



HAL
open science

Acceptation et limites de la réorientation des patients “ non urgents ” se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale

Jérémie Vaillant

► To cite this version:

Jérémie Vaillant. Acceptation et limites de la réorientation des patients “ non urgents ” se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02521866

HAL Id: dumas-02521866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02521866>

Submitted on 27 Mar 2020

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020

N° 14

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2020

Par Jérémie VAILLANT, né le 06 mars 1987 à Drancy (93)

Acceptation et limites de la réorientation des patients « non urgents » se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale.

Directeur de thèse

Monsieur le Dr Paul Antoine ROZIER

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Juge et rapporteur
Monsieur le Docteur Marco ROMERO	Juge
Monsieur le Docteur Guillaume VALDENAIRE	Juge

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean Philippe Joseph

Professeur des Universités, Directeur du département de médecine générale de Bordeaux.
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon respect le plus sincère et de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Michel Galinski

Médecin urgentiste.

Pôle Urgences adultes. SAMU hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et d'avoir pris le temps de répondre à mes interrogations. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour votre investissement dans ce travail.

Monsieur le Docteur Marco Romero

Enseignant au département de Médecine Générale.

Médecin généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse et d'avoir fait le déplacement depuis Samadet.

Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire

Médecin urgentiste à la clinique mutualiste de Pessac

Ancien chef de service des Urgences de l'hôpital Pellegrin

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour le travail que tu as réalisé au SAU de Pellegrin, dans l'accompagnement des internes, qui m'a permis de me former à l'Urgence avec beaucoup de plaisir.

Monsieur le Docteur Paul-Antoine Rozier

Praticien hospitalier aux urgences du CH d'Agen

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour le temps que tu y as consacré et pour l'aide matérielle et surtout humaine que tu m'as apportée. Et merci de ton investissement sur la formation des étudiants au CH d'Agen. C'est un honneur et un plaisir d'avoir été ton élève puis ton collègue.

A mes maîtres de stage : merci pour votre enseignement et pour votre accompagnement, qui ont grandement contribué à façonner le médecin que je suis. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au **Docteur Belval**, merci pour avoir fait de Jurassic Park un lieu de découvertes, d'examens cliniques exhaustifs et de réflexions Housiennes.

A mes collègues urgentistes : A Virginie, Albert et Laurent, merci d'avoir apporté votre aide pour cette thèse, vos conseils ont été précieux, à Paulo (merci pour tout encore, promis plus de Gin pour toi à l'avenir), Margot (si tu reviens un jour), Albane (quelle excuse vais-je bien pouvoir trouver pour ne pas faire de garde de nuit maintenant ?), Meissa (ta bonne humeur compense largement ton appétit de ragots ☺). Merci à Clément, Alexis, Jeff, Amélie, Laurian (qui estime que pour une formation ACR donnée, une dot de cannelés à vie est due), Julien, à mon frère Jean, Fernando, PAF, Nico (A. Meynard ne pourra plus rien contre moi désormais), Déméno, Edwin, Cécilia... Bravo à mes anciens internes qui ont fini par être thésés avant moi (MSF, Cournot), merci à Yann de prendre ton temps, je sens que j'ai eu un véritable impact sur ta formation.

Merci d'avoir recueilli un simple généraliste en votre sein ! Merci de votre aide lorsque je suis dépassé par certaines situations.

A mes collègues paramédicaux : Jurisprudence Dr Despeysses, je ne citerai aucun nom pour ne vexer personne en cas d'oubli. Même si j'avais très envie de citer Christophe, Laura, Tatiana, l'échantillon, Tania, Jess, Mylène (sœur sourire), Anne-Co, Alice jambe de bois, Sabrina ou encore Audeline, Yoann... Merci pour vos efforts pour la remise des questionnaires et pour votre dévouement au travail. J'aurai pu aussi parler du brancardologue, réanimateur et accoucheur de l'extrême, toujours prompt à rater un panier ou une blague pour détendre tout le monde.

A ma mère : Merci infiniment pour tout ce que tu m'apportes et ce que tu m'as donné. Ton amour, ton soutien permanent, ton humour, ta gentillesse, ta culture, ~~ta cuisine~~... Rien n'aurait été possible sans toi. Ma dette est immense, j'entends donc bien te placer dans un EHPAD de qualité dès cela deviendra nécessaire.

A mon père : Merci pour avoir tant contribué à ce que je suis devenu, tu me manques terriblement. J'espère un jour devenir le quart de la personne que tu as été.

A mes grands-parents : Merci pour votre générosité et votre amour, votre enseignement et votre soutien. J'aurais aimé profiter de vous plus longtemps. Merci infiniment, vous me manquez.

A ma sœur : Profite de la vie que tu mènes, te pose moins de questions. Pour un accident de conception je trouve que tu ne t'en sors pas trop mal ☺. Félicitations d'avoir survécu à ton enfance et ton adolescence à mes côtés.

A Francis : Merci pour ton aide matérielle et humaine, merci surtout d'avoir repris le flambeau culinaire qui permet de faire de moi un homme bien portant.

A mon oncle, ma cousine, Mathieu et Pierre : On se voit trop peu mais c'est un réel plaisir à chaque fois. Petite famille mais famille de qualité. Merci à vous.

A mes amis du TSA :

JB, ton amitié n'a pas de prix, merci d'avoir partagé les très bons et quelques moins bons moments. Merci de me faire autant rire, d'être toujours disponible pour partir en voyage.

Atchoum, bravo pour ta patience infinie, dont même mes running gags n'arrivent pas à bout. Merci pour ton amitié précieuse, même si tu as le don de me faire faux bond régulièrement (Solidays, Canada...) en avançant des explications douteuses.

Soisic, merci d'avoir toujours été là malgré la distance, de m'avoir fait découvrir Nantes ou le Cambodge. Nos batailles de lancés de sachet de thé et nos footings me manquent.

DDC, aurais-je survécu à la D4 sans nos restos hebdomadaires ? Probablement pas. Merci de rester à disposition, il m'est utile de connaître un magistrat vu mes nombreuses plaintes. **A DSM**, je compte bien profiter de toi pour aller à la Réunion bientôt. Sosie vocale de prof de latin, notre relation est la plus ancienne. Merci de m'avoir introduit chez les Pampryls.

A Simon (et merci à Linda), **Marine, Coline...** merci pour toutes ces années partagées.

A leurs pièces rapportées Anne C, Jeremy, Antoine, Julien..., de plus ou moins bonne qualité, mais plutôt agréable à côtoyer. Prière de penser à la planète en vous limitant dans la production d'enfants.

A mes amis d'externat :

A Romain et George, merci pour votre amitié sans faille, pour l'hébergement temporaire de 5 ans, pour les brioches (dont les Allemands se seraient inspirés pour fortifier les bunkers), l'accueil répété en basquerie, le babysitting du Gala, et tant d'autres choses... **A Tinouch et Béné**, quelle idée de partir à Besançon pour de l'ortho ? Je me souviens d'une époque où le gras de burgers cimentait nos soirées. Merci de revenir rapidement sur Bx.

