ces trois années de remplacement.

Au service du Département des Informations Médicales du CH Périgueux

Au Docteur Véronique Buhaj. Merci de m'avoir autorisé à travailler sur ce sujet. Merci aussi à tout le personnel du DIM (ainsi qu'Aurore Gonthier, interne en Santé Publique) de m'avoir accueilli dans vos bureaux et aidé durant tout le temps du recueil des données. Enfin, un remerciement particulier à Mr Thomas Chourreau pour votre bonne humeur, votre disponibilité, vos remarques pertinentes et votre aide si précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Je suis disponible quand vous voulez pour aller voir un match des girondins!

Merci enfin à tous ceux que j'oublie certainement de citer et à toutes les personnes m'ayant accompagné de près ou de loin dans ma vie personnelle et tout au long de mon cursus scolaire et universitaire, et dont la patience, l'expérience et les connaissances m'ont permis de progresser un peu plus chaque jour.

Table des matières

Introduction	18
PARTIE I: Contexte	20
1. La Permanence De Soins.....	20
1.1. Définition	20
1.2. Le Cadre juridique : organisation et fonctionnement.....	20
1.3. L'organisation de la PDS ambulatoire en Dordogne	22
2. Caractéristiques socio-économiques de la population et démographie médicale de la Dordogne	23
2.1. Caractéristiques socio-économiques de la population	23
2.2. La démographie médicale de la Dordogne	25
3. Présentation du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux	28
4. Une forte adhésion des médecins généralistes dans la mise en place de Consultations Non Programmées aux urgences et de nombreuses attentes	29
4.1. Un dispositif soutenu par les médecins	29
4.2. De nombreuses attentes	30
5. Présentation du parcours des CNP	30
PARTIE II : Méthodologie	33
1. Le type d'étude.....	33
2. Population de l'étude	33
2.1. Population cible.....	33
2.2. Population source	33
2.3. Population étudiée	33
2.3.1 Critères d'inclusion.....	33
2.3.2 Critères d'exclusion.....	33
3. Recueil des données	34
3.1. Mode de recueil des données	34
3.2. Données recueillies	34

3.3. Analyse des données	35
3.4. Critères de jugement	35
3.4.1 Critère de jugement principal	35
3.4.2 Critère de jugement secondaire	35
PARTIE III : Résultats	36
1. Description de la population de l'étude	36
2. CIMU à l'entrée	39
3. CCMU à la sortie du SAU	40
4. Mode de sortie des urgences	41
5. Activité des médecins généralistes pendant les CNP	42
5.1. Patients vus par les médecins généralistes pendant les CNP	42
5.1.1 Caractéristiques des patients	42
5.1.2 Répartition mensuelle des consultations	44
5.1.3 Répartition par plage de garde	45
5.1.4 Répartition par CIMU d'entrée des patients	47
5.2. Ordonnances de sortie, arrêts de travail et autres certificats rédigés pendant les CNP	48
6. Cas particulier des patients ayant bénéficié de soins externes sans examen complémentaire ni avis spécialisé sans être passés par les CNP	49
6.1. Les motifs de consultation	49
6.2. Etude par CIMU d'entrée	51
6.3. Répartition par appareil	52
PARTIE IV : Discussion	53
1. Faiblesses de l'étude	53
2. Forces de l'étude	54
2.1. Une organisation novatrice de la PDS	54
2.2. Un nombre élevé de patients inclus dans l'étude	54
2.3. Des propositions d'amélioration	55
3. Résultats principaux	55

3.1. Des patients bien orientés vers les CNP	55
3.2. Mais une faible activité en regard de la population totale	55
3.3. Une activité plus importante par rapport à la population ciblée initialement	57
3.3.1 Analyse de l'activité par rapport à tous les patients rentrés à leur domicile	57
3.3.2 Analyse de l'activité par rapport aux patients classés CCMU 1 à la sortie des urgences	57
3.3.3 Analyse de l'activité par rapport à l'ensemble des patients rentrés à leur domicile sans avoir eu d'examen complémentaire ni d'avis spécialisé	58
4. Des propositions d'amélioration	58
4.1. La traumatologie largement majoritaire	57
4.2. Un élargissement du champ d'actions du médecin généraliste	59
4.3. La réorganisation du bureau médical	61
4.4. Une modification des jours et horaires de présence	62
4.5. Une ouverture vers les CNP de pédiatrie	63
5. Synthèse des résultats et perspectives	63
Conclusion	66
Bibliographie	67
Annexe	71
<u>Annexe n°1</u> : Déterminants de l'échelle CIMU avec les exclusions signalées par * ...	71
<u>Annexe n°2</u> : Bureau médical dédié à la PDS au sein du SAU du Centre Hospitalier de Périgueux	72
<u>Annexe n°3</u> : Classification Clinique des Malades des Urgences	73
Abstract	74
Serment d'Hippocrate	75

Table des figures

<i>Fig. 1. Une population plus dense autour de Périgueux et Bergerac.....</i>	<i>.....</i>
<i>Source INSEE</i>	<i>24</i>
<i>Fig. 2. Population par grandes tranches d'âges. Source INSEE</i>	<i>24</i>
<i>Fig. 3. Variation 2007-2016 des médecins inscrits et de la population en région ALPC. Source CNOM 2016.....</i>	<i>26</i>
<i>Fig. 4. Pyramide des âges des médecins actifs en 2016 en région ALPC. Source CNOM 2016.....</i>	<i>27</i>
<i>Fig. 5. Evolution et projection des effectifs par spécialité. Source CNOM 2016</i>	<i>27</i>
<i>Fig. 6. Parcours de la consultation des soins non programmés</i>	<i>32</i>
<i>Fig. 7. Répartition par genre</i>	<i>36</i>
<i>Fig. 8. Pyramide des âges.....</i>	<i>37</i>
<i>Fig. 9. Médecin traitant déclaré en pourcentage par tranche d'âge</i>	<i>38</i>
<i>Fig. 10. Répartition des CIMU à l'entrée.....</i>	<i>39</i>
<i>Fig. 11. Répartition des CIMU à l'entrée par tranche d'âge</i>	<i>40</i>
<i>Fig. 12. Répartition des CCMU à la sortie du SAU</i>	<i>41</i>
<i>Fig. 13. Répartition des modes de sortie</i>	<i>42</i>
<i>Fig. 14. Pyramide des âges des patients vus aux CNP.....</i>	<i>44</i>
<i>Fig. 15. Activité mensuelle des médecins généralistes</i>	<i>44</i>
<i>Fig. 16. Nombre de patients vus par les médecins généralistes comparé au total de patients entrés par plage de garde</i>	<i>46</i>
<i>Fig. 17. Répartition des CIMU à l'entrée par tranche d'âge des patients vus aux CNP.....</i>	<i>47</i>
<i>Fig. 18. Répartition des CIMU d'entrée des patients vus en CNP</i>	<i>48</i>
<i>Fig. 19. Répartition par appareil des patients vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé</i>	<i>52</i>

Liste des tableaux

<i>Tab. I. Evolution de l'activité du SAU Adulte du CH Périgueux entre 2006 et 2016 ..</i>	<i>29</i>
<i>Tab. II. Répartition des patients par tranche d'âge (n = 1016).....</i>	<i>37</i>
<i>Tab. III. Médecin traitant déclaré par tranche d'âge (n = 672)</i>	<i>38</i>
<i>Tab. IV. Effectifs des CIMU à l'entrée par tranche d'âge (n = 1016).....</i>	<i>39</i>
<i>Tab. V. Effectifs des CCMU de sortie du SAU (n = 1016)</i>	<i>40</i>
<i>Tab. VI. Effectifs selon le mode de sortie des urgences (n = 1016)</i>	<i>41</i>
<i>Tab. VII. Répartition des patients des CNP par tranche d'âge (n = 102)</i>	<i>43</i>
<i>Tab. VIII. Répartition des patients pendant les CNP sur l'ensemble des jours de garde (n = 102).....</i>	<i>45</i>
<i>Tab. IX. Documents délivrés en CNP</i>	<i>48</i>
<i>Tab. X. Classement des patients par motif de consultation, vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé (n = 154) ...</i>	<i>50</i>

Liste des abréviations

AMU	Aide Médicale d'Urgence
ALPC	Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes
ARS	Agence Régionale de Santé
BU	Bandelette Urinaire
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIMU	Classification Infirmière des Malades aux Urgences
CNP	Consultation Non Programmée
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
MMG	Maison Médicale de Garde
MT	Médecin Traitant
NR	Non Renseigné
O2	Oxygène
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PC	Perte de Connaissance
PDS	Permanence De Soins
PDSA	Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire
RAD	Retour Au Domicile

SAMU----- Service d'Aide Médicale Urgente
SAU ----- Service d'Accueil des Urgences
SAUV ----- Service d'Accueil des Urgences Vitales
TA----- Tension Artérielle
TC----- Traumatisme Crânien
UHTCD ----- Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

La Permanence De Soins (PDS) est un dispositif qui permet à un patient d'avoir accès, si nécessaire, à un médecin en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Son organisation est complémentaire de celle de la prise en charge des urgences. Elle repose sur le volontariat des médecins et les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre, tenant compte des éléments spécifiques comme la densité de population, les caractéristiques géographiques, la démographie médicale (1)...

Avec une moyenne de 8 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 13,2 au niveau national et une variation de -9,9% entre 2007 et 2016, la Dordogne est un département sous doté en médecins généralistes (2).

Conséquence de cette pénurie, on observe une augmentation du nombre de patients consultant aux urgences avec pour corollaire des pics d'activité et un rallongement du délai de prise en charge, en particulier en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Le dispositif existant de PDS ne permettrait donc pas de répondre de manière satisfaisante à la demande des patients.

Pour faire face à ces différents problèmes, la PDS a été réorganisée pour une période d'essai de 3 mois de février à avril 2017: ainsi, sur des plages horaires de forte affluence aux urgences et en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville, un médecin généraliste assure une permanence au sein même du service des urgences.

Son rôle est de prendre en charge des patients préalablement triés par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) d'après la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) (3) et ainsi permettre une prise en charge plus précoce des personnes consultant aux urgences.

Cette réorganisation de la PDS avec la création de Consultations Non Programmées (CNP) va-t-elle permettre de désengorger les urgences ?

Avec cette étude, nous allons analyser quelle a été l'activité des médecins généralistes durant la PDS et essayer de déterminer parmi les patients vus par un

urgentiste, rentrés au domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé durant la période d'essai, quel est le nombre (proportion) de patients qui auraient pu bénéficier de cette offre de soins et ainsi proposer des améliorations à ce dispositif.

PARTIE I : Contexte

1. La Permanence De Soins

1.1. Définition

La PDS est une organisation mise en place par des professionnels de santé qui permet de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle a pour objectif de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins. Ce dispositif reconnu « mission de Service Public » permet la prise en charge des patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

Elle s'adresse à l'ensemble des médecins, mais la PDS est surtout un élément essentiel de l'organisation des soins de ville en coordination avec la médecine hospitalière (1).

1.2. Le Cadre juridique : organisation et fonctionnement

La PDS est organisée par les Agences Régionales de Santé (ARS) avec l'aide des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS). Un cahier des charges régional de la PDS, arrêté par le Directeur Général de l'ARS, détaille les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional (4).

Le dispositif est effectif :

- tous les jours ouvrés de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- 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 le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Il est du devoir du médecin de participer à la PDS (5).

Elle 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 PDS.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) atteste de la capacité de ces derniers à participer à la PDS et en informe l'ARS. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le Directeur Général de l'ARS et transmise au CDOM.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existante, la mission de PDS peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'ARS (6).

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de PDS établissent le tableau de gardes pour une durée minimale de trois mois. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au CDOM concerné. Le CDOM vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires (7). Les médecins participent à la PDS et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le CDOM, ce dernier, en vue de compléter le tableau de gardes, sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de PDS. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de gardes reste incomplet, le CDOM adresse un rapport au directeur général de l'ARS. Ce document fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la PDS, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées.

Le Directeur Général de l'ARS communique ces éléments au Préfet de Département ou, à Paris, au Préfet de Police, afin que celui-ci procède, le cas échéant, à une réquisition (8).

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 d'appel 15 et organisée par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (9).

Le médecin régulateur décide de la réponse adaptée à la demande de soins (10).

1.3. L'organisation de la PDS ambulatoire en Dordogne

En Dordogne, la régulation médicale de la Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire (PDSA) est assurée par des médecins volontaires, généralistes libéraux. Ces médecins sont secondés par des assistants de régulation médicale communs aux dispositifs de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et de la PDSA. Leur réponse peut être de plusieurs types :

- un conseil médical notamment thérapeutique qui peut être suivi d'une prescription médicamenteuse par téléphone,
- l'envoi d'un moyen de transport non médicalisé,
- le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'AMU dans le cas d'un appel nécessitant un avis dans le cadre de l'AMU,
- et enfin la proposition d'une consultation médicale ou l'envoi sur place d'un médecin généraliste.

En fonction des plages horaires, les médecins généralistes régulateurs sont au nombre de 1 à 3 :

- du lundi au vendredi : 19h00-20h00 : 1 régulateur, 20h00-00h00 : 1 régulateur.
- Le samedi : 12h00-22h00 : 2 régulateurs, 22h00-00h00 : 1 régulateur.
- Le dimanche et jours fériés : 8h00 - 12h00 : 3 régulateurs, 12h00 - 22h00 : 2 régulateurs (15).

A partir de 00h00, tous les appels arrivant au SAMU-Centre 15 sont gérés par le médecin régulateur de l'AMU.

Dans le département, la PDS est organisée selon un découpage géographique de 30 secteurs. Les gardes sont effectives de 20h00 à 00h00 mais dans 15 secteurs, les médecins généralistes assurent la PDS en nuit profonde jusqu'à 8h00. 342 médecins se répartissent les plages de permanence et complètent le tableau de gardes (11).

Les participants sont rémunérés sur la base de 50 € par tranche de 4 heures de permanence cumulés aux indemnités des consultations réalisées pendant la garde.

2. Caractéristiques socio-économiques de la population et démographie médicale de la Dordogne

2.1. Caractéristiques socio-économiques de la population

Au centre de la région Nouvelle-Aquitaine, qui comprend : l'Aquitaine, le Limousin et le Poitou-Charentes (ALPC), la Dordogne compte 418 200 habitants au 1er janvier 2015 (7% de la population régionale).

Sa population en fait le 5^e département de l'ALPC mais avec 46 habitants/km², sa densité est l'une des plus faibles, bien loin de celle de la région (70 habitants/km²).

Département attractif, sa population s'accroît uniquement grâce aux arrivées plus nombreuses que les départs, le solde naturel étant nettement déficitaire. Pour preuve, le solde migratoire s'est accru en moyenne de 0,7 % par an entre 2008 et 2015. Sur cette même période, sa population a augmenté en moyenne de 0,3 % par an, pénalisée par un solde naturel négatif (-0,4 % par an).

La Dordogne possède la population la plus âgée de la région après la Creuse et son territoire est à dominante rurale. La richesse et la diversité de son patrimoine en font un département touristique qui attire aussi les étrangers. Le département pâtit du taux de chômage le plus élevé d'ALPC, d'un fort taux de pauvreté et les revenus des habitants sont plus faibles que dans le reste de la région.

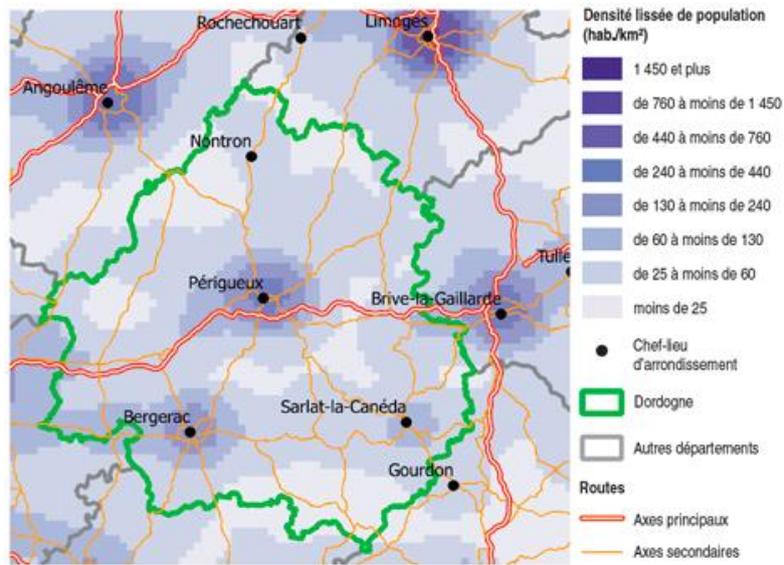


Fig. 1. Une population plus dense autour de Périgueux et Bergerac. Source INSEE

S'agissant de la répartition territoriale, seuls six habitants sur dix vivent dans une aire urbaine (autour de Périgueux et Bergerac) alors qu'ils sont en moyenne huit sur dix dans la région.