A Julie (puis **Thomas**) et au PUPH **Florent Verdier** merci d'avoir tenu les murs de cardio, partagé le tri des bios, la réalisation des ECG, les remarques constructives en Hémato...

A mes mamies préférées, Popomomo et Hélène, merci pour les sous colles qui m'ont permis d'obtenir ce classement brillant, les goûters/tisanes, et la piscine des Palladines <3.

A Jen, partenaire indissociable de pédiat, des journées de BU interminables. Petit bémol sur ton investissement sur les cupcakes, largement compensé par nos fou-rires et nos soirées.

Au semestre Périgord hardcore, meilleure colonie de vacances ever.

A Léa, dont sa conduite habillée n'égale que sa générosité, n'ayant pas oublié de te citer je n'ai pas besoin d'écrire une page dédiée, **à Jerem**, Renaud à 5 heures du mat tous les jeudis, je pense que ça dit tout de notre amitié, c'est un honneur d'avoir été ton témoin... à l'église...

Au carré magique, Dimitard, merci pour ton dynamisme, pour nos voyages et nos soirées, à **Greg** qui m'a fait découvrir les soirées déguisées et le port de la moustache même en dehors de Novembre, **Clément** dont les goûts cinématographiques n'ont rien à envier à son talent sur FIFA.

A Nico (et Laurie), pour Amsterdam, le Cock, et surtout, merci de m'avoir laissé gagner sur le retard de soutenance. Tu es un modèle pour moi. Sauf les tee shirts.

Rabia, merci pour le théâtre d'impro, les soirées libanaises, l'Islande, et tant d'autres choses!

A la pince, pour prouver scientifique qu'un syndrome frontal est socialement acceptable, à **pincette** pour démontrer une femme en hypoglycémie devient vite agressive.

A la mère Foufou, pour cette photo qui a construit la légende.

A Jess et la Petite Marie, on a affronté et vaincu Smaug ensemble, gloire à nous.

A Bubou, Barrite et les autres, trop nombreux.

A Agen n°1 :

A Sylvain (et expertise neurologique de haut vol), **Thomas** (et son humilité légendaire), **Charlotte** (1^{ère} garde d'externe au SAU de Pellegrin, puis 1 semestre entier d'internat, priceless) et **Aurélié** (et notre alchimie immédiate au premier contact). Merci de me traîner aux sports d'endurance, de me tolérer au Ski et au coca light, et de travailler mon enchaînement tartiflette/raclette.

A Xabi Basque dans la tête, Landais d'adoption (ça résume tout), **Hughes** (proto dans l'hélico ?), mon sérial logeur sur Agen **Florian** (merci de me laisser être devant aux courses).

Mention Spéciale à **Céline** (AKA Maman) qui m'a supporté 4 longs semestres. Tu as gagné ton paradis sur terre.

A Agen n°2, conclusion parfaite de cet internat :

A Ionion (wow wow, trop stylééééé, allez Zou... ces expressions me hantent toujours) **Marie** (merci d'avoir fait pare-feu le jour de l'évaluation ^^), **Amandine** (ma souffre-douleur number one), mes co-internes de choc.

A LOULOU, pour ta gentillesse, ta générosité, ton dynamisme (tu les aimes ces adjectifs bateaux hein :D), **A Charlou**, dont l'accent, les expressions du 47 et les chansons allemandes résonneront à jamais dans ma tête, comme ce genou qui résonne dans la tienne.

A Sarah, merci pour **Victooooor**. Et pour le reste aussi. Mais surtout pour Victor.

A Adèle, qui m'a prouvé que Paris XVI pouvait manifester contre vents et marées, et pour avoir voulu m'épouser avant de se rabattre sur **Martin**, l'architecte de santé pub qui me permet de sortir de la médecine et ses « sujets relous ».

A Julie, qui me fait relativiser ma malchance au quotidien en comparaison de la sienne, **Romain** cardiolove, et **Coco** (on sait tous qu'il la montait facile, la côte), merci pour ce voyage en Af du Sud. Et ce projet d'Orphanage Jérémie's Bar qui est en cours.

A Jojo, pour son amour parfaitement contrôlé du Nutella et de la Teq. Et surtout pour **Mario !**

A Solenne, ma monitrice de ski qui m'a fait passer du blanc au rouge, et **Clément**.

A Elsa, pour ton rire et tes MAJ CAPS LOCK par texto.

A Adrien et Adrian, précieux partenaires du « qui s'en fout », **Florinne, Seb et les autres.**

En vrac à mes nombreux co-internes, **Léo, Arnaud, Nico, Coriolan...**

Merci à James W. Black et au Dr Leo Sternbach sans qui cette soutenance n'aurait pas été possible physiquement.

Merci au coca light, véritable amour de ma vie.

Serment Médical

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.

Sommaire

Table des matières

Remerciements	2
Serment Médical	6
Sommaire	7
Liste des abréviations	9
Liste des tableaux	10
Liste des figures	10
I. Introduction	11
A. Définition des concepts utilisés	11
1. L'urgence.....	11
2. La Permanence Des Soins (PDS).....	12
3. La réorientation.....	13
B. Justification de l'étude	14
1. Augmentation du nombre de passage aux Urgences.....	14
2. Un problème de santé publique.....	14
3. Projet politique.....	16
C. Question de recherche	17
D. Hypothèse	17
E. Objectifs de l'étude	17
1. Objectif principal.....	17
2. Objectifs secondaires.....	17
II. Matériels et méthodes	18
A. Schéma de l'étude	18
B. Éthique	18
C. Critères d'inclusion et d'exclusion	18
D. Paramètres étudiés	19
1. Critère de jugement principal.....	19
2. Critères de jugement secondaire.....	19
3. Élaboration du questionnaire (Annexe 2).....	20
E. Recueil des données	20
F. Méthode statistique (33)	21
G. Méthode de la recherche bibliographique	22
III. Résultats	23
A. Analyse descriptive	23
1. Diagramme des flux.....	23
2. Caractéristiques de la population.....	25
3. Analyse des motifs de consultation.....	26

4.	Analyse de la réorientation	29
B.	Analyses statistiques	30
1.	Analyses univariées	30
2.	Analyses stratifiées sur l'acceptation	32
3.	Analyses par régression logistique	34
IV.	Discussion.....	36
A.	Critère de jugement principal	36
B.	Intérêts, limites et biais	36
1.	Intérêts de l'étude	36
2.	Faiblesse des effectifs	36
3.	Biais d'information	37
4.	Biais de sélection	37
5.	Biais de désirabilité sociale.....	38
C.	Comparaisons avec les données de la littérature.....	38
1.	Les données socio-économiques	38
2.	Circonstances de venue et raisons avancées	39
3.	Critère de jugement principal.....	40
4.	Critères de jugement secondaire	40
5.	Régressions logistiques	42
D.	Perspectives	42
1.	Causes de la surfréquentation des Urgences	42
2.	La difficulté de définir le patient « non urgents »	45
3.	Les solutions envisagées	45
V.	Conclusion.....	47
VI.	Bibliographie.....	48
VII.	Annexes.....	53
	Annexe 1 : Échelle CIMU	53
	Annexe 2 : Questionnaire patient.....	54
	Annexe 3 : Fiche d'information du patient.....	56
	Annexe 4 : Définition et critères utilisés pour définir le caractère inapproprié d'une visite au SAU dans divers payes (source OCDE).....	57
	Résumé.....	58

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BMJ : British Medical Journal

CHAN : Centre Hospitalier d'Agén-Nérac

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESI : Emergency Severity Index

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

FRENCH : French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

IOA : Infirmier(e) Organisateur(trice) de l'Accueil

IDE : Infirmier Diplômée d'État

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MMG : Maison Médicale de Garde

MT : Médecin Traitant

MTS : Manchester Triage Scale

ORUNA : Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PDS : Permanence Des Soins

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de la Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNIIRAM : Système National d'Information InterRégimes de l'Assurance Maladie

TU : Terminal Urgences

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Liste des tableaux

Tableau 1 : Catégorie socio-professionnelle

Tableau 2 : Motifs de consultation

Tableau 3 : Raisons de la consultation

Tableau 4 : Tableau de contingence sur les variables quantitatives

Tableau 5 : Analyse univariée de l'acceptation en fonction de l'âge

Tableau 6 : Analyse univariée de l'acceptation en fonction du degré d'urgence

Tableau 7 : Stratification de la variable « MT » en fonction de l'acceptation.

Tableau 8 : Stratification de la variable « Degré d'urgence » en fonction de l'acceptation

Tableau 9 : régression logistique sur les variables « MT » et « Degré d'urgence »

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des Flux (Flow Chart)

Figure 2 : Répartition de l'âge

Figure 3 : Degré d'Urgence ressenti

Figure 4 : Taux d'acceptation de la réorientation

Figure 5 : Stratification de la variable « MT » en fonction de l'acceptation

Figure 6 : Stratification de la variable « Degré d'urgence » en fonction de l'acceptation

I. Introduction

Le système de soins non programmés en France est complexe et s'articule autour de divers intervenants :

- Hospitaliers : les Services d'Accueil des Urgences (SAU), les Services d'Aide Médicale Urgente composés des SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation et des Centre 15.
- Libéral : les médecins généralistes, les médecins libéraux de la Permanence Des Soins (PDS), les médecins correspondants du SAMU, ou des associations comme celle de SOS médecins présentes dans certaines villes.

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, tient un rôle pivot majeur dans ce système, puisqu'il peut être consulté en première intention par les patients devant la survenue d'une urgence réelle ou ressentie (1). Il est limité premièrement par la faiblesse de son plateau technique mais peut orienter rapidement les patients vers les structures adaptées si besoin. Mais il est aussi limité par l'organisation de son emploi du temps et le système de rendez-vous majoritairement mis en place dans les différents cabinets.

A. Définition des concepts utilisés

1. L'urgence

Sur le plan général, l'urgence est définie par le Larousse comme une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés rapidement » (2).

L'urgence est définie sur le plan pratique médical par le Collège National des Généralistes Enseignants en 2009 (3) comme « une situation vécue par le patient, ou par son entourage, comme nécessitant une intervention médicale immédiate ». On peut mettre en avant différentes catégories :

- **L'urgence vitale** qui met directement en jeu le pronostic vital du patient (ex : un infarctus du myocarde, un choc anaphylactique...).
- **L'urgence vraie** nécessitant des soins rapides sans mettre immédiatement en jeu le pronostic vital (ex : fracture fermée, cholécystite...).
- **L'urgence ressentie** où le patient estime nécessiter une prise en charge urgente malgré l'absence de symptômes majeurs (ex : attaque de panique, fièvre nue bien tolérée...)
- **L'urgence dite « de confort »**, où le patient va volontairement exagérer l'intensité des symptômes afin d'obtenir une prise en charge rapide (ex : renouvellement de prescription, insomnie...)

2. La Permanence Des Soins (PDS)

La permanence des soins est définie dans le Rapport d'information sur la permanence des soins de 2008 (4), comme « le dispositif sanitaire qui permet aux citoyens de recourir à un praticien lorsque le cabinet de leur médecin de famille a fermé ses portes ». Ce rapport met en avant le fait que la PDS n'est ni une médecine d'urgence ni un lieu de consultation programmée.

L'organisation de la PDS a été confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires). Il s'agit d'une « Mission de service public » (article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009).

Elle t. Il est prévu, qu'en fonction des besoins de la population et de l'offre médicale constatée, la PDS soit assurée :

- Le samedi à partir de midi,
- Le lundi s'il précède un jour férié,
- Le vendredi et samedi s'ils suivent un jour férié,
- Les dimanches et jours fériés.

Concernant la PDS ambulatoire, pour la période comprise entre 20 heures et 8 heures, l'organisation peut être différente selon le territoire et cette tranche horaire est articulée

en lien avec les établissements de santé en fonction des besoins propres à chaque territoire.

C'est une obligation collective qui repose sur la base du volontariat individuel. (5) En cas de manque de volontaires, le Code de la Santé Publique prévoit une possibilité pour le préfet de recourir à des réquisitions (Article R. 6315-4 du Code de la Santé Publique).

En pratique, sur le secteur d'Agen, la PDS est assurée par les médecins généralistes à la Maison Médicale de Garde (MMG) :

- Tous les jours de semaine de 20h à 23h59
- Les Samedis de 12h à 23h59
- Les Dimanches et jours fériés de 08h à 23h59

3. La réorientation

La réorientation au SAU consiste à appliquer un système de tri, par un(e) infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) (6) et/ou un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) avant l'admission aux urgences, permettant de rediriger vers un autre réseau de soins, ou le domicile, les patients venant aux urgences pour des prises en charge pouvant être réalisées en temps réel par d'autres structures. Cette pratique a fait l'objet de recommandations de la SFMU (Société Française de la Médecine d'Urgence) en 2013 (7) mais n'est pas systématisée sur le territoire français. (8)

L'évaluation initiale aux Urgences du CHAN (Centre Hospitalier d'Agen-Nérac) se fait à l'aide d'un score de gravité, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) (**Annexe 1**).

Cette classification aboutit à un score comprenant 5 stades de gravité. Un score de 1 correspond à un patient sévère instable pour lequel une prise en charge immédiate est nécessaire, un score de 5 pour un patient stable pouvant bénéficier d'une prise en charge différée jusqu'à 240 minutes. (7)

Il existe d'autres classifications, l'ESI (l'Emergency Severity Index), la MTS (Manchester Triage Scale), ou encore la FRENCH (French Emergency Nurses

Classification in-Hospital triage) (9) qui sont utilisées selon les différents services d'Urgences en France.