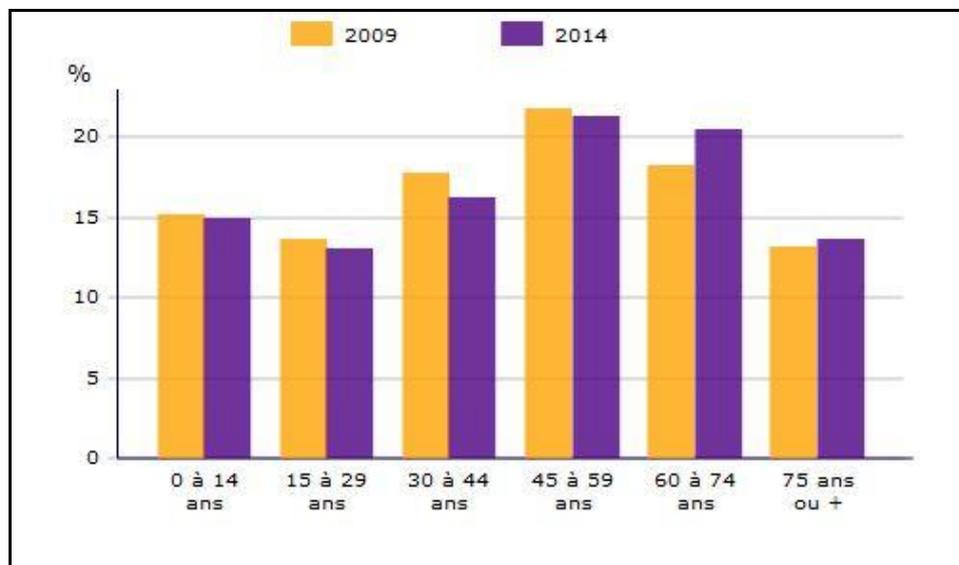


Fig. 2. Population par grandes tranches d'âges. Source INSEE

La population de la Dordogne est âgée : l'âge moyen de la population, 45,9 ans, la situe entre la Creuse, département le plus âgé de la région (47,5 ans) et la Corrèze (45,3 ans). En comparaison, l'âge moyen au niveau national est de 41,2 ans (12).

La tranche des 60 ans ou plus représente plus d'un tiers de la population (34,2 % contre 31,5 % en 2009) (13).

2.2. La démographie médicale de la Dordogne

Au 1er janvier 2016, la France recense 285 840 médecins. La région ALPC en compte 25360 dont 1303 en Dordogne (soit 5,14%). En comparaison, la Gironde, département le mieux doté de la région en médecins en compte 8105 (soit 31,96%) quand la Creuse, département le moins peuplé en médecins en compte 386 (soit 1,52%).

Parmi ces 1303 médecins, la Dordogne compte seulement 487 médecins généralistes en activité régulière tous modes d'exercices compris (14).

Sur la période 2007-2016, le nombre de médecins actifs a connu une diminution de 9,9% en Dordogne (deuxième plus grosse baisse de la région derrière la Creuse). En parallèle, la population a connu une croissance de 5,9 %.

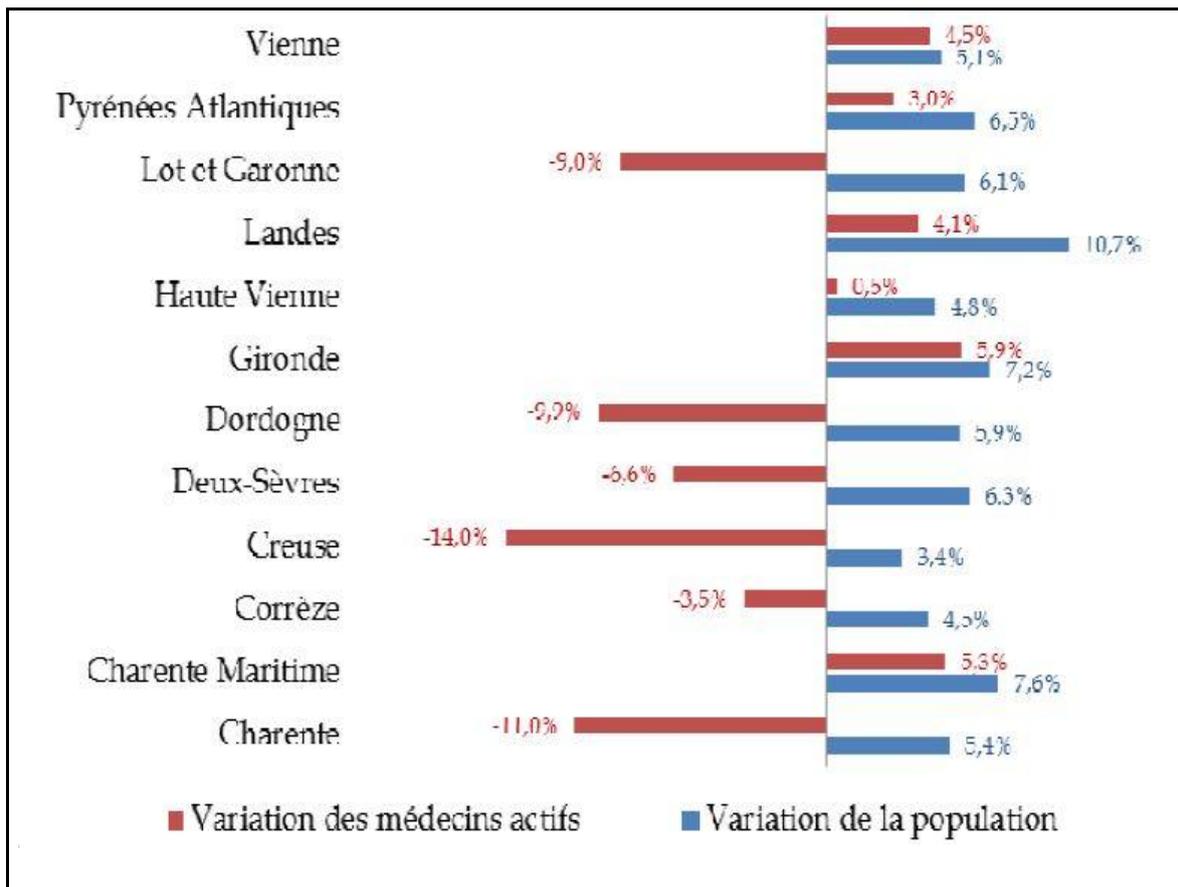


Fig. 3. Variation 2007-2016 des médecins inscrits et de la population en région ALPC. Source CNOM 2016

Cette baisse pourrait encore se poursuivre car en région ALPC, les médecins de 60 ans et plus, donc proches de la retraite représentent 26% de l'effectif (soit plus d'un quart) alors que les médecins de moins de 40 ans représentent seulement 18 %.

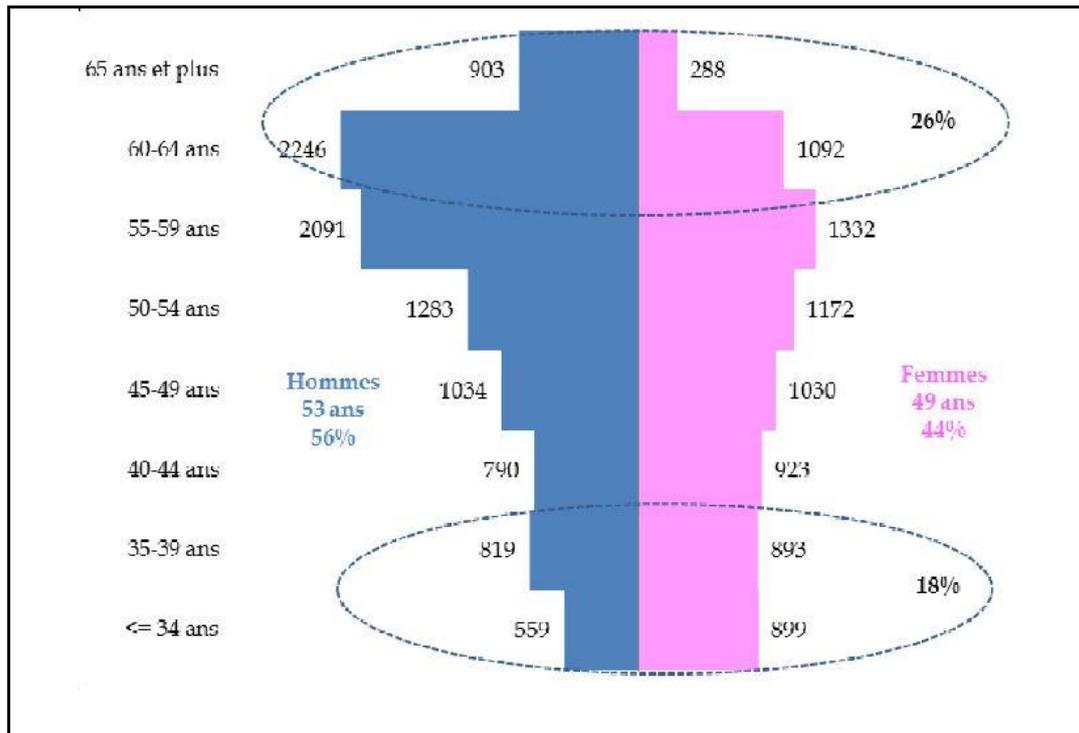


Fig. 4. Pyramide des âges des médecins actifs en 2016 en région ALPC. Source CNOM 2016

Cette hypothèse est corroborée par une projection de l'évolution des effectifs qui prévoit encore une baisse du nombre de médecins généralistes au moins jusqu'en 2025 en ALPC (15).

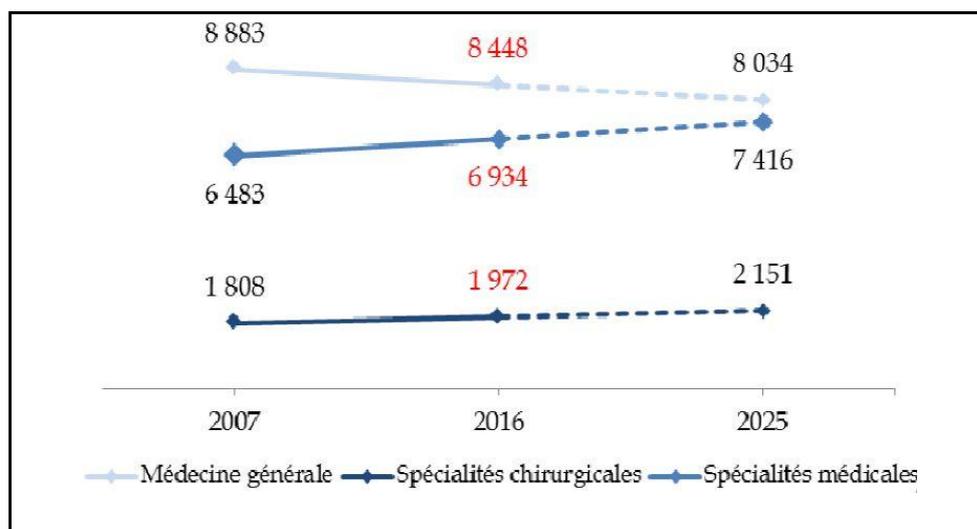


Fig. 5. Evolution et projection des effectifs par spécialité. Source CNOM 2016

3. Présentation du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux

Le rôle du Service d'Accueil des Urgences (SAU) est d'accueillir et soigner les patients relevant de l'urgence, la traumatologie de l'adulte et de l'enfant, d'assurer la prise en charge vitale de l'enfant, l'accueil des urgences psychiatriques, la prise en charge du Patient en rupture Sociale.

Le SAU de Périgueux s'organise ainsi :

- 10 box de soins : La majorité des patients passe par ce secteur pour une prise en charge initiale.
- Un circuit court : Ce secteur traite la " petite traumatologie " (plaies, entorses...).
- Une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) : y sont pris en charge les malades les plus graves et présentant un risque vital.
- Une Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) : 14 chambres pour les patients nécessitant une surveillance continue ou en attente d'une place dans un lit de spécialité (visites autorisées de 13h à 20h).
- Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS): Elle permet aux personnes en situation de précarité de faire valoir leurs droits (protection sociale et accès aux soins) et d'assurer la continuité de leur prise en charge à la sortie de l'hôpital (du lundi au vendredi de 8h45 à 17h) (16).

L'équipe médicale du SAU est composée de 6 médecins le jour, 5 la nuit, un IAO présent en permanence avec un aide soignant de jour pendant 12 heures. L'équipe infirmière est, quant à elle composée de 4 infirmiers le jour avec un aide soignant contre 3 infirmiers la nuit seulement.

Les urgences médicales pédiatriques (8950 passages en 2016) sont assurées par une équipe qui y est spécialement affectée (1 pédiatre de garde et 2 puéricultrices), et les urgences psychiatriques sont prises en charge par une équipe dédiée composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un infirmier (17).

Enfin, s'agissant de la fréquentation des urgences du Centre Hospitalier (CH) de Périgueux, elle a sensiblement augmenté ces 10 dernières années (+ 3615

passages entre 2006 et 2016, soit + 12,30 %). En 2016, la moyenne de passages au SAU adulte est de 90,6 patients par jour.

Tab. I. Evolution de l'activité du SAU Adulte du CH Périgueux entre 2006 et 2016

Année	Nombre de passages	% Hospitalisation	Age moyen des hospitalisés
2006	29 456	44,1%	60,6
2007	28 994	44,4%	60,6
2008	29 687	44,6%	60,8
2009	30 479	44,3%	61,6
2010	31 004	44,6%	62,6
2011	32 403	41,9%	64,3
2012	33 948	38,9%	66,3
2013	33 908	36,9%	67,4
2014	32 982	38,5%	68,5
2015	31 716	40,2%	67,5
2016	33 071	38,1%	67,6

4. Une forte adhésion des médecins généralistes dans la mise en place de Consultations Non Programmées aux urgences et de nombreuses attentes

4.1. Un dispositif soutenu par les médecins

Une enquête d'opinion a été réalisée au cours du dernier trimestre 2016 (du 1^{er} septembre au 31 décembre) auprès des médecins généralistes de Dordogne, avant la mise en place d'un dispositif de Consultations Non Programmées (CNP) au sein du SAU du CH Périgueux. Cette dernière a fait l'objet d'un travail de thèse (18) dont les objectifs étaient de déterminer si les médecins généralistes de Dordogne étaient favorables ou non à la mise en place de ce dispositif et, en cas de réponse positive, d'évaluer dans quelles conditions mettre en place ce système (horaires, nombre de plages horaires par semaine et par mois, mode de rémunération, fréquence...).

Malgré un faible taux de réponses s'établissant à 19,6 % (52 réponses sur les 266 questionnaires envoyés) les médecins étaient majoritairement favorables à la mise

en place de ce système (67,3 % d'avis en ce sens) avec des plages horaires de 3 heures en semaine et 4 heures le week-end. 18 médecins généralistes étaient volontaires pour participer à ce dispositif expérimental, avec la volonté à terme de substituer les gardes de la PDSA au profit des CNP aux urgences. Tous les médecins exerçaient à Périgueux ou dans les villes limitrophes, les autres étant à une distance trop grande du CH Périgueux pour participer au roulement des gardes.

Concernant leur rémunération, elle était décidée de manière individuelle par le praticien : soit sur la base d'un contrat salarial avec le CH Périgueux (222,24€/mois) soit un paiement à l'acte par le CH sur le schéma de paiement libéral (23 €, 42,06 € ou 58 € la consultation en fonction du jour et horaire de la consultation).

4.2. De nombreuses attentes

Les attentes suscitées par ce dispositif étaient grandes, tant au niveau de la Direction du CH Périgueux, que du personnel du SAU et les médecins généralistes.

Les effets escomptés suite à la mise en place de cette CNP au sein du SAU du CH Périgueux étaient triples (18, 19) :

- Réduire le délai de prise en charge des patients dont l'état ne justifie pas une prise en charge immédiate,
- Libérer du temps pour le personnel du SAU afin qu'il puisse se consacrer pleinement aux cas qui relèvent réellement de ses compétences,
- A terme désengorger le SAU au moment des pics d'affluence.

5. Présentation du parcours des CNP

Ce dispositif a donc été mis en place parallèlement à la PDSA déjà existante, sur une période d'essai entre février et avril 2017 aux jours et horaires suivants :

- Les lundis et vendredis de 20h00 à 23h00,
- Les samedis de 15h00 à 19h00,
- et les dimanches de 10h00 à 13h00 et de 15h00 à 19h00.

Il s'adressait à tous les patients se présentant de manière spontanée (non programmée ni régulée) à l'accueil des urgences de Périgueux. Une fois le patient admis, il était évalué avec prise des constantes (TA, température, évaluation de la douleur, glycémie, saturation en O₂, +/- BU) et trié par l'IAO en se référant aux déterminants de l'échelle CIMU et en prenant en compte les exclusions de la liste identifiées par * (cf. annexe n°1).

La grille CIMU est un outil qui a pour objectif d'aider les IAO dans leur mission difficile de hiérarchiser l'ordre de passage des patients. Elle comprend 5 niveaux d'urgences : le niveau 5 est le moins urgent et autorise une prise en charge médicale dans les 240 minutes suivant l'admission. A l'inverse, le niveau 1 concerne les cas les plus urgents qui requièrent une prise en charge médicale immédiate (20).

Après accord du médecin généraliste consultant, les patients triés 4 ou 5 sur l'échelle CIMU étaient installés dans une salle d'attente dédiée.

Le médecin prenait alors en charge seul les patients dans un bureau situé en face de l'accueil et à côté de la salle d'attente dédiée. Ce bureau médical était seulement équipé : d'un matériel informatique doté du même logiciel médical que les urgences, d'une table d'examen et de tout le matériel nécessaire pour la réalisation des soins primaires (cf. annexe n°2).

Après chaque consultation, le médecin contactait l'IAO pour valider la prise en charge du patient ou, le cas échéant, le réorienter dans le circuit standard s'il nécessitait un examen complémentaire urgent ou un avis spécialisé.

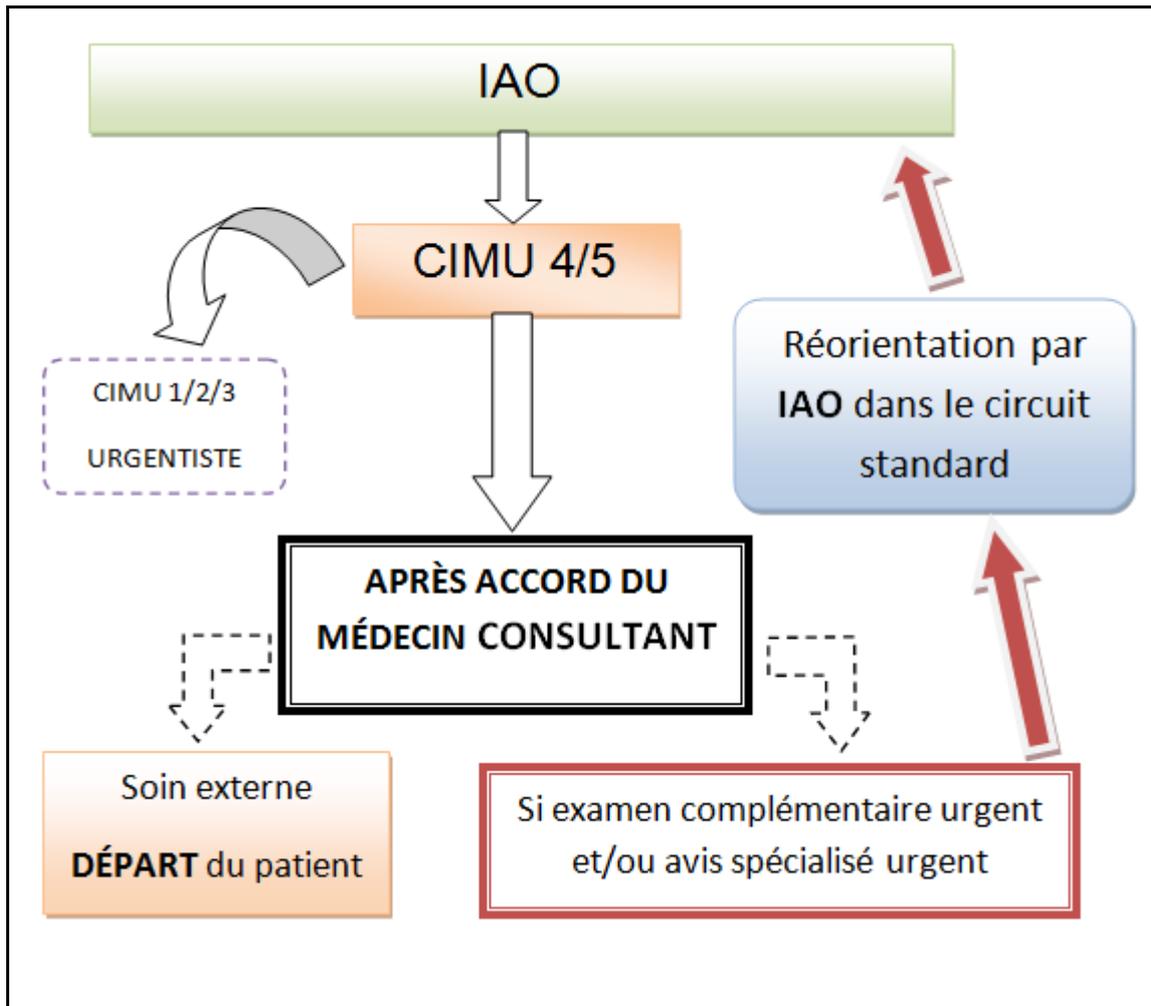


Fig. 6. Parcours de la consultation des soins non programmés

Cette organisation était donc destinée aux patients venant spontanément aux urgences pour des soins non programmés ne nécessitant ni examen complémentaire biologique et/ou radiologique, ni d'avis spécialisé urgent.

PARTIE II : Méthodologie

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, mono centrique, observationnelle, descriptive et transversale portant sur l'activité des médecins généralistes assurant la permanence de soins au SAU du CH Périgueux sur la période d'essai de février 2017 à avril 2017.

2. Population de l'étude

2.1. Population cible

Il s'agit des patients consultant spontanément au SAU de Périgueux.

2.2. Population source

Il s'agit des patients admis au SAU de Périgueux entre février et avril 2017 aux jours et horaires où un médecin généraliste assure des CNP aux urgences.

2.3. Population étudiée

2.3.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les patients :

- se présentant au SAU de Périgueux sur la période d'essai comprise entre le 03 février et le 30 avril 2017,
- se présentant les jours et plages horaires de permanence des médecins généralistes soit les lundis et vendredis de 20h00 à 23h00, les samedis de 15h00 à 19h00 et les dimanches de 10h00 à 13h00 et de 15h00 à 19h00,
- tous les patients de 18 ans et plus se présentant au SAU et les patients de moins de 18 ans consultant pour de la traumatologie (plaie, fracture, luxation...).

2.3.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les patients :

- se présentant en dehors des jours et plages horaires de présence des médecins généralistes pendant la période d'essai,
- les patients de moins de 18 ans consultant pour un motif médical.

3. Recueil des données

3.1. Mode de recueil des données

Il consiste en une revue des dossiers médicaux informatiques des patients ayant consulté au SAU du CH Périgueux pendant la période de l'étude. Le logiciel utilisé au SAU est Dx-Care®. Afin de faciliter le recueil des informations utiles et pertinentes pour l'étude, l'extraction des données de tous les patients ayant été admis au SAU durant la période d'essai a été faite par Mr Thomas CHOURREAU, cadre administratif du pôle Samu-Urgences-Réanimation-Pédiatrie-Obstétrique-Gynécologie du CH Périgueux.

3.2. Données recueillies

Après avoir obtenu l'accord du Dr Véronique BUHAJ, médecin responsable « informatique et libertés » du CH Périgueux, nous avons sélectionné pour chaque patient remplissant les caractéristiques des critères d'inclusion et d'exclusion les 16 items suivants dans leurs dossiers Dx-Care® :

- le jour et l'heure d'arrivée
- le sexe
- la date de naissance (âge)
- l'existence d'un médecin traitant (MT) déclaré ou non
- le motif de consultation
- la classification CIMU à l'arrivée
- l'orientation de prise en charge : vu par le médecin généraliste ou non
- les examens complémentaires faits ou non

- les avis spécialisés sollicités ou non
- les ordonnances de sortie rédigées ou non
- un arrêt de travail établi ou non
- d'autres certificats rédigés ou non
- l'orientation de sortie du SAU : hospitalisation, retour au domicile, transfert, fugue, décès
- la date et l'heure de fin de prise en charge
- le diagnostic final posé
- la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (cf. annexe n°3) avant l'orientation de sortie des urgences.

3.3. Analyse des données

Les données ont été analysées au moyen de statistiques descriptives de la population étudiée avec les outils Excel® et Epi info®. Les variables qualitatives sont décrites en termes d'effectifs et de pourcentages.

3.4. Critères de jugement

3.4.1 Critère de jugement principal

Nombre de patients vus par les médecins généralistes durant leurs CNP aux urgences.

3.4.2 Critère de jugement secondaire

Estimer la proportion de patients qui auraient pu bénéficier d'une consultation avec un médecin généraliste parmi tous ceux classés CIMU 4 ou 5 à l'admission du SAU, vus par un urgentiste et rentrés à leur domicile sans examen complémentaire biologique et/ou radiologique ni avis spécialisé pendant la période d'essai.

PARTIE III: Résultats

1. Description de la population de l'étude

Sur les 10802 patients ayant été admis au SAU du CH Périgueux pendant la période d'essai, 1016 patients (9,41 %) ont été inclus dans l'étude entre le 03 février et le 30 avril 2017. On y dénombre 523 hommes pour 493 femmes.

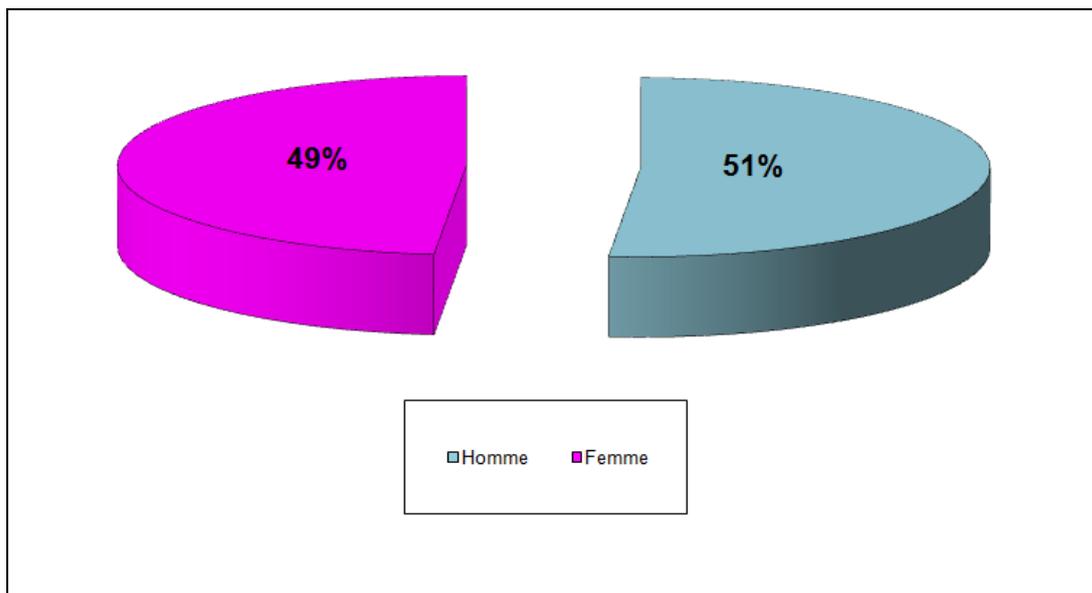


Fig. 7. Répartition par genre

La moyenne d'âge est de 49 ans. Le plus jeune patient a 3 mois et le plus âgé, 103 ans. Jusqu'à 80 ans, les hommes sont majoritaires dans chaque tranche d'âge exceptée la tranche 21 ans-30 ans qui est équilibrée alors qu'au-delà les effectifs féminins sont nettement supérieurs.

Les patients de moins de 30 ans représentent 32,68 % de la population étudiée. La tranche 31 ans-60 ans est minoritaire : 27,95 %.

Enfin, les patients de 60 ans et plus représentent 39,37 % des patients inclus dans l'étude.

Tab. II. Répartition des patients par tranche d'âge (n = 1016)

	Homme (n = 523)	Femme (n = 493)	Total
< ou = à 10 ans	45	30	75
11 ans à 20 ans	67	53	120
21 ans à 30 ans	68	69	137
31 ans à 40 ans	50	43	93
41 ans à 50 ans	53	49	102
51 ans à 60 ans	47	42	89
61 ans à 70 ans	80	42	122
71 ans à 80 ans	52	50	102
81 ans à 90 ans	46	67	113
91 ans à 100 ans	15	46	61
> à 100 ans	0	2	2

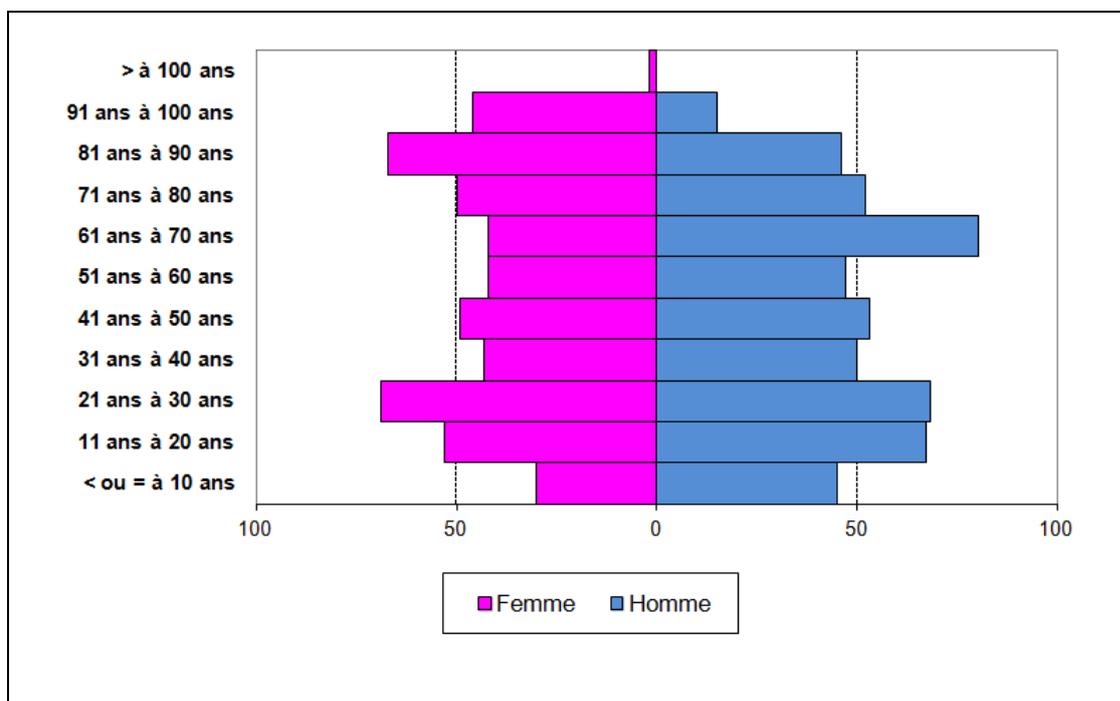


Fig. 8. Pyramide des âges

Parmi les 1016 patients inclus, 672 (soit 66%) ont déclaré un MT.

Tab. III. Médecin traitant déclaré par tranche d'âge (n = 672)

	MT déclaré	% dans la tranche d'âge
< ou = à 10 ans	35	47%
11 ans à 20 ans	63	53%
21 ans à 30 ans	63	46%
31 ans à 40 ans	54	58%
41 ans à 50 ans	64	63%
51 ans à 60 ans	63	71%
61 ans à 70 ans	95	78%
71 ans à 80 ans	83	81%
81 ans à 90 ans	97	86%
91 ans à 100 ans	54	89%
> à 100 ans	1	50%
Total	672	66%

Entre 20 ans et 100 ans la proportion de MT déclarés par tranche d'âge ne cesse de croître pour atteindre un taux de 89% entre 91 et 100 ans.