B. Justification de l'étude

1. Augmentation du nombre de passage aux Urgences

Les SAU en France font l'objet d'une augmentation constante du nombre de passages alors même que le nombre de structures dédiées est stable depuis de nombreuses années. Le rapport mené en 2004 par le DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) sur la « Genèse des recours non urgents ou programmés à la médecine générale » faisait état de 14 millions de passages par an aux Urgences, et estimait à 35 millions le nombre de consultations urgentes prises en charge par les médecins généralistes. (10)

En 2017, la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) rapportait 21 472 915 passages aux SAU avec une augmentation de 2.9% rapport à 2016. (11)

Sur l'hôpital d'Agen sur l'année 2018, l'ORUNA (Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine) avait recensé au SAU du Centre Hospitalier d'Agen-Nérac de 37 234 passages contre 35 483 en 2017, soit une hausse de 4.5% de la fréquentation. Une augmentation similaire entre 2016 et 2017 a été observée. (12)

2. Un problème de santé publique

De nombreux recours inappropriés

Les recours inappropriés dans les services d'urgences sont estimés entre 13 et 27% lors d'une étude parue dans le BMJ en octobre 2019 (13). La pertinence de la visite au SAU avait été évalué sur 3 critères. Le premier consistait en l'évaluation par le médecin de la pertinence de la consultation à l'aide d'une échelle numérique de 1 à 10, le deuxième appréciait la possibilité d'après le médecin d'avoir pu être prise en charge par un médecin généraliste, et le troisième s'appuyait sur les ressources utilisées par le SAU.

Les entrées aux Urgences de patients consultant pour des motifs non urgents participent au phénomène d'engorgement des Urgences. Elles résultent souvent d'une méconnaissance de la part des patients des réseaux de soins ambulatoires pouvant les accueillir. (14)

La Cour des Comptes en 2014 avait émis un rapport résumant la problématique : « les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser ». Elle mettait l'accent sur l'augmentation continue du recours aux SAU hospitaliers qui portaient essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation. (15)

Elle s'est à nouveau penchée en 2019 sur le fonctionnement des Urgences et estimait de son côté « qu'environ 20% des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients. » (16)

Un coût économique important

Sur le plan économique, la Cour des Comptes met en regard le coût très élevé des passages aux Urgences pour des consultations équivalentes en médecine de ville : aux urgences, le coût moyen avoisine 115 euros en journée et 150 euros la nuit, contre 25 euros en journée et 71 euros la nuit pour les consultations de médecine ambulatoire.

Néanmoins, « dans le cadre actuel du financement des structures d'urgences, la croissance du nombre de passages permet aux établissements de dynamiser leurs recettes alors que le report d'une partie des passages évitables sur la médecine de ville, porteur d'économies pour l'assurance maladie, est financièrement pénalisant pour eux. » (16)

Un risque médical pour les patients

L'augmentation importante du flux de patient, tend à accroître le risque pour un patient avec un problème urgent ou grave d'être « oublié » au milieu du flux de patients non urgents se présentant aux SAU, avec un nombre significatif d'erreurs médicales observées et l'augmentation du taux de mortalité (17 – 20).

Pour pallier ce risque, des filières dédiées à ces patients non urgents dites « filières courtes » ont été mises en place au sein même de certains services d'Urgences.

3. Projet politique

Afin de désengorger les services d'Urgences (21) , un amendement (22) a été proposé en Octobre 2018 par le député M. Olivier VERAN dans le cadre du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale). Il a été proposé la création, par cet amendement d'un forfait de réorientation et, d'autre part, d'un forfait de consultation aux urgences.

Le patient étant adressé par un service d'urgence, il sera considéré comme respectant le parcours de soins lors de son rendez-vous avec le médecin de ville. Il pourra refuser la réorientation et sera alors pris en charge aux urgences.

La mesure proposée vise donc à inciter les services d'urgences à réorienter les patients ayant besoin d'une consultation simple vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

Au CHAN, depuis de nombreux mois, la permanence des soins d'Agen propose une réorientation de certains patients jugés non graves par les IOA sous couvert du MAO, uniquement le soir entre 20h et 00h et le week-end. Nous avons remarqué que certains patients ne souhaitaient pas cette réorientation.

Un certain nombre d'études se sont attachées à étudier les motifs de consultations inappropriées aux Urgences (13, 23, 24), les raisons propres aux patients ou les caractéristiques intrinsèques (25 - 27), dont les déterminants sociaux, expliquant le choix de passer par les Urgences plutôt que solliciter la permanence des soins.

D'autres études se sont penchées sur la possibilité de la réorientation, et sur les pistes à explorer pouvant la favoriser (28), et notamment la mise en place de consultation de médecine générale au sein de l'hôpital (29, 30).

Mais peu d'études ont cependant été retrouvées sur l'acceptation des patients de cette réorientation, motivant cette question de recherche. Une thèse a été menée en pédiatrie, soutenue en 2017 (31) apportant quelques résultats, mais nous nous sommes particulièrement appuyés sur l'étude du Dr Gentile menée en 2008 sur Marseille pour mener la nôtre (32).

C. Question de recherche

Les patients relevant de la médecine générale se présentant aux Urgences sont-ils favorables à la réorientation vers des structures ambulatoires ?

D. Hypothèse

A partir des observations du personnel du CHAN lors de la proposition de réorienter les patients lors des horaires d'ouverture de la PDS, une part importante des patients éligibles à la réorientation n'y est pas favorable si on lui propose cette option.

E. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'étudier la possibilité de la réorientation des patients évalués comme non urgents vers des structures de médecine générale.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- D'analyser les motifs de consultations relevant de la médecine générale aux Urgences
- De rechercher les raisons de refus de cette réorientation
- D'explorer les facteurs pouvant favoriser la réorientation

II. Matériels et méthodes

A. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude mono-centrique observationnelle descriptive avec un recueil de données prospectif réalisé au Service d'Accueil des Urgences (SAU) au Centre Hospitalier d'Agen-Nérac (CHAN) du 05 juin 2019 au 30 août 2019.

Les patients recrutés présentaient un motif médical de gravité 4 ou 5 choisi par l'IOA. Un questionnaire accompagné d'une fiche explicative leur étaient alors remis et devait être récupéré par la suite à l'accueil ou par le médecin prenant en charge le patient.

B. Éthique

Le fichier de recueil des données a été anonymisé et déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL) par le biais des services de la faculté de médecine de Bordeaux. (**Annexe**)

Ce projet d'étude ne nécessitait pas d'examen et d'accord de la part du Comité de Protection des Personnes (CPP) de par son caractère purement observationnel.

C. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients ont été recrutés dans l'études dès leur évaluation par l'IOA dans le SAU après leur enregistrement. Une fenêtre « pop-up » apparaissait sur l'ordinateur indiquant que le patient était éligible. Pour les patients mineurs, le questionnaire était alors remis au parent.

Les critères d'inclusion :

- Gravité 4 ou 5 côtés par l'IOA
- Pour un motif médical
- Du lundi au vendredi de 9h30 à 18h00 (sauf jours fériés)

Les critères d'exclusion :

- Gravité 1, 2 ou 3
- Motif nécessitant une consultation avec l'IDE de psychiatrie
- Motif nécessitant une radiographie

Les critères secondaires d'exclusion :

- Patient adressé par un autre médecin
- Patient amené par les forces de l'ordre
- Impossibilité de remplir le questionnaire (troubles cognitifs, barrière de la langue...)