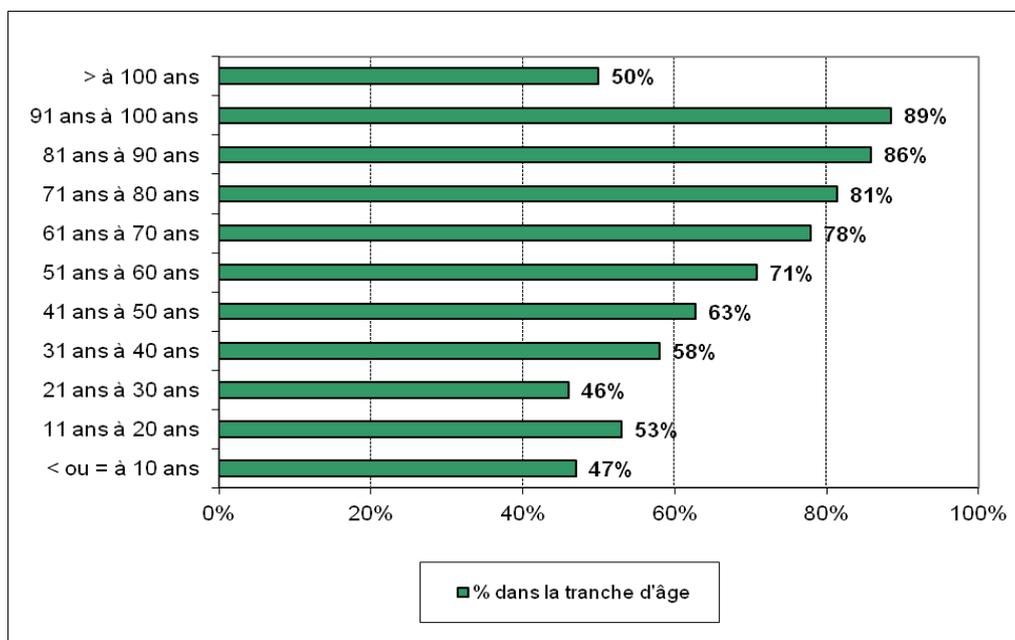


Fig. 9. Médecin traitant déclaré en pourcentage par tranche d'âge

2. CIMU à l'entrée

Tab. IV. Effectifs des CIMU à l'entrée par tranche d'âge (n = 1016)

	Total					
	CIMU 1	CIMU 2	CIMU 3	CIMU 4	CIMU 5	NR
< ou = à 10 ans	0	0	3	37	34	1
11 ans à 20 ans	0	4	11	60	37	8
21 ans à 30 ans	1	0	27	61	45	3
31 ans à 40 ans	1	7	21	39	20	5
41 ans à 50 ans	0	4	36	36	22	4
51 ans à 60 ans	1	10	16	36	20	6
61 ans à 70 ans	2	9	50	41	15	5
71 ans à 80 ans	0	7	60	23	8	4
81 ans à 90 ans	0	15	60	26	11	1
91 ans à 100 ans	1	8	35	9	5	3
> à 100 ans	0	0	1	1	0	0
Total	6	64	320	369	217	40

On dénombre 217 patients CIMU 5, 369 CIMU 4, 320 CIMU 3, 64 CIMU 2, 6 CIMU 1 et enfin 40 CIMU non retrouvées.

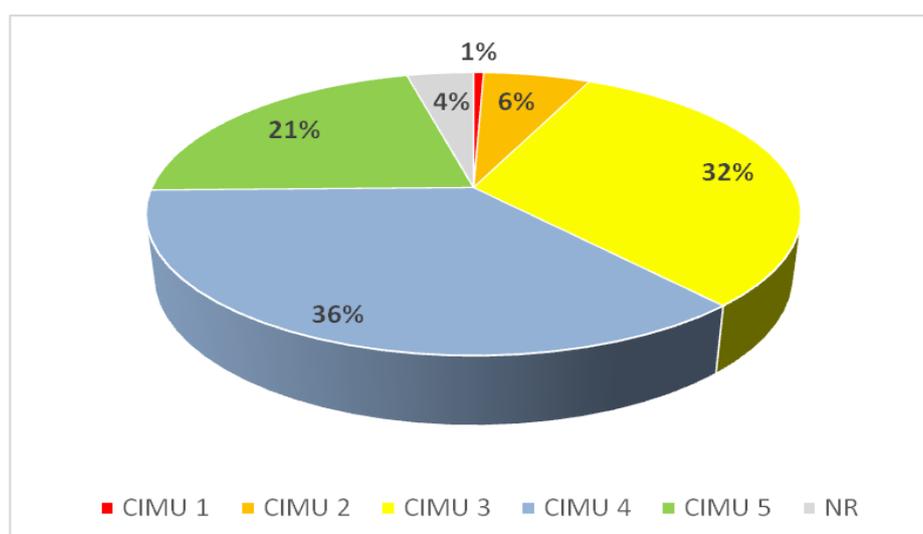


Fig. 10. Répartition des CIMU à l'entrée

Jusqu'à l'âge de 60 ans, les patients triés à l'entrée CIMU 4 ou 5 sont majoritaires. A partir de 60 ans, les patients triés à l'entrée CIMU 3 prédominent.

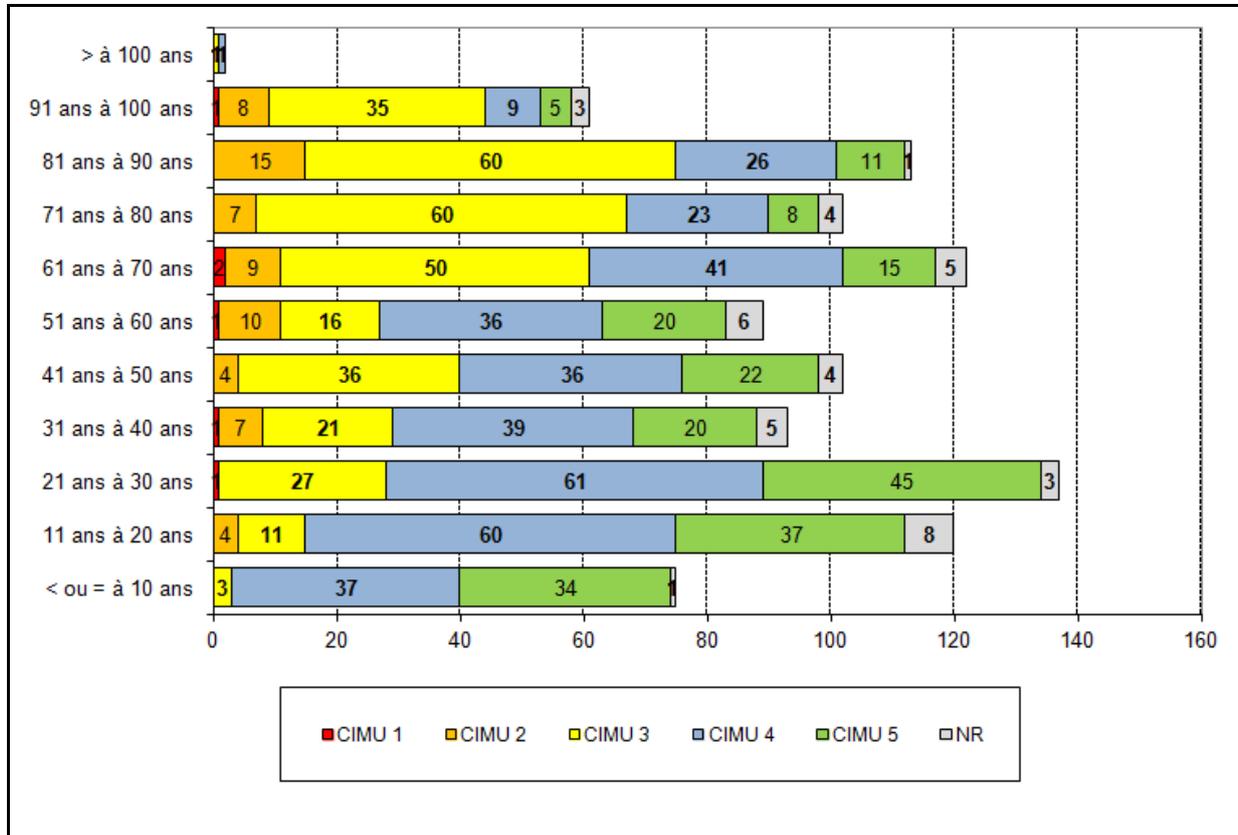


Fig. 11. Répartition des CIMU à l'entrée par tranche d'âge

3. CCMU à la sortie du SAU (cf. annexe n°3)

Tab. V. Effectifs des CCMU de sortie du SAU (n = 1016)

CCMU de sortie	Nombre de patients (n = 1016)
1	246
2	375
3	60
4	4
5	2
NR	329

Malgré le nombre important de CCMU de sortie non renseignée (329), on dénombre 246 (24%) patients classés CCMU 1 qui n'ont donc pas eu d'acte diagnostique ou thérapeutique au sein du SAU.

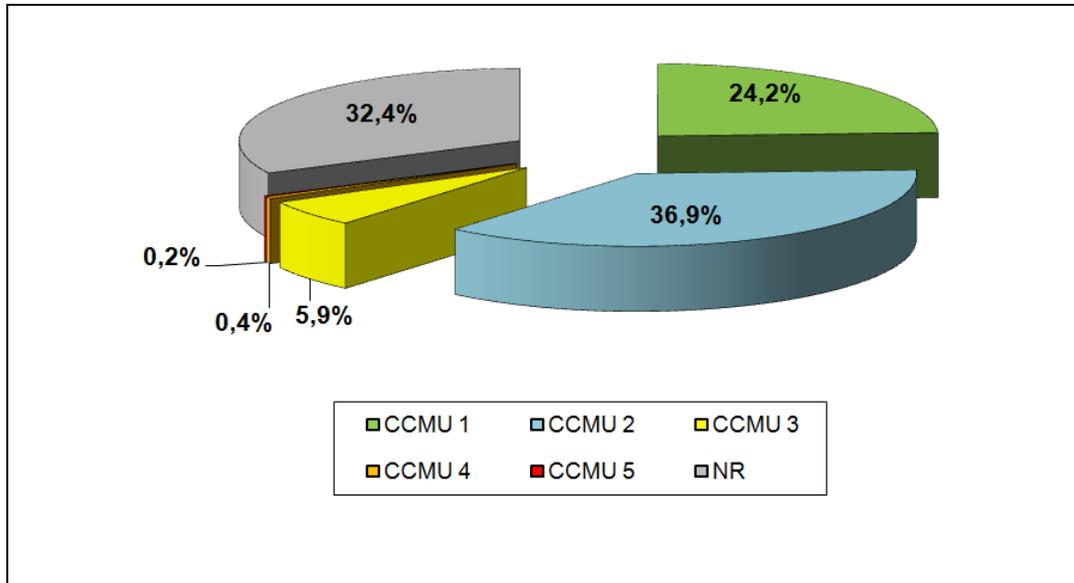


Fig. 12. Répartition des CCMU à la sortie du SAU

4. Mode de sortie des urgences

Tab. VI. Effectifs selon le mode de sortie des urgences (n = 1016)

Mode de sortie	Nombre	%
Décès	11	1%
Fugue / Sortie contre avis médical / Départ avant les soins	18	2%
Hospitalisation au CH Périgueux	277	27%
NR	17	2%
Retour au domicile (RAD)	678	67%
Transfert dans un autre établissement	15	1%

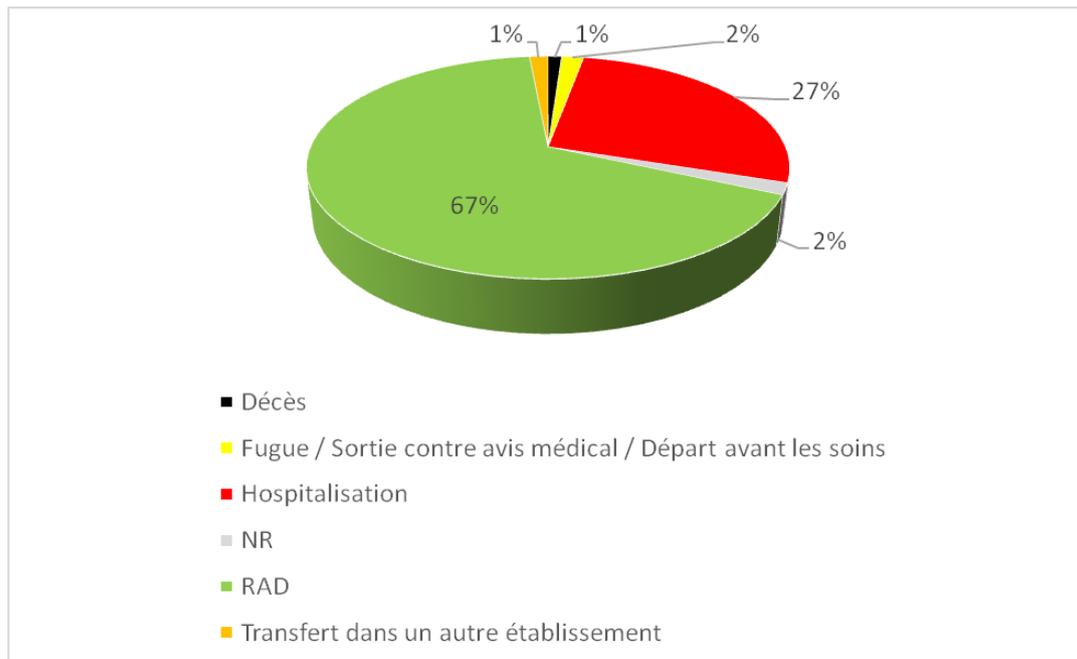


Fig. 13. Répartition des modes de sortie

Sur les 1016 patients ayant consulté aux urgences sur la période d'essai, 678 (67%) sont rentrés à leur domicile avec ou sans examen complémentaire et/ou avis spécialisé.

5. Activité des médecins généralistes pendant les CNP

5.1. Patients vus par les médecins généralistes pendant les CNP

5.1.1 Caractéristiques des patients

Sur les 1016 patients inclus dans l'étude, les médecins généralistes ont pris en charge 102 patients ce qui correspond environ à 10,04 % de l'ensemble des patients et 17, 41 % des patients CIMU 4 et 5 (102 sur 586). La moyenne d'âge est de 41 ans. On dénombre 58 femmes pour 44 hommes. Ces dernières sont majoritaires dans toutes les tranches d'âges, excepté sur la tranche des moins de 10 ans, et sur la tranche d'âge 61 ans-70 ans.

62 patients sur 102 (60,8 %) avaient un MT déclaré.

Parmi ces 102 patients (4,9 %), 5 ont été réorientés vers les urgences dont 2 ont finalement été hospitalisés. Les motifs de consultations étaient les suivants: traumatisme multiple (trié CIMU 3), douleur abdominale (trié CIMU 5), suspicion d'érysipèle de la jambe droite (trié CIMU 3), céphalée (trié CIMU 5) et gonalgie droite spontanée (trié CIMU 4).

Tab. VII. Répartition des patients des CNP par tranche d'âge (n = 102)

	Homme	Femme
< ou = à 10 ans	4	1
11 ans à 20 ans	3	11
21 ans à 30 ans	11	12
31 ans à 40 ans	4	6
41 ans à 50 ans	8	9
51 ans à 60 ans	5	8
61 ans à 70 ans	7	5
71 ans à 80 ans	1	3
81 ans à 90 ans	1	2
91 ans à 100 ans	0	1
Total	44	58

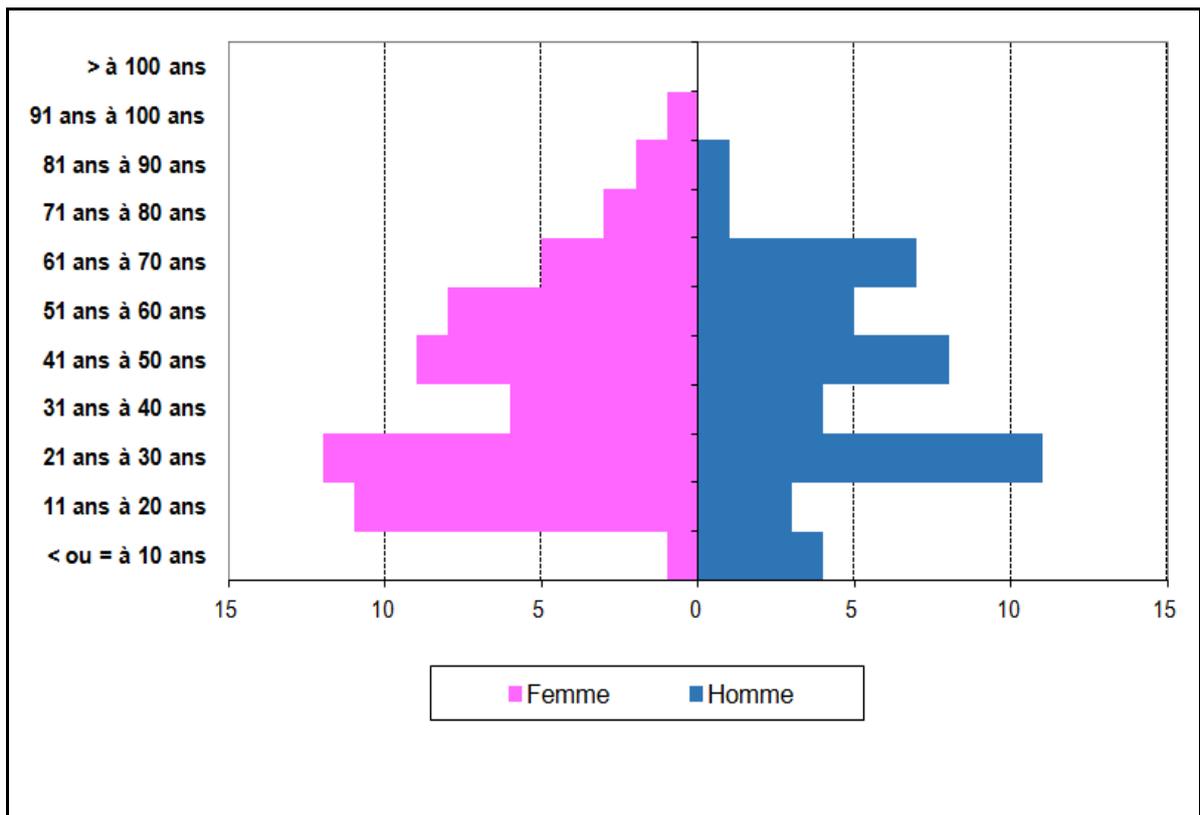


Fig. 14. Pyramide des âges des patients vus aux CNP

5.1.2 Répartition mensuelle des consultations

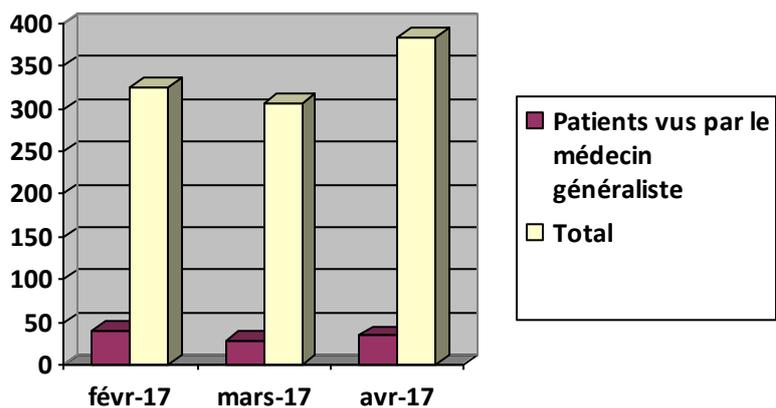


Fig. 15. Activité mensuelle des médecins généralistes

Au cours du mois de février, les médecins généralistes ont vu 39 patients sur 325 (12 % des patients), au mois de mars 29 sur 306 (9,5 % des patients) et en avril, 34 sur 385 (8,8 % des patients).

5.1.3 Répartition par plage de garde

Sur les 3 mois d'essais, 2 plages de garde n'ont pas été pourvues par un médecin généraliste : il s'agit du dimanche 5 février après-midi et du dimanche 30 avril après-midi. Il y a donc eu au total 62 plages de permanence et l'activité des médecins a été très variable.

Au cours d'une même plage de consultations, le médecin généraliste a vu au maximum 8 patients (le dimanche matin 05 Février 2017).

A l'inverse, le nombre de gardes sans voir de patient sur une plage de permanence est de 22 sur 62 (35,5%) au total. Sur ces 22 gardes on dénombre :

- 8 plages du lundi soir
- 6 plages du vendredi soir,
- 4 plages du samedi après-midi et 4 du dimanche après-midi.

En revanche, le médecin généraliste a toujours vu au moins un patient le dimanche matin.

Sur la période d'essai :

- 8 patients sur 102 (7,84 %) auront été vus sur l'ensemble des lundis,
- 16 patients sur l'ensemble des vendredis et 16 sur l'ensemble des dimanches après-midi (15,7 % chacun),
- 24 patients sur 102 ont été vus sur l'ensemble des samedis (23,5 %),
- et enfin 38 patients sur 102 les dimanches matins (37,26 %).

Tab. VIII. Répartition des patients pendant les CNP sur l'ensemble des jours de garde (n = 102)

	Lundis	Vendredis	Samedis	Dimanches matins	Dimanches après-midis	Total
Nombre de patients vus en CNP	8	16	24	38	16	102
Pourcentage	7,84%	15,70%	23,50%	37,26%	15,70%	100%

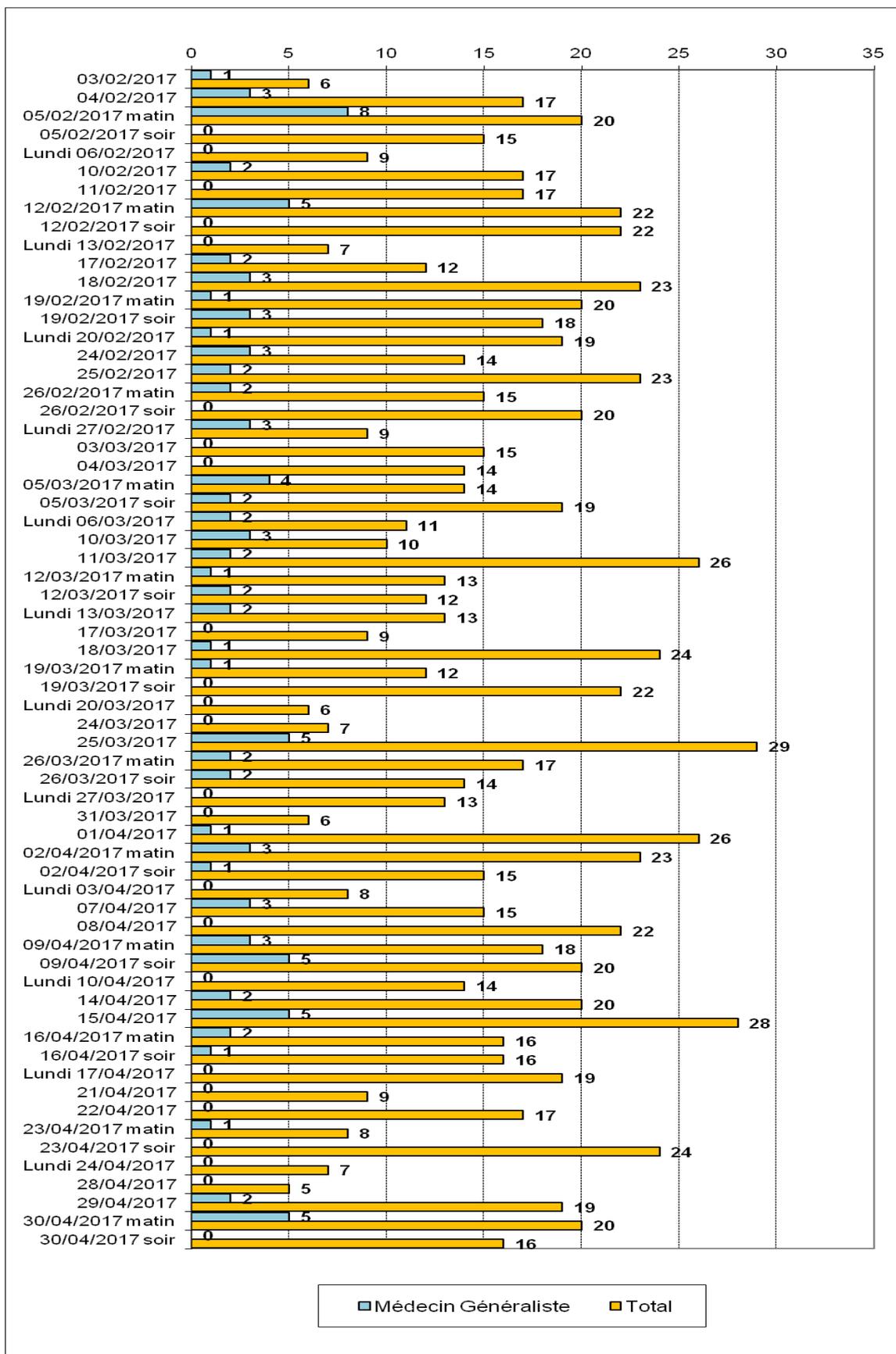


Fig. 16. Nombre de patients vus par les médecins généralistes comparé au total de patients entrés par plage de garde

5.1.4 Répartition par CIMU d'entrée des patients

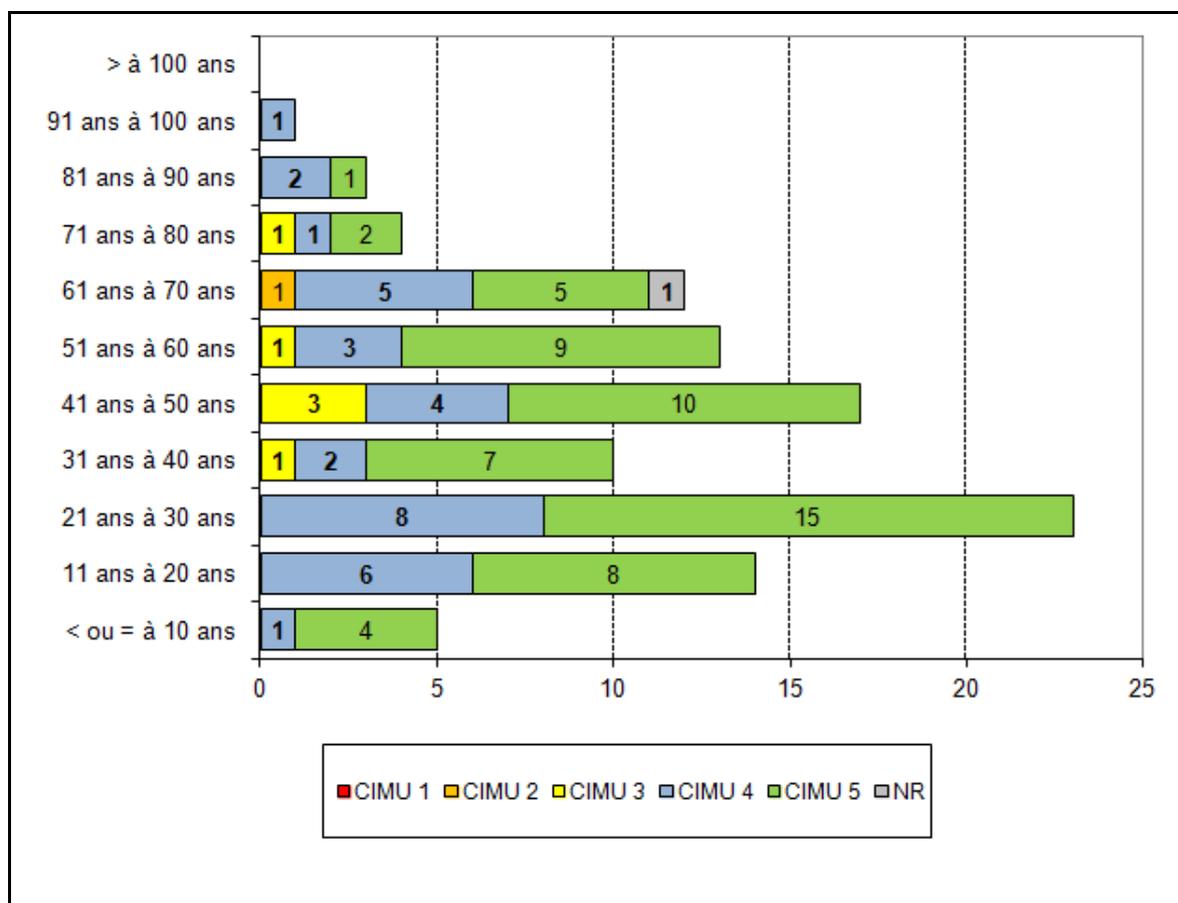


Fig. 17. Répartition des CIMU à l'entrée par tranche d'âge des patients vus aux CNP

Les patients classés CIMU 5 à l'entrée sont au nombre de 61 soit 59,8% des patients vus aux CNP.

Les patients classés CIMU 4 sont moins nombreux avec un total de 33 soit 32 % des patients vus aux CNP.

Les patients classés CIMU 3 sont au nombre de 6.

Un seul patient a été classé CIMU 2 et retrouvé dans la tranche d'âge 61 ans-70 ans.

Enfin, on ne dénombre aucun patient CIMU 1 et il existe un patient dont la CIMU d'entrée n'a pas été renseignée.

Pour les patients classés CIMU 3, les motifs d'entrée étaient les suivants: suspicion d'érysipèle de la jambe droite, douleur épigastrique au 3ème mois de grossesse, méléna, lombalgie gauche, douleur de la fosse iliaque gauche et dyspnée. Le motif d'entrée du patient trié CIMU 2 était : traumatisme multiple.

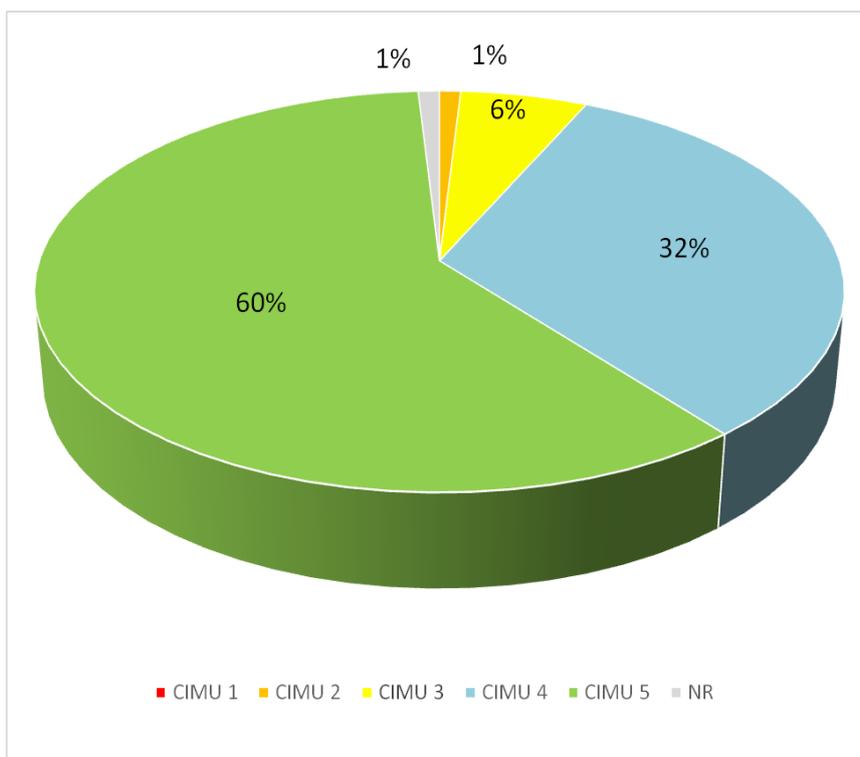


Fig. 18. Répartition des CIMU d'entrée des patients vus en CNP

Les patients triés CIMU 4 et 5 représentent 92 % des patients vus en CNP.

5.2. Ordonnances de sortie, arrêts de travail et autres certificats rédigés pendant les CNP

Tab. IX. Documents délivrés en CNP

	Oui	Total	%
Ordonnances	92	102	90%
Arrêts de travail	2	102	2%
Autres certificats	65	102	64%

Pendant les CNP, les médecins généralistes ont établi 92 ordonnances de sortie et 65 certificats autres (certificats de coups et blessures, dispenses de sport...).

Le faible nombre d'arrêts de travail retrouvé via le logiciel Dx-Care® (2 seulement) est certainement dû au fait d'une part qu'ils sont rédigés de manière manuscrite, contrairement aux ordonnances et autres certificats, et d'autre part, qu'ils ne sont pas systématiquement renseignés dans le dossier informatique par le médecin consultant.