D. Paramètres étudiés

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si les patients évalués à l'accueil des Urgences comme « non urgents » seraient favorables à la réorientation vers une structure de médecine générale si un rendez-vous pouvait leur être proposé. Ce terme de « non urgents » était celui utilisé par le Dr Gentile dans l'étude de 2009 (32) et nous l'avons donc repris dans la nôtre.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les différents paramètres pouvant expliquer leur consultation au SAU, les facteurs pouvant faciliter leur réorientation et les raisons motivant le refus de celle-ci.

1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de cette étude était le taux de patients acceptant la réorientation vers des structures de médecine générale

2. Critères de jugement secondaire

Les critères de jugement secondaire de l'étude étaient :

- L'analyse des motifs de consultation au SAU relevant de la médecine générale

- L'étude des facteurs favorisant la réorientation
- L'étude des raisons données pour le refus de la réorientation

3. Élaboration du questionnaire (Annexe 2)

Le questionnaire a été conçu à partir de l'étude conduite en 2009 sous l'égide du Dr Gentile (32) et de réflexions personnelles. Il a par ailleurs été remodelé afin de limiter le nombre d'items proposés et pour obtenir un format recto/verso tenant sur une page.

Il a, dans un premier temps, été testé sur une semaine afin de corriger les éventuels oublis et erreurs, et d'apporter des modifications en cas d'incompréhension de la part des patients.

Une fiche explicative (**Annexe 3**) a été jointe au questionnaire afin que les patients comprennent les enjeux de l'étude, et qu'ils sachent que les réponses n'influenceraient pas leur prise en charge.

L'objectif initial était de réunir 250 questionnaires afin de pouvoir comparer les réponses à celles de l'étude du Dr Gentile (32) avec une puissance suffisante voire supérieure.

Le questionnaire était conçu en plusieurs parties (**Annexe 2**) :

- Le recueil des données épidémiologiques
- Les motifs de consultation aux Urgences
- La décision d'acceptation de réorientation
- Les explications et les facteurs favorisant cette réorientation
- Les raisons évoquées pour le refus.

E. Recueil des données

Les données ont été recueillies de façon prospective à l'aide du questionnaire remis au patient, donné par l'IOA lors de l'évaluation initiale.

Les questionnaires étaient collectés à l'accueil ou bien récupérés par les médecins du service lors de leur examen.

Certaines données médicales complémentaires ont été collectées sur le logiciel Terminal Urgences (TU) du SAU d'Agen. Elles ont ensuite été compilées de manière anonyme dans un fichier Excel.

Le logiciel TU a ensuite été utilisé pour exclure les questionnaires remis en dehors des horaires sélectionnés, et pour retrouver les facteurs d'exclusion secondaire.

F. Méthode statistique (33)

Nous avons eu recours pour l'analyse statistique à l'aide d'un statisticien qui a pris pour modèle les tests utilisés lors de l'analyse de l'étude du Dr Gentile de 2009. (32)

La saisie des données a été réalisée sous le logiciel Microsoft Excel®. L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel R version 3.3.3 (33).

Les variables quantitatives sont décrites grâce à leurs paramètres de position (moyenne et quantiles) et de dispersion (écart-type et intervalle inter-quartiles). L'intervalle de confiance à 95 % de la moyenne est calculé grâce à la loi de Student. Les variables quantitatives continues sont représentées à l'aide d'un histogramme ou d'un diagramme en boîte (ou boîte à moustache). Les variables quantitatives discrètes sont représentées par un diagramme en bâtons.

Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif et la proportion pour chaque catégorie. L'intervalle de confiance à 95 % de chaque proportion est calculé grâce à la loi binomiale. Un diagramme en barres ou un diagramme circulaire est réalisé en fonction du nombre de catégories. Les variables qualitatives multivaluées sont représentées par un diagramme en barres horizontales.

Par la suite une analyse stratifiée a été réalisée sur la variable acceptation. Puis une analyse bivariée a été étudiée en fonction des différentes autres variables à l'aide du test exact de Fisher.

Enfin une régression logistique a été utilisée sur les variables le permettant. La calibration du modèle est évaluée à partir du test de Hosmer Lemeshow.

G. Méthode de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à l'aide du moteur de recherche PUBMED, de Google Scholar et des différentes revues disponibles via la bibliothèque universitaire de Bordeaux.

La bibliographie a ensuite été ordonnée à l'aide du logiciel ZOTERO® sur Microsoft Word®.

III. Résultats

A. Analyse descriptive

1. Diagramme des flux

Sur la période du recueil du 05/06/19 au 30/08/19, 3359 personnes se sont présentées au SAU de 9h à 18h30.

Parmi eux, 2533 ont d'emblée été exclus car la gravité était trop importante, parce qu'ils nécessitaient une consultation spécialisée avec les équipes de psychiatrie, ou parce qu'ils nécessitaient une radiographie.

826 patients ont donc vu une « pop-up » qui s'est activée lors de leur évaluation avec l'IOA.

279 ont été secondairement exclus car ils étaient adressés par leur médecin traitant (MT) ou un autre médecin, pour des raisons de troubles cognitifs ou de barrière de la langue, ou car ils ont été amenés par les forces de l'ordre.

397 questionnaires n'ont pas été distribués, n'ont pas été rendus ou n'ont pas été récupérés.

150 questionnaires ont pu être analysés. (**figure 1**)

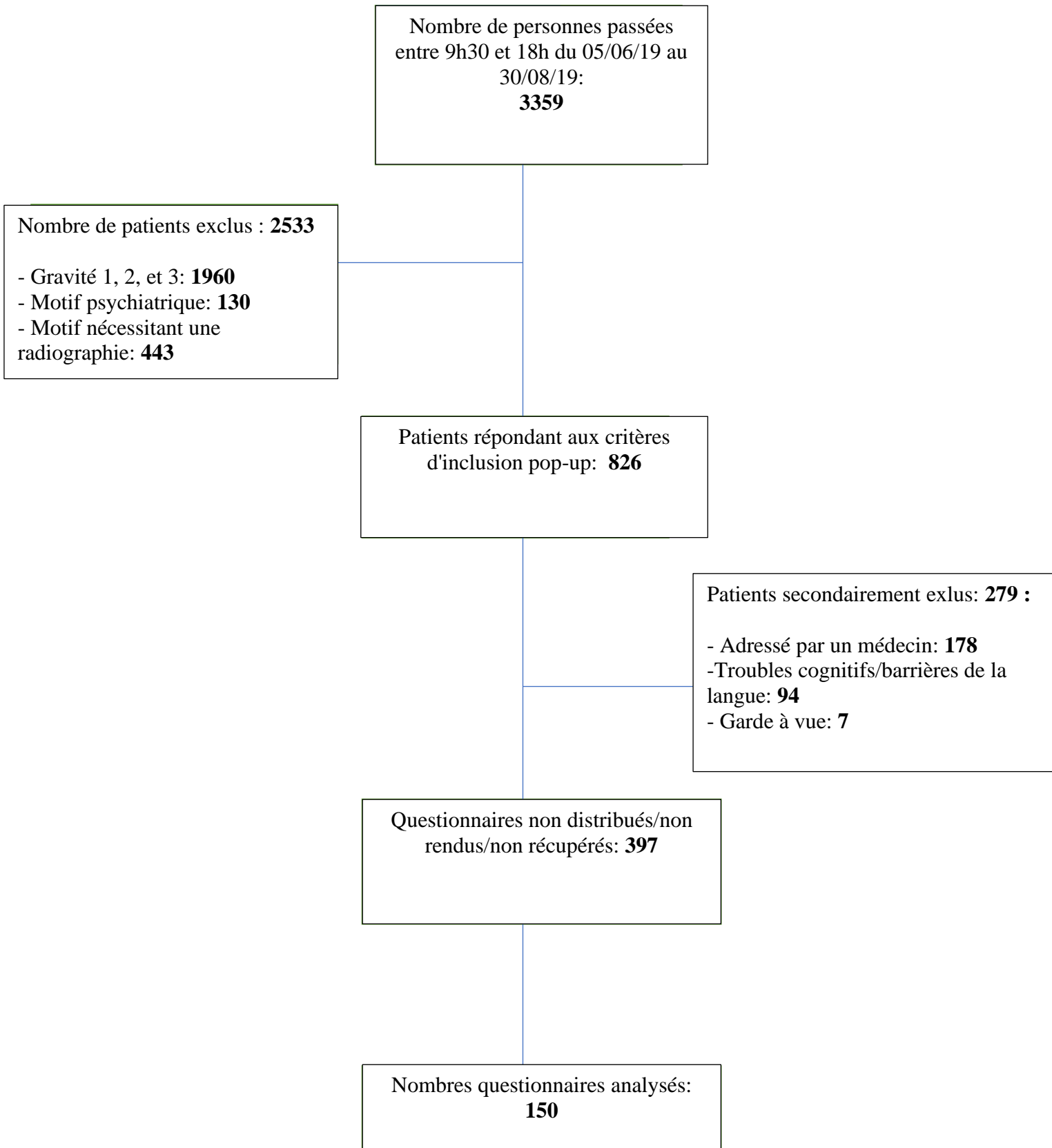


Figure 1 : Diagramme des flux

2. Caractéristiques de la population

Caractéristiques démographiques

L'âge médian dans notre population est à 31ans (IQR=34ans). (**Figure 2**)

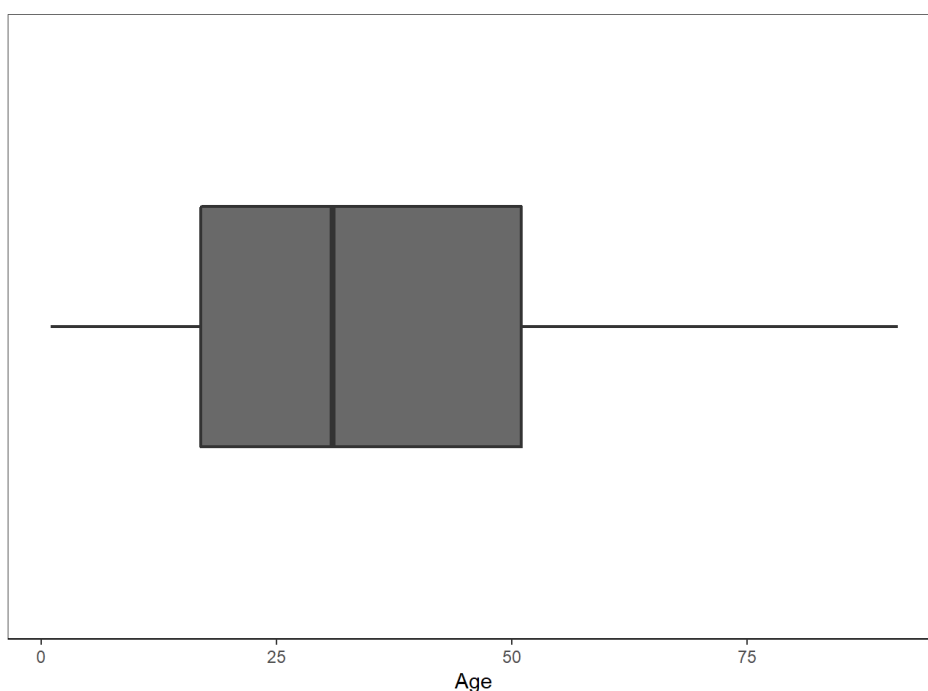


Figure 2 : Répartition de l'âge

La répartition homme/femme montre 53% (n=79) de femmes et 47% (n=70) d'hommes.

Le niveau d'étude des patients montre que 52% des patients (n= 74) ont un niveau baccalauréat ou supérieur (30% ont le baccalauréat et 22% ont un diplôme d'études supérieures), 48% (n=69) avaient un niveau d'étude inférieur au bac (17% BEP ou CAP, 23% brevet des collèges, 8% sans diplôme).

La catégorie socio-professionnelle est dominée par les employés pour 42% (n=61), les sans-emplois à 15% (n=21) et les retraités à 12% (n=18). Les autres catégories sont inférieures à 10% (**Tableau1**). On peut résumer la part d'actifs à 69% (n=100) contre 31% d'inactifs (n=44).

	Effectifs	Pourcentages
Employé	61	42%
Sans emploi	21	15%
Retraité	18	12%
Ouvrier	11	8%
Artisan/commerçant/chef d'entreprise	9	6%
Cadre supérieur	8	6%
Professions intermédiaires	6	4%
Étudiant	5	3%
Agriculteur	5	3%

Tableau 1 : Catégorie socio-professionnelle

La population de notre échantillon est couverte par la sécurité sociale (SS) à 80% (n=119), 17% (n=25) bénéficie de la couverture maladie universelle (CMU). Les bénéficiaires de l'AME, de l'ACS et les patients ne disposant d'aucune couverture ne représentent que 1% chacun de la population étudiée.

Enfin, 75% (n=112) de la population étudiée a une complémentaire privée, 15% (n=23) bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), 15 patients (soit 10%) n'ont aucune complémentaire.

3. Analyse des motifs de consultation

Motif principal de consultation

Les principaux motifs de consultation déclarés sont les phénomènes douloureux pour 34% (n= 51), les infections à 23% (n=34) et les problèmes dermatologiques pour 19% (n=29).

Les autres paramètres sont présentés dans le **tableau 2**.

	Effectifs	Pourcentages
Douleurs	51	34%
Infections	34	23%
Problèmes dermatologiques	29	19%
Malaises	5	3%
Corps étrangers	4	3%
Tuméfactions	4	3%
Céphalées	4	3%
Vertiges	3	2%
Agressions	2	1%
TC	2	1%
Allergies	2	1%
Dyspnées	2	1%
AEG	2	1%
Constipations	2	1%
Conseil	1	1%
Dysurie	1	1%
Pleurs	1	1%

Tableau 2 : Motifs de consultation

Présence d'un MT

Cent vingt quatre patients (84%) ont indiqué avoir un MT, 24 (16%) déclarent ne pas en avoir (1 donnée manquante).