6. Cas particulier des patients ayant bénéficié de soins externes sans examen complémentaire ni avis spécialisé sans être passés par les CNP

6.1. Les motifs de consultation

154 patients sur 1016 ont bénéficié de soins externes aux urgences sans avoir eu d'examen complémentaire ni d'avis spécialisé. Cela correspond à 15,2 % de la population. On compte 37 motifs de consultation différents. Les 3 plus fréquemment retrouvés relèvent tous et de loin de la traumatologie (et petite chirurgie).

On dénombre notamment:

- 40 patients consultant pour des plaies (26%),
- 25 pour traumatisme de membre avec ou sans impotence fonctionnelle (16,2%),
- 15 pour Traumatisme Crânien (TC) sans Perte de Connaissance (PC) (9,75%).

Tab. X. Classement des patients par motif de consultation, vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé (n = 154)

Catégorie / Motif (CIMU)	Nombre de patients
Cardiologie	3
Malaise (3)	2
OMI bilatéral (3)	1
Dermatologie	3
Erythème étendu / prurit (3)	2
Affection cutanée limitée (5)	1
Hépto-gastro-entérologie	6
Douleur abdominale (3)	4
Crise hémorroïdaires (4)	2
Gyneco	3
Douleur pelvienne (4*)	3
Neurologie	2
Céphalée (3)	2
Psychiatrie	1
Angoisse (5*)	1
Divers	13
Transfert SAMU (1)	1
Problèmes techniques (plâtre, post-opératoire, cathéter sus-pubien...) (4*)	6
Douleur intense (2)	1
Adressé par MT (NR)	5
Pneumologie	1
Dyspnée (3)	1
Ophtalmologie	7
Corps étranger (4*)	4
Inflammation (5*)	3
ORL / Stomatologie	8
Epistaxis (4)	2
Vertiges (4)	3
Otalgie (NR)	1
Angine (5)	1
Douleur dentaire (5)	1
Rhumatologie	8
Cervicalgie (5)	1
Lombalgie (5)	5
Douleur articulaire (5)	2
Toxicologie	2
Ebriété / Ivresse (4*)	2
Traumatologie	95
Traumatisme facial (2)	5
Traumatisme multiple (1)	1
Traumatisme rachidien (2)	1
TC sans PC (4*)	15
TC avec PC (3)	2
Traumatisme de membre avec impotence (4*)	16
Traumatisme de membre sans impotence (5*)	9
Plaie superficielle et profonde (4*)	40
Brûlure (5*)	2
Electrisation (3)	1
Corps étranger sous cutané (4*)	3
Uro-Néphrologie	2
Anurie (3)	1
Traumatisme testiculaire (4*)	1

6.2. Etude par CIMU d'entrée

Parmi les 154 patients on retrouve :

- 26 patients triés CIMU 5 (dont 15 exclusions de la PDS),
- 97 patients triés CIMU 4 (dont 90 exclusions de la PDS),
- 16 patients triés CIMU 3,
- 7 patients triés CIMU 2,
- 2 patients triés CIMU 1,
- et 6 patients NR.

Les patients triés CIMU 4 et 5 à l'entrée représentent donc 79,8 % (123 sur 154) des patients vus par les urgentistes, rentrés à leur domicile sans avis spécialisé ni examen complémentaire.

6.3. Répartition par appareil

La traumatologie représente une part importante des patients rentrés à leur domicile sans acte diagnostique ou thérapeutique. Elle représente 95 patients sur 154 soit 62%. Viennent ensuite les motifs divers qui concernent 13 patients soit 8% puis la rhumatologie et l'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) avec 8 patients soit 5%.

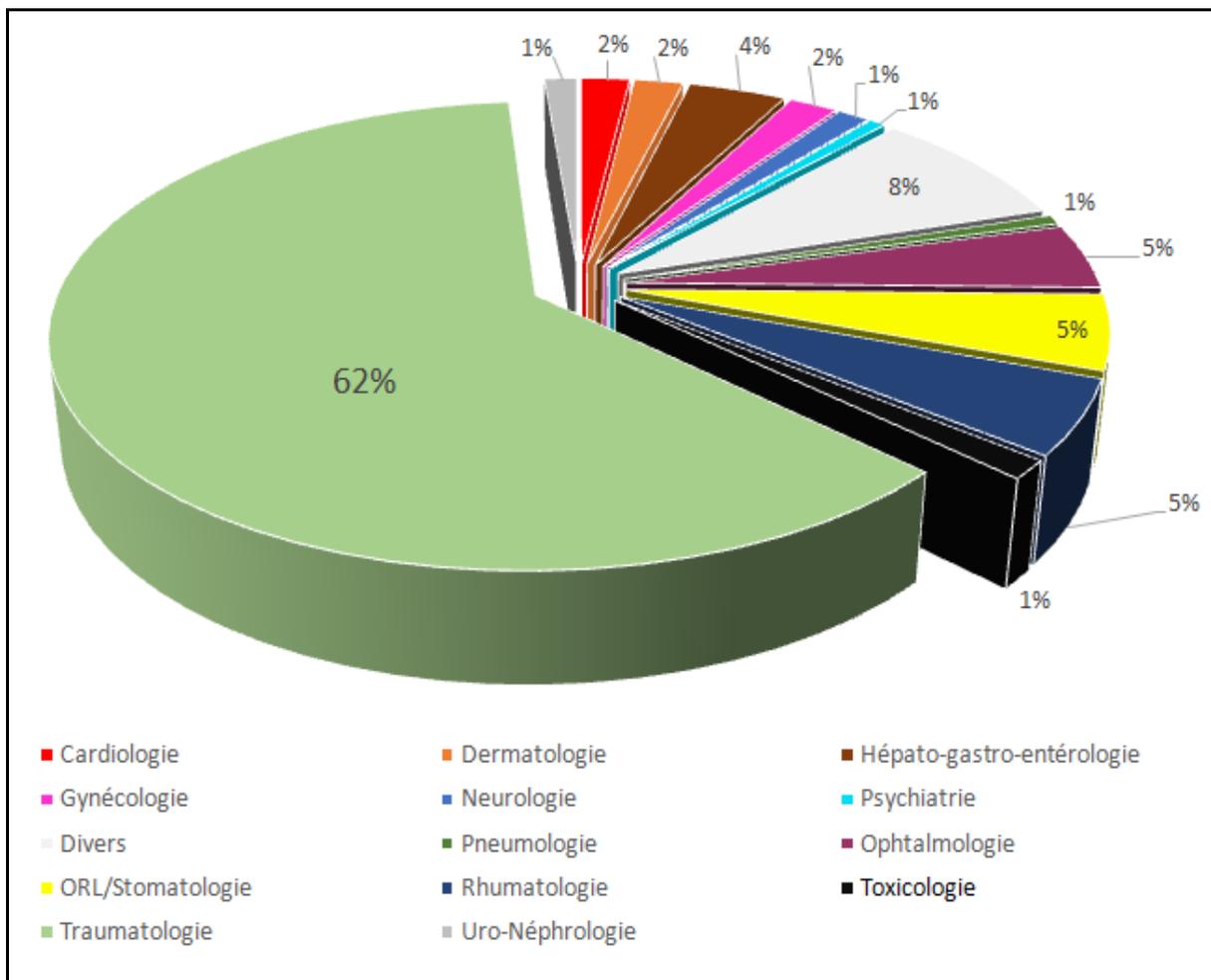


Fig. 19. Répartition par appareil des patients vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé

PARTIE IV: Discussion

1. Faiblesses de l'étude

Cette étude observationnelle et mono centrée présente plusieurs biais.

Tout d'abord, cette étude a été menée sur une période limitée dans le temps de février à avril 2017. Cela entraîne très probablement un biais dans la sélection des patients. On peut supposer que cette étude, menée sur une période plus longue incluant notamment les mois d'été, aurait donné des résultats différents. Rappelons en effet que la Dordogne est un département touristique et que le nombre de patients n'ayant pas de médecin traitant à proximité augmente sur les périodes de vacances.

Par ailleurs, la fiabilité des données collectées à partir du logiciel informatique de l'hôpital peut également être discutée. En effet, suivant les jours et selon les médecins présents, les dossiers ne sont pas renseignés ni complétés de manière similaire dans le logiciel. Ainsi par exemple, on retrouve un grand nombre de CCMU non renseignées par les urgentistes ou encore un nombre très faible d'arrêts de travail rédigés par les médecins généralistes pendant les CNP.

Une autre faiblesse de l'étude vient de la succession de différents IAO et médecins généralistes suivant les gardes. On constate que l'on retrouve des patients vus par les urgentistes alors qu'ils ne présentaient pas d'exclusion aux CNP et inversement, certains patients classés CIMU 2 ou 3 par l'IAO ont été vus en CNP alors qu'ils n'auraient pas dû l'être. Même si les patients sont triés à l'aide de paramètres cliniques objectifs et d'une grille de tri précise, on se rend compte que le niveau d'expérience des IAO et des médecins généralistes influe sur l'orientation des patients et peut ainsi donner un biais de sélection.

Enfin, deux plages de CNP n'ont pas été assurées par les médecins généralistes pendant la période d'essai. Il faut garder à l'esprit cette information lors de la lecture et l'interprétation des résultats. En effet, cela a probablement eu pour conséquence de rehausser l'estimation du nombre de patients qui auraient pu être dirigés vers les CNP alors qu'ils ont finalement été orientés vers les urgences par l'IAO.

2. Forces de l'étude

2.1. Une organisation novatrice de la PDS

La force majeure de cette étude est qu'elle évalue l'activité des médecins généralistes s'exerçant dans un système d'organisation originale de la PDS. Elle repose sur une collaboration entre les médecins libéraux de ville et les urgentistes de l'hôpital. A ce jour, nous n'avons pas trouvé dans la région ce même type d'organisation qui essaie de répondre à la fois à la demande de soins non programmés exprimée par les patients et à la suractivité d'un SAU. En comparaison à Bergerac, dans l'autre grand CH du département, le choix s'est porté sur une Maison Médicale de Garde (MMG) organisée par une trentaine de médecins libéraux des communes bergeracoises. Les locaux sont situés à proximité des urgences avec des horaires semblables aux CNP de Périgueux : le vendredi de 20h00 à 00h00, le samedi de 13h00 à 00h00, le dimanche et les jours fériés de 8h00 à 00h00 (21).

2.2. Un nombre élevé de patients inclus dans l'étude

Bien que l'étude ait été menée dans un seul centre et sur une durée limitée dans le temps, le nombre de patients inclus est important (1016). Ceci peut s'expliquer par le fait que cette étude a été conduite au sein d'un Service d'Urgence d'un CH, lieu de fort passage, qui plus est dans un département où le manque de médecins est significatif et en constante progression.

La population est plutôt bien représentée en termes d'âge et de sexe : la pyramide des âges est étendue allant de 3 mois à 103 ans avec une répartition de 51 % d'hommes et 49 % de femmes (fig.7 et 8 p 36-37).

La moyenne d'âge est de 49 ans et elle est plus élevée que dans le département (45,9 ans).

Enfin, la proportion de patients âgés de plus de 60 ans dans la population de l'étude est importante (39,37 %) en comparaison avec la même tranche d'âge de la population de Dordogne qui est de 34,2 % (13).

On observe qu'au niveau national en 2014, le taux d'hospitalisations dans les services d'urgences des structures publiques augmente progressivement avec l'âge

des patients. Ce taux est de 30 % dans la tranche 55 ans-65 ans pour même dépasser la barre des 50 % à partir de 75 ans (22).

2.3. Des propositions d'amélioration

Le 2^{ème} point fort de cette étude est qu'en plus de décrire l'activité des médecins généralistes pendant l'étude, des pistes d'amélioration de l'organisation des CNP peuvent être dégagées et développées.

Ces adaptations vont porter sur :

- un élargissement de la grille de tri à l'accueil permettant à un plus grand nombre de patients consultant au SAU d'avoir accès aux CNP,
- un affinement des jours et plages horaires de présence des médecins généralistes au SAU,
- une ouverture aux CNP de pédiatrie.

3. Résultats principaux

3.1. Des patients bien orientés vers les CNP

Parmi les 102 patients vus pendant la période d'essai, 97 ont pu rentrer à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé. Cela correspond à 95,1 % des patients.

Sur les 5 patients réorientés vers les urgences, 2 ont finalement été hospitalisés (2 %).

On peut donc conclure que globalement, les patients dirigés vers les CNP ont été correctement triés par l'IAO.

3.2. Mais une faible activité en regard de la population totale

Contrairement aux attentes suscitées par ce dispositif et aux résultats attendus, compte tenu de la surcharge de travail du SAU, les médecins généralistes ont eu une activité assez réduite en moyenne sur l'ensemble de leurs gardes (au nombre de 62).

En effet, les médecins n'ont vu aucun patient lors de 22 gardes soit 35,5 % de leur temps (fig.16 p46).

Les patients triés CIMU 4 et 5 représentaient 92 % de l'ensemble des patients vus pendant les CNP. Par conséquent, 8 % des patients vus en CNP ont été triés CIMU 3 ou 2 et n'auraient pas dû être orientés vers le généraliste de garde. Cela confirme que la qualité du tri des patients à l'entrée et le choix de l'orientation sont dépendants du niveau d'expérience de l'IAO et du médecin généraliste consultant.

Malgré un taux d'hospitalisations durant la période d'essai de 27% bien inférieur à l'année 2016 (38,1%) (fig.13 p42 et tab. I p29), mais supérieur au taux de 19 % mentionné dans la littérature au niveau national (23), les médecins généralistes n'ont pris en charge que 102 patients sur les 1016 inclus pendant la période d'essai ce qui ne représente que 10,04 % des patients.

Enfin, si l'on retire les 5 patients finalement réorientés vers les urgences, le pourcentage tombe même en dessous des 10% (9,55%). Ce taux d'environ 10 % confirme le résultat d'un travail de thèse qui a été mené au SAU du Centre Hospitalier Universitaire et à la MMG de SOS médecin de Besançon et qui avait estimé à 10 % les patients se présentant au SAU pouvant être orientés vers la MMG (24).

L'activité la plus importante a été enregistrée en février, le premier mois d'essai, avec 12% des patients vus. L'activité a ensuite chuté les 2 mois suivants avec 9,5% des patients vus en mars puis 8,8% en avril (fig.15 p44). Finalement, et malgré les craintes de certains médecins généralistes (18) évoquant le risque d'afflux de patients aux urgences par le biais du bouche à oreille, il n'y a pas eu d'effet « d'appel d'air » de personnes consultant au SAU pour des soins non urgents.

Enfin, sur les 102 patients vus en CNP, 60,8% ont déclaré un médecin traitant alors que ce taux était de 66% dans la population totale étudiée.

92 sont repartis avec une ordonnance (90%), 65 sont repartis avec un certificat (64 %) et 2 patients se sont vu délivrer un arrêt de travail (tab. IX p48).

3.3. Une activité plus importante par rapport à la population ciblée initialement

La population visée directement par cette organisation était : les patients venant spontanément aux urgences pour des soins non programmés ne nécessitant ni examen complémentaire ni avis spécialisé. Pour cette raison, il est intéressant d'analyser l'activité des médecins généralistes au regard d'autres critères.

3.3.1 Analyse de l'activité par rapport à tous les patients rentrés à leur domicile

Les patients rentrés à leur domicile avec ou sans examen complémentaire et avis spécialisé sont au nombre de : 678/1016 (67%) (fig.13 p42).

Ainsi rapportée à tous les patients rentrés à leur domicile, l'activité des médecins généralistes est de : 15 % (102/678).

3.3.2 Analyse de l'activité par rapport aux patients classés CCMU 1 à la sortie des urgences

Un patient classé CCMU 1 est un patient qui une fois examiné, voit son état clinique jugé stable et ne nécessite par conséquent pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique au sein même des urgences (cf. annexe 3).

Les patients classés CCMU 1 sont au nombre de : 246/1016 (24,2 %) (fig.12 p41). Ce taux est largement plus élevé que dans les données de la littérature qui évalue à 14 % les patients classés CCMU 1 (23).

Ce rapport de 24 % est toutefois à relativiser car dans les résultats de la classification CCMU de sortie, la proportion de CCMU non renseignée est importante dans l'étude (32,4 %).

Dans ce cas, rapportée à tous les patients rentrés à leur domicile sans examen ni avis spécialisé, l'activité des médecins généralistes est de : 41,5 % (102/246).

3.3.3 Analyse de l'activité par rapport à l'ensemble des patients rentrés à leur domicile sans avoir eu d'examen complémentaire ni d'avis spécialisé

Parmi tous les patients vus par les urgentistes, 154 d'entre eux (dont 123 patients triés CIMU 4 et 5) sont rentrés à leur domicile sans avoir eu d'avis spécialisé ni d'examen complémentaire (tab. X p50).