Décision de consultation aux SAU

Soixante-quatorze pourcent des patients (n=109) sont venus au SAU de leur propre initiative, 13% (n=20) par leur famille, 13% (n=19) par d'autres personnes (paramédicaux, amis, employeur...). 1 personne n'a pas répondu à cet item.

Raisons de la consultation au SAU

Quarante-neuf pourcent (n=70) déclarent avoir consulté devant la douleur ou l'inquiétude trop importante, 46% (n=66) parce que leur médecin ne pouvait pas les recevoir, 17% (n=25) parce qu'ils pensent nécessiter l'avis d'un spécialiste. 14% sont venus aux urgences car ils n'avaient pas de MT, 12% (n=17) parce qu'ils n'étaient pas

de la région, 9% (n=3) pensent devoir bénéficier d'un examen complémentaire), 6% (n=9) estiment qu'il était plus rapide d'avoir une consultation au SAU ou parce que cela évitait de prendre rendez-vous. Enfin 4% (n=6) sont venus pour un certificat et seulement 1 personne (1%) pour éviter l'avance des frais.

A noter que 6 personnes n'ont pas répondu à cette question. **(Tableau 3)**

	Effectifs	Pourcentages
Inquiet/Douleur importante	70	49%
Pas de places	66	46%
Spécialiste	25	17%
Pas de MT	20	14%
Pas de la région	17	12%
Examen cp	13	9%
Pressé/Pas besoin de RDV	9	6%
Certificat	6	4%
Pas d'avance de frais	1	1%

Tableau 3 : Raisons de la consultation.

Degré d'urgence ressentie

Sur une échelle de 0 à 20 sur l'urgence ressentie, la médiane est à 12 avec un écart inter-quartile à 5 (**Figure 3**).

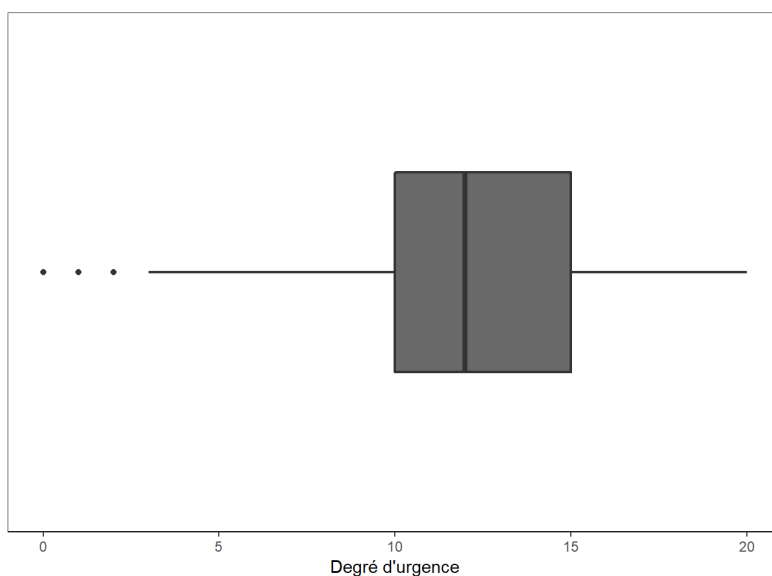


Figure 3 : Degré d'urgence ressentie

4. Analyse de la réorientation

Acceptation de la réorientation (critère de jugement principal)

Cent quatorze patients (79% [71%;85%]) ont accepté la réorientation contre 30 qui l'ont refusé (21% [15%;29%]). 6 personnes n'ont pas répondu à cette question (**Figure 4**).

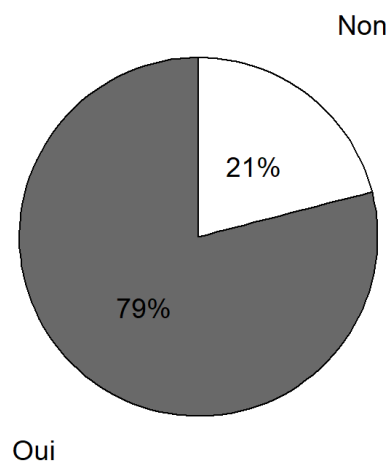


Figure 4 : Taux d'acceptation de la réorientation

Facteurs favorisant la réorientation

Sur le critère de la distance, 97% des patients (n=111) sont favorables à la réorientation dans une structure intégrée à l'hôpital, 71% (n=81) acceptent de se déplacer à moins de 5min, 56% (n=64) à moins de 10 minutes, et 45% (n=51) si le délai est inférieur à 15 minutes.

Sur le critère du délai d'attente, 100% (n= 113) acceptent un délai inférieur à 2 heures, 31% y sont favorables (n=35) si le délai est de moins de 4 heures, 11% (n=3) pour un délai inférieur à moins de 6 heures.

Motifs d'acceptation de la réorientation

Cinquante pour cent des patients (n=57) mettent en avant le fait de ne pas avoir trouvé de rendez-vous par eux-mêmes, 40% des patients (n=45) estiment qu'un médecin généraliste est apte à s'occuper de leur problème, 35% (n=39) sont rassurés par l'évaluation initiale, et 18% (n=20) ne pensent pas relever de l'urgence.

Motif de refus de la réorientation

Quarante-huit pour cent (n=14) et 38% (n=11) invoquent respectivement l'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, 41% (12) estiment bénéficier de meilleurs soins aux SAU, 24% (n=7) mettent en avant un problème d'avance de frais, 17% (n=5) le délai, et 17% (n=5) les difficultés de déplacement.

Avance des frais

Cinquante-quatre pour cent (n=75) des patients ayant répondu (9 données manquantes) acceptent une avance des frais ou de régler une partie des frais en cas de refus de réorientation contre 46% qui la refusent (n=65).

B. Analyses statistiques

1. Analyses univariées

Une analyse univariée a été réalisée en fonction de la valeur d'intérêt (l'acceptation) pour chaque variable.

Les variables quantitatives principales ont été étudiées avec le test exact de Fisher et sont résumées dans le tableau de contingence suivant :

Variables		Acceptation		p
		Oui	Non	
Genre	Homme	59 (52%)	15 (50%)	0.84
	Femme	54 (48%)	15 (50%)	
Niveau d'études	Bac ou études sup	56 (52%)	15 (52%)	1
	Inférieur au bac	52 (48%)	14 (48%)	
CSP	Actif	76 (70%)	21 (72%)	1
	Non actif	33 (30%)	8 (28%)	
Couverture sociale	Sécurité sociale	92 (81%)	23 (77%)	0.6
	Autres	21 (19%)	7 (23%)	
MT	Oui	91 (81%)	28 (93%)	0.1
	Non	22 (19%)	2 (7%)	
Orientation urgences	Vous même	80 (71%)	25 (83%)	0.22
	Famille	16 (14%)	4 (13%)	
	Autre	17 (15%)	1 (3%)	
Pas de places chez le MT	Oui	55 (49%)	11 (37%)	0.3
	Non	58 (51%)	19 (63%)	
Inquiet/douleur importante	Oui	57 (50%)	13 (43%)	0.54
	Non	56 (50%)	17 (57%)	