Si l'on additionne les patients vus en CNP aux 154 examinés aux urgences, on aboutit à 25,22 % de la population de l'étude (256/1016) et 22,1 % (225/1016) si l'on additionne les patients vus en CNP aux 123 patients CIMU 4 ou 5, vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans avis ni examen complémentaire.

Ainsi rapportée à tous les patients rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé, l'activité des médecins généralistes est de 39,8 % (102/256). Elle est de 38,7 % (97/251) si l'on retire les 5 patients réorientés finalement vers les urgences et 44 % (97/220) en ne prenant en compte que les patients CIMU 4 ou 5 à l'entrée et rentrés à leur domicile par la suite.

L'activité des médecins généralistes durant cette période d'essai peut donc être quantifiée à un pourcentage compris entre 38 et 44 % des patients rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé.

4. Des propositions d'amélioration

Nous venons de voir que l'activité des médecins généralistes est estimée à 10,04 % de la population totale consultant aux urgences pendant la période d'essai et entre 38 et 44 % de la population ciblée par les CNP. De plus, 95,1 % des patients vus en CNP ont pu rentrer à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé.

Dans l'ensemble, les patients vus en CNP y ont été correctement orientés mais l'activité des médecins généralistes a été inférieure aux attentes suscitées par la mise en place de ce « circuit court » expérimental.

En vue d'apporter des améliorations à ce dispositif, nous nous sommes également intéressés à l'activité des urgentistes dans leur prise en charge des 154 patients rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé durant l'étude.

4.1. La traumatologie largement majoritaire

Avec 95 patients sur 154, la traumatologie (et petite chirurgie) représente le plus gros du travail des urgentistes (62 %) concernant les patients rentrés à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé (fig.19 p52).

Viennent ensuite les motifs divers (problèmes liés aux plâtres, complications postopératoires, transfert du SAMU, patients adressés par le MT...) représentant 8 % de l'activité seulement (13/154 patients).

Dans l'ordre décroissant, on retrouve ensuite : à égalité la rhumatologie et l'ORL, 5 % de l'activité (8/154 patients) puis l'ophtalmologie avec 5 % de l'activité (7/154 patients), l'hépatogastro-entérologie avec 4 % de l'activité (6/154 patients) puis la cardiologie, la dermatologie et la gynécologie avec 2 % de l'activité (3/154 patients chacun, la neurologie, la toxicologie et l'uro-néphrologie avec 1 % de l'activité (2/154 patients et enfin la psychiatrie et la pneumologie avec 1 % 1/154 patient chacun seulement).

4.2. Un élargissement du champ d'actions du médecin généraliste

Les patients triés CIMU 4 et 5 à l'entrée représentent 79,8 % (123 sur 154) des patients vus par les urgentistes et rentrés à leur domicile sans avis spécialisé ni examen complémentaire.

Afin d'augmenter l'activité des médecins généralistes pendant les CNP, une première solution serait de supprimer les exclusions des patients classés CIMU 4 et 5 au niveau de la traumatologie. En effet, une étude a montré que la traumatologie représente 10 % des recours urgents à la médecine générale (25), il s'agit donc d'un motif fréquent de consultation en cabinet de ville.

Une autre solution pourrait être de supprimer toutes les exclusions des patients classés CIMU 4 et 5, lesquelles ont été décidées initialement de manière arbitraire. Le risque serait alors de voir augmenter le nombre de patients réorientés vers les urgences.

Pour rappel et pour limiter ce risque, le choix d'orienter le patient vers les CNP est double : orientation de l'IAO via les déterminants de la classification CIMU puis accord du médecin généraliste assurant les CNP. De plus, un travail de thèse réalisé sur une plage de consultations de médecine générale libérale qui prend en charge 50 % du flux des patients se présentant au SAU de l'hôpital d'Instruction des Armées Laveran à Marseille a estimé à 12 % les patients réorientés par la suite aux urgences (26), contre 4,9 % dans notre étude.

Aussi, au niveau de la traumatologie, la mise en place de ces 2 propositions aurait permis aux médecins généralistes de voir 85 patients supplémentaires :

- 40 venant pour des plaies,
- 25 pour traumatisme de membre,
- 15 pour TC sans PC,
- 3 pour corps étrangers sous-cutanés,
- 2 pour brûlures.

Appliqué à l'ORL, cela aurait permis aux médecins généralistes de voir 8 patients supplémentaires (dont un patient avec la CIMU NR) :

- 3 pour vertiges,
- 2 pour épistaxis,
- 1 pour angine, 1 pour douleur dentaire et 1 pour une otalgie (CIMU NR).

Etendue à la rhumatologie, cela aurait permis aux médecins généralistes de voir 8 patients supplémentaires également :

- 5 pour lombalgie,
- 2 pour douleur articulaire,

- Et 1 pour cervicalgie.

Au niveau de l'ophtalmologie, cela aurait permis aux médecins généralistes de voir 7 patients supplémentaires :

- 4 pour corps étrangers,
- 3 pour inflammation de l'œil.

Ainsi, si l'on généralise ces nouvelles règles pour toutes les catégories vues par les urgentistes et en maintenant l'exclusion des patients adressés par leur MT (5 patients), les problèmes techniques divers (6 patients) et les patients en état d'ivresse nécessitant souvent une surveillance (2 patients), on peut estimer à 116 (+ 113,7 %) le nombre de patients supplémentaires qui auraient pu être vus en CNP (fourchette haute de projection).

Enfin, si l'on se réfère à la répartition des 15 premiers résultats de consultation des patients pris en charge par les médecins généralistes en France (27), on peut raisonnablement ajouter 2 motifs de consultation fréquemment rencontrés en cabinet de ville mais relevant du niveau 3 de la CIMU :

- douleur abdominale,
- et Fièvre \geq à 40° (état fébrile).

4.3. La réorganisation du bureau médical

Orienter des patients relevant de la petite chirurgie vers les CNP nécessite de libérer de l'espace dans le bureau afin de pouvoir circuler librement autour de la table d'examen. Il faut également s'assurer que le local est régulièrement approvisionné en matériel nécessaire pour la désinfection, l'anesthésie locale et la suture de plaie, et qu'il est possible en cas de besoin de solliciter une aide pour la réalisation de certains gestes. Ceci est particulièrement vrai en traumatologie pédiatrique où le besoin de réassurance est un facteur important et aussi malheureusement parfois quand le recours à la contention est nécessaire. En ce sens, un travail de thèse mené en 2015 sur la pratique de la suture par les médecins généralistes du Maine et Loire a montré que l'âge est un facteur à ne pas négliger. En dessous de 6 ans, il est un facteur limitant la réalisation de la suture en cabinet de ville dans 60,3 % (28).

4.4. Une modification des jours et horaires de présence

Sur les 62 gardes de la période d'essai, 22 fois le médecin généraliste n'a vu aucun patient, soit un taux d'inactivité important de 35,5 %.

Plus du tiers (36 %) de ces gardes « sans patient » concerne le lundi (8 gardes sur 22). Cela représente 66,66 % (8/12) des gardes du lundi. Plus généralement, seuls 7,8 % des patients (8/102) auront été vus le lundi. On peut en déduire que la grande majorité des personnes qui avaient besoin de consulter un médecin généraliste l'ont fait le lundi, en journée, aux horaires d'ouverture des cabinets.

En revanche, presque 1 patient sur 4 (23,5 %) a été vu le samedi (tab. VIII p45). Cela peut en partie s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de cabinets de ville sont fermés le samedi matin sur Périgueux et aux alentours. Ce phénomène qui se généralise pose un souci d'organisation car la PDS ne débute qu'à 12h00 le samedi. Enfin, toutes les gardes du dimanche matin ont permis de voir au moins un patient avec un nombre maximum de 8 patients vus le dimanche matin 5 février.

Au niveau du temps de présence des médecins généralistes, on peut donc proposer de supprimer le créneau du lundi soir de 20h00 à 23h00 (qui n'a rassemblé que 7,8 % des patients de la PDS) tout en maintenant celles du vendredi soir, du samedi après-midi et en élargissant les plages de présence du dimanche matin et après-midi qui représentent environ 53 % des patients vus en CNP (54 patients).

Il serait intéressant d'organiser des plages de présence en journée hors PDS mais cela paraît bien délicat à mettre en œuvre considérant les plannings surchargés des médecins généralistes de ville de Dordogne.

Différentes études réalisées sur ce sujet et retrouvées dans la littérature appuient pourtant cette idée : par exemple au SAU de Laveran en Novembre 2009, les médecins généralistes, présents de 7h30 à 00h00 et 7 jours sur 7 ont pris en charge 50 % du flux des patients venant aux urgences (26). Au Centre Hospitalier d'Orléans, sur une période couvrant Octobre 2013 à Juin 2014, le flux moyen de patients éligibles à une CNP adjacente aux urgences était de 30 patients par jour sur une plage horaire allant de 8h30 à 00h00 avec une moyenne horaire de 1,9 patient entre

8h30 et 18h30 (29). Enfin, une étude menée aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers en 2012 montre que la proportion de patients consultant aux urgences et relevant d'une consultation de médecine générale était de 50 % en journée (30).

D'autres CH ont fait un choix encore différent : à Dreux, les CNP fonctionnent du lundi au vendredi de 17h00 à 23h00, le samedi de 14h00 à 23h00, le dimanche et les jours fériés de 11h00 à 18h00 (31). A Annecy depuis 2010, les CNP sont assurées le samedi de 12h00 à 22h00 et le dimanche et jours fériés de 8h00 à 22h00 (32).

4.5. Une ouverture vers les CNP de pédiatrie

En médecine générale, les enfants de moins de 13 ans représentent 22 % des patients vus « en urgence » dont 90 % d'entre eux consultent pour des problèmes somatiques non traumatiques (25). Jusqu'à 16 ans, les pathologies rencontrées sont à 55,4 % des affections des voies aériennes a priori bénignes (33).

Par ailleurs, un travail de thèse mené en 2011 a montré qu'au CHU de Brest, 40,8 % de la population pédiatrique consultant en urgence aurait pu être prise en charge en libéral sans perte de chance (34).

En février 2014, un autre travail de thèse réalisé aux urgences pédiatriques du CH de Roanne a révélé que les principales motivations de consultation en urgence pour de la pédiatrie sont essentiellement l'indisponibilité du médecin traitant et la persistance des symptômes (35).

Au CH de Périgueux en 2016, le passage annuel aux urgences pédiatriques est de 8950 patients sur 42 021 au total (21,3 %). Cela représente un passage quotidien de 24,5 patients.

Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, il pourrait être intéressant d'ouvrir le dispositif aux CNP de pédiatrie.

5. Synthèse des résultats et perspectives

Contrairement aux attentes suscitées par la mise en place de CNP au SAU du CH de Périgueux pendant la PDS, l'activité des médecins généralistes s'est avérée variable et globalement faible pendant la période d'essai : elle ne représente que 10,04 % de

la population totale ayant consulté aux urgences pendant leur présence entre février et avril 2017. Cela correspond finalement au taux de 10 % retrouvé dans la littérature (24).

Néanmoins, ce pourcentage est à relativiser car si l'on mesure l'activité des médecins généralistes au regard de la population ciblée (patients consultant aux urgences avec retour au domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé), le taux est plus élevé : entre 38 et 44 %.

Ce sentiment d'inactivité ressenti par les médecins généralistes et confirmé par nos résultats a eu raison de leur motivation et a conduit à une démobilisation. En effet, à l'heure de la rédaction de cette thèse, seulement 4 médecins sur les 18 volontaires au départ continuent à assurer des CNP au SAU de Périgueux.

Nous avons vu dans la partie discussion qu'il existe plusieurs axes d'amélioration de la gestion du flux de patients vers les CNP :

- L'élargissement du champ d'actions du médecin généraliste, avec un risque limité à 12 % la proportion de patients réorientés secondairement vers les urgences (26). Dans cette étude, selon nos projections, l'inclusion de tous les patients classés à l'entrée CIMU 4 et 5 aurait permis d'augmenter l'activité de la PDS de 113,7 %,
- La réorganisation du bureau médical pour faciliter la réalisation de certains gestes notamment la suture de l'enfant (28),
- La modification des jours et horaires de présence à l'instar d'autres CH qui présentent des résultats encourageants (26, 29, 30, 31),
- Une ouverture aux CNP de pédiatrie.

Aussi, Il serait intéressant de refaire une nouvelle estimation de l'activité des CNP enrichies de ces quelques adaptations.

L'augmentation croissante de la fréquentation aux urgences du CH de Périgueux depuis 10 ans est bien réelle mais ne suffit pas à elle seule à expliquer la saturation ressentie au SAU.

Le phénomène du vieillissement de la population de la Dordogne avec la problématique de la polypathologie du sujet âgé paraît être un autre facteur de surpopulation au SAU du CH Périgueux.

Sur la période d'essai des CNP, la proportion de patients âgés de 60 ans ou plus est élevée (39,37 %). On observe aussi que cette population est plus souvent hospitalisée après passage aux urgences que les patients ayant moins de 60 ans (22). Par ailleurs dans notre étude, le taux d'hospitalisation (ou transfert vers un autre établissement) est de 28 % ce qui est largement au dessus de la moyenne nationale calculée à 19 % (23).

Enfin en 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) constate que les entrées en hospitalisation des personnes âgées de 80 ans et plus par les urgences représentent en moyenne 41 % des séjours et sont même parfois majoritaires dans certaines régions (36).

Pour ces différentes raisons, l'impact du vieillissement de la population de Dordogne sur l'augmentation de l'activité du SAU du CH Périgueux pourrait à l'avenir faire l'objet d'un travail de thèse.

L'engorgement constaté du SAU de Périgueux est probablement plurifactoriel : il peut s'expliquer par la pénurie de médecins généralistes de plus en plus marquée dans le département, le vieillissement de la population périgourdine et l'augmentation du nombre de consultations non urgentes au SAU.

Résoudre cette problématique de saturation des urgences constitue un enjeu de Santé Publique auquel le CH Périgueux a essayé de répondre en élaborant ce dispositif de CNP au SAU.

Toutefois, on peut regretter que les premiers résultats observés ne soient pas à la hauteur de ceux escomptés.

Au vu des dispositifs déjà mis en place dans d'autres CH et leurs résultats plutôt encourageants, il paraît utile de persévérer dans cette voie en y apportant quelques modifications.

Conclusion

Malgré l'engouement des différents protagonistes impliqués dans l'élaboration et la mise en place de ce dispositif de PDS et les espoirs de désengorger les urgences des CNP relevant de la médecine générale, on constate que l'activité des médecins généralistes a été faible pendant la période d'essai. Sur 1016 patients ayant consulté aux urgences sur les jours et horaires de présence des médecins, seulement 102 ont pu bénéficier de cette organisation. Cela ne représente que 10,04 % des patients.

Cependant, il apparaît possible d'apporter des améliorations à ce dispositif afin que les médecins généralistes consultent plus de patients pendant leurs gardes.

Un premier point consisterait à élargir le champ d'actions du médecin généraliste afin d'orienter plus facilement les patients vers les CNP. Nous avons vu que la traumatologie est un motif principal de consultation aux urgences ne nécessitant ni examen complémentaire ni avis spécialisé. On peut donc envisager d'orienter les patients venant pour de la traumatologie plus facilement vers les médecins généralistes, la traumatologie étant un motif de CNP fréquemment rencontré en cabinet de ville.

Par ailleurs, il serait judicieux de modifier les jours et horaires de présence. Nous avons constaté que 90,6 % des patients ayant consulté aux urgences pendant la période d'essai l'ont fait en dehors des horaires de consultation des médecins généralistes. De plus, d'autres CH français connaissent de meilleurs résultats quand les médecins généralistes sont présents en journée.

Enfin, une autre piste serait d'ouvrir ce dispositif aux CNP de pédiatrie. Les urgences pédiatriques de Périgueux représentent 8950 passages en 2016.

Les résultats mitigés de ce test ne doivent pas être un frein à la volonté d'innover et de proposer de nouvelles solutions qui visent à résoudre le problème de la suractivité observée aux urgences. C'est pourquoi il est nécessaire de persévérer dans cette voie et de refaire, à moyen terme, un bilan d'activité des médecins généralistes afin d'évaluer les effets (bénéfiques ou non) des améliorations apportées au dispositif.

Bibliographie

(1) Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur LA PERMANENCE DES SOINS [Disponible en ligne] : www.lesgeneralistes-csmf.org/IMG/doc-33.pdf
Consulté le 01 février 2017

(2) Ordre National des médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale [Disponible en ligne] : <http://demographie.medecin.fr/demographie>
Consulté le 04 février 2017

(3) SFMU. Le triage en structure des urgences [Disponible en ligne] :
http://www.sfmou.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf
Consulté le 04 février 2017

(4) La permanence et continuité des soins - Permanence et continuité des soins - Ministère des Solidarités et de la Santé [Disponible en ligne] : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
Consulté le 10 août 2017

(5) CNOM - Article 77. Code de déontologie médicale. 2017 avril.

(6) Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.

(7) Code de la santé publique - Article R6315-2. Code de la santé publique.

(8) Code de la santé publique - Article R6315-4. Code de la santé publique.

(9) Code de la santé publique - Article R6315-3. Code de la santé publique.

(10) Code de la santé publique - Article R6315-5. Code de la santé publique.

(11) Agence Régionale de Santé aquitaine-Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires en aquitaine [Disponible en ligne] : http://ordre-medecins-aquitaine.org/upload/pdf/CAHIER%20DES%20CHARGES_PDSA_20_11_2012.pdf
Consulté le 03 octobre 2017

(12) Âge moyen et âge médian de la population en 2017 | Insee [Disponible en ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>

Consulté le 19 septembre 2017

(13) La Dordogne à grands traits - Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 21

[Disponible en ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908478>

Consulté le 13 août 2017

(14) Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Disponible en ligne] :

https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;s=2017;i=demo_gen_tot.mg_act_regul;sid=22;v=map2;l=fr

Consulté le 13 septembre 2017

(15) ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 -

[atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf](#) [Disponible en ligne] :

<https://www.conseil->

[national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)

Consulté le 13 août 2017

(16) Centre Hospitalier de Périgueux - Service Département de médecine d'urgence

[Disponible en ligne] : [http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-](http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16)

[29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16](http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16)

[29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16](http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16)

Consulté le 11 septembre 2017

(17) Chourreau T, Gautron M, Jervaise D. Projet médical partagé - GHT 24 - Filière

Urgences. 2017 mai ; p 6.

(18) Kaskas GA. Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de

consultations non programmées au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux. Thèse

de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.

(19) SudOuest.fr : Périgueux : des médecins généralistes bientôt aux urgences

[Disponible en ligne] : [http://www.sudouest.fr/2017/01/23/des-medecins-generalistes-](http://www.sudouest.fr/2017/01/23/des-medecins-generalistes-bientot-aux-urgences-3129357-1980.php)

[bientot-aux-urgences-3129357-1980.php](http://www.sudouest.fr/2017/01/23/des-medecins-generalistes-bientot-aux-urgences-3129357-1980.php)

Consulté le 23 septembre 2017

(20) triage-urgence.com-Historique CIMU [Disponible en ligne] : http://www.triage-urgence.com/historique_cimu.php?PHPSESSID=bb0474d5edf6d2f4c7abc339d1435f52

Consulté le 03 octobre 2017

(21) Maison médicale de garde - CH Bergerac [Disponible en ligne] : <http://www.ch-bergerac.fr/patients-visiteurs/trouvez-votre-service/maison-medicale-de-garde-347.html>

Consulté le 21 septembre 2017

(22) DREES. Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé [Disponible sur internet] : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er997.pdf>

Consulté le 24 septembre 2017

(23) DREES. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale [Disponible sur internet]: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf

Consulté le 24 septembre 2017

(24) Noreille F. Evaluation des flux entre le Service d'Accueil des Urgences du CHRU et la Maison Médicale de Garde de SOS Médecins à Besançon dans le cadre de la convention. Thèse de médecine. Université de Franche-Comté ; 2014.

(25) DREES. Les urgences en médecine générale [Disponible en ligne] : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>

Consulté le 23 septembre 2017

(26) Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients des urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours. Thèse de médecine. Université de Marseille; 2010, p 42.

(27) Bhend H. L'observatoire de la médecine générale. PrimaryCare ; 2009;2:41-45.

(28) Gobin F. Les sutures par les médecins généralistes du Maine et Loire. Etude des facteurs influençant leur réalisation. Thèse de médecine. Université d'Angers; 2016.

(29) Nesrine N. La création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences : une réponse complémentaire aux demandes de consultations non programmées ? Evaluation rétrospective aux urgences d'Orléans. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Tours ; 2014.

(30) Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2013.

(31) Consultations non programmées - Centre Hospitalier de Dreux [Disponible en ligne]: <http://www.ch-dreux.fr/Consultations-non-programmees/2/73>
Consulté le 25 septembre 2017

(32) Maison médicale de garde | CH Annecy Genevois [Disponible en ligne] :
<http://www.ch-annecygenevois.fr/fr/services/maison-medicale-de-garde>
Consulté le 11 octobre 2017

(33) DREES. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites [Disponible en ligne] : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
Consulté le 25 septembre 2017

(34) Tobie-Gueguen MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest. Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. Thèse de médecine. Université de Brest-Bretagne Occidentale; 2012.

(35) Ahattab A. Parcours et motivations de recours spontanés aux urgences pédiatriques au centre hospitalier de ROANNE. Thèse de médecine. Université Claude Bernard-Lyon 1; 2015.

(36) HAS. Note méthodologique polypathologie de la personne âgée [Disponible en ligne] : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
Consulté le 09 octobre 2017

Annexes

Annexe n°1 : Déterminants de l'échelle CIMU avec les exclusions signalées par *

Cardiologie	CIMU	Maladies infectieuses	CIMU
Fréquence cardiaque ≥ 180 / min	1	Méningite	2
TA systolique < 75 mmHg	1	Hypothermie < 32°C	2
TA systolique 90-75 mmHg	2	Hypothermie < 35,5°C	3
Douleur thoracique (ECG pathologique: avis sénior)	1	Fièvre ≥ 40°C	3
FC entre 141-180 / min	2	Fièvre ≥ 39°C et comorbidité ou voyage à risque	3
FC entre 120-140 / min	3	Risque contamination VIH	5*
FC < 40 / min	2	Adénopathie	5
FC entre 50-40 / min	3	Pneumologie	
HTA ≥ 220 mmHg + troubles associés	2	Détresse majeure: FR > 40 / min et signes de lutte	1
HTA ≥ 200 mmHg	3	Apnée ou FR < 8 / min	1
Ischémie aigue de membre	2	Hypoxie majeure avec sat O2 < 85 %	1
Douleur thoracique (ECG non pathologique)	2	Dyspnée: Peak Flow < 150 (suspicion d'asthme)	2
Phlébite (suspicion)	3	Dyspnée: FR entre 32 et 40 / min	2
Malaise ou PC	3	Dyspnée: FR < 32	3
Oedème isolé bilatéral des membres inferieurs	3	Hypoxie avec sat O2 90-85 %	2
Edème membre(s) inférieur(s)	4	Hypoxie avec sat O2 94-91 %	3
Palpitations sans malaise	4	Hémoptysie avec caillots	2
HTA < 200 mmHg	5	Hémoptysie avec crachats	3
Dermatologie		Embolie (suspicion)	3
Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion)	3	Pneumopathie	3
Erythème étendu	3	Douleur latéro-thoracique	3
Affection vénérienne	5	Dyspnée: Peak Flow ≥ 150 (suspicion asthme)	3
Affection cutanée ou muqueuse limitée	5	Toux +/- crachats	5
Endocrin-métabolisme		Ophthalmologie	
Glycémie ≥ 6g/L et cétonurie ++	2	Perte de la vision	2
Glycémie > 6g/L et cétonurie + ou 0	3	Trouble visuel	3
Anomalie métabolique (prévenir sénior): (hypo/hyper : kaliémie, Natrémie, Calcémie)	3	Corps étranger œil / paupière	4*
Altération de l'état général et comorbidité (insuffisance cardiaque, démence, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale)	3	Inflammation	5*
Hypoglycémie sans trouble de la vigilance	4*	ORL-Stomatologie	
Hypoglycémie avec trouble de la vigilance	3	Trouble de l'audition	3
Glycémie entre 3 et 4 g/L	4*	Perte de l'audition	2
Altération de l'état général sans comorbidité (placement, absence de l'aident)	5*	Epistaxis ou gingivorragie	4
Gastro-entérologie		Vertige	4
Hémorragie digestive (hématémèse, méléna, rectorragie) + hypo TA	2	Angine, odynophagie, tuméfaction ORL, rhinite	5
Hémorragie digestive avec TA stable	3	Douleur dentaire	5
Occlusion intestinale	3	Rhumatologie (non traumatique)	
Appendicite (suspicion)	3	Sciatgie et autres névralgies	4
Ictère	3	Arthrite ou gonflement (péri) articulaire	4
Ascite	3	Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)	5
Douleur abdominale	3	Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie	5
Corps étranger ingéré ou rectal	4*	Pathologie podologique chronique	5
Constipation ou diarrhée	5	Toxicologie	
Nausée ou vomissements	4	Intoxication (prévenir sénior)	3
Dysphagie ou hoquet	5	Ebriété, ivresse (suspicion)	4*
Crise hémorroïdaire	4	Traumatologie	
Gynécologie		Multitraumatisme violent	1
Hémorragie gynécologique	3	Traumatisme violent: face, cou, rachis, thorax, abdominal	2
Menace d'accouchement	3	Traumatisme violent de membre avec ischémie	2
Douleur pelvienne	4*	Traumatisme violent de membre sans ischémie	3
Hématologie		TC sans PC	4*
Leucopénie < 1000 PNN avec fièvre	2	TC avec PC + contusion	2
Leucopénie < 1000 PNN sans fièvre	3	TC avec PC sans contusion	3
Anémie Hb ≤ 8g/dL avec symptôme relié	2	Traumatisme de membre avec impotence	4*
Anémie Hb ≤ 8g/dL sans symptôme relié	3	Traumatisme de membre sans impotence	5*
Thrombopénie < 50000 avec symptôme	2	Plaie délabrante avec amputation	1
Thrombopénie < 50000 sans symptôme	3	Plaie délabrante sans amputation	2
Neurologie		Plaie superficielle: cou, thorax ou abdomen	3
Coma profond Glasgow < 8	1	Plaie profonde: cou, thorax ou abdomen	2
Coma Galsgow entre 9-12 ou > 12 avec fièvre	2	Plaie superficielle et profonde	4*
Déficit sensitif ou moteur > 4h30	4*	Plaie, érosion cutanée, abrasion	5
Déficit sensitif ou moteur < 4h30 (prévenir sénior)	2	Brûlure > 10 % / profonde / visage ou main	2
Convulsions récentes	3	Brûlure superficielle 5-10 %	4*
Convulsions en cours	2	Brûlure superficielle < 5 %	5*
Confusion mentale / trouble de la vigilance / Glasgow ≥ 12	3	Collection abcédée ou hématique	4*
Céphalée brutale inhabituelle	3	Corps étranger sous-cutané	5*
Céphalée ≥ 24h	4	Electrisation	3
Psychiatrie		Uro-néphrologie	
Agitation violente	3	Douleur aigue torsion testiculaire (suspicion)	2
Trouble psy calme	4*	Douleur aigue de bourse	3
Angoisse	5*	Rétention aigue d'urine ou anurie	3
Divers		Pyélonéphrite (suspicion)	3
Transfert SAMU	1	Colique néphrétique (suspicion)	3
Problème technique (plâtre, sonde...)	4*	Hématurie macroscopique	3
Autre problème (renouvellement d'ordonnance...)	5	Traumatisme OGE, priapisme	4*
Douleur intense	2	Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement	5

Annexe n°2 : Bureau médical dédié à la PDS au sein du SAU du Centre Hospitalier de Périgueux



Annexe n°3 : Classification Clinique des Malades des Urgences

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

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

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :
- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

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

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

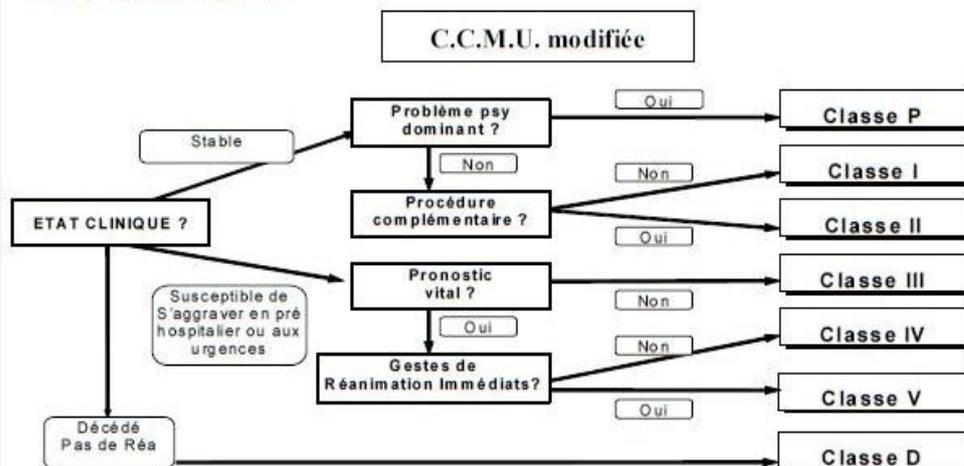
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

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

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

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

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



Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, Hématocrite par micro méthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

Abstract

Evaluation of the system of unscheduled consultations provided by the general practitioners at the Emergency Reception Service at the Hospital Center of Périgueux

Introduction: Non Programmed Consultations (NPCs) at the Emergency Department of the Hospital Center (HC) of Périgueux were entrusted to the general practitioners in town during the hours of Permanence of Care (PC). The aim is to respond to the constantly increasing activity in the emergencies.

Methods: This retrospective, mono-centric, observational, descriptive and cross-sectional study was conducted between february 2017 and april 2017. The objective is to describe the activity of the general practitioners during NPCs and to determine the proportion of patients who could have benefited from this offer of care, among all those who consulted spontaneously in the emergency department during this period.

Results: 1016 patients were included, and among them, 102 (10.04%) were reoriented from the hospital to the general practitioner providing NPCs. Among these 102 patients, 97 (95.1%) were able to return home without further examination or expert advice. The general practitioners' activity was zero 22 times out of 62 guards (35.5% of the time). Over the same period, 154 patients were seen by the emergency department and returned to their homes without examination or expert advice. Trauma represents a large majority of their activity (62%). The ENT symptoms and rheumatology represent 10%.

Conclusion: General practitioners' activity was below expectations. However, it can be assumed that by widening their scope, it is possible to improve this system. With adjustments, the NPCs of general practitioners in emergency departments can become one of the solutions that will respond to the overactivity observed in the emergency rooms of the HC Périgueux. It is estimated that 116 (+ 113,7%) is the number of additional patients who could have been seen at NPCs.

Keywords: Non-Scheduled Consultation, Emergency Department, Continuity of Care, Short Track, Patient Flow Management, Emergency Overcrowding.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Evaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24)

Introduction : Des Consultations Non Programmées (CNP) aux urgences du Centre Hospitalier (CH) de Périgueux ont été confiées aux médecins généralistes de ville pendant les horaires de Permanence De Soins (PDS). Le but est de répondre à l'activité en progression constante observée au niveau des urgences.

Méthode : Cette étude rétrospective, mono centrique, observationnelle, descriptive et transversale s'est déroulée entre février 2017 à avril 2017. L'objectif est de décrire l'activité des médecins généralistes pendant les CNP et de déterminer quelle est la proportion de patients qui aurait pu bénéficier de cette offre de soin, parmi tous ceux qui ont consulté spontanément aux urgences durant cette période.

Résultats : 1016 patients ont été inclus dont 102 (10,04 %) ont été réorientés depuis l'accueil vers le médecin généraliste assurant les CNP. Sur ces 102 patients, 97 (95,1 %) ont pu rentrer à leur domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé. L'activité des médecins généralistes a été nulle 22 fois sur 62 gardes (35,5 % du temps). Sur la même période, 154 patients ont été vus par les urgences et rentrés à leur domicile sans examen ni avis spécialisé. La traumatologie représente une forte majorité de leur activité (62 %). Les symptômes ORL et de rhumatologie représentent 10 % à eux 2. On estime à 116 (+ 113,7 %) le nombre de patients supplémentaires qui auraient pu être vus aux CNP.

Conclusion : L'activité des médecins généralistes a été inférieure aux attentes. Cependant, on peut supposer qu'en élargissant leur domaine d'actions, il est possible d'améliorer ce dispositif. Avec des ajustements, les CNP de médecins généralistes aux urgences peuvent devenir une des solutions qui permettra de répondre à la suractivité constatée aux urgences du CH Périgueux.

Discipline : Médecine Générale

Mots-Clés : Consultation Non Programmée, Service d'Accueil des Urgences, Permanence De Soins, Filière courte, Gestion des flux de patients, Engorgement des urgences.

UNIVERSITE DE BORDEAUX