Tableau 4 : Tableau de contingence sur les variables quantitatives

Les variables qualitatives concernant l'âge et le degré d'urgence ressentie sont présentés dans les **tableaux 5 et 6** :

Age/Acceptation	Oui	Non
Moyenne	33.16	35.37
Écart Type	22.25	23.48
IC 95% moyenne	29.01-37.31	26.6-44.14
Médiane	30	32
Écart Inter-quartile	35.00	32.25

Tableau 5 : Analyse univariée de l'acceptation en fonction de l'âge

Degré d'urgence/Acceptation	Oui	Non
Moyenne	11,84	13,43
Écart Type	4,81	3,57
IC 95% moyenne	10,94-12,74	12,1-14,77
Médiane	12	15
Écart Inter-quartile	5	5

Tableau 6 : Analyse univariée de l'acceptation en fonction du degré d'urgence

2. Analyses stratifiées sur l'acceptation

La stratification sur l'acceptation a été réalisée sur tous les critères précédents. Il ressort de cette analyse seulement 2 variables pour lesquelles le taux d'acceptation change en fonction de cette variable.

Stratification de l'acceptation sur la variable « MT »

Dans notre échantillon, 81% (n=91) des patients qui ont un MT, ont accepté la réorientation et 9% (n=22) l'ont refusé, alors que 93% (n=28) des patients n'ayant pas de MT ont accepté la réorientation contre 7% (n=2) qui l'ont refusé (**tableau 7, figure 6**). Le fait d'avoir un médecin traitant semble être en défaveur de l'acceptation de la réorientation.

MT	Oui			Non		
Acceptation	Effectifs	Pourcentages	IC 95%	Effectifs	Pourcentages	IC 95%
Oui	91	81%	[72%;87%]	28	93%	[78%;99%]
Non	22	19%	[13%;28%]	2	7%	[1%;22%]
Valeurs manquantes:						
<ul style="list-style-type: none"> • 0 dans le groupe 'Oui' • 0 dans le groupe 'Non' 						

Tableau 7 : Stratification de la variable « MT » en fonction de l'acceptation.

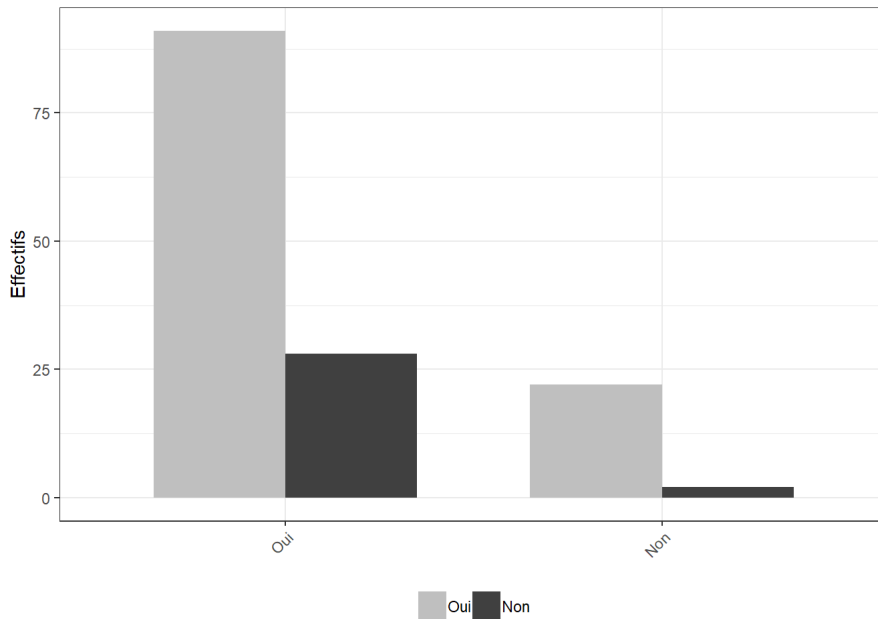


Figure 5 : Stratification de la variable « MT » en fonction de l'acceptation.

Stratification de l'acceptation sur la variable « degré d'urgence »

Le degré d'urgence ressentie médian est de 12 (écart inter-quartile à 5) pour ceux ayant accepté la réorientation contre 13 (écart inter-quartile à 5) pour ceux l'ayant refusé (**tableau 8, figure 6**).

	Oui	Non
Médiane	12	15
Écart Inter-quartile	5	5
Minimum	0	5
1er Quartile	10	10
2ème Quartile (médiane)	12	15
3ème Quartile	15	15
Maximum	20	20
Valides	112	30

Valeurs manquantes :

- 1 dans le groupe 'Oui'
- 0 dans le groupe 'Non'

Tableau 8 : Stratification de la variable « Degré d'urgence » en fonction de l'acceptation

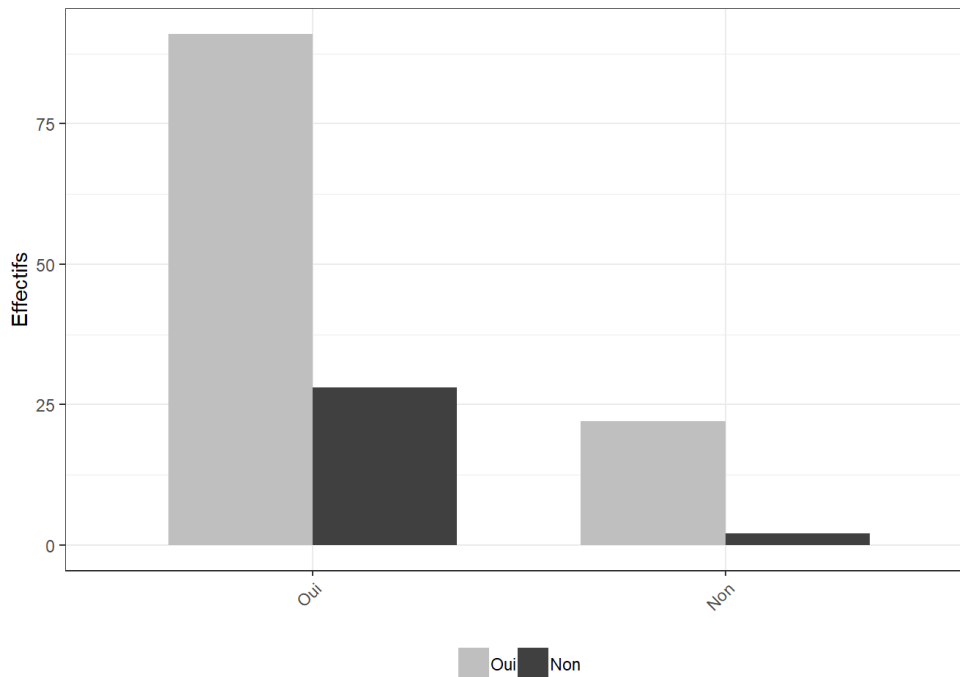


Figure 6 : Stratification de la variable « Degré d'urgence » en fonction de l'acceptation

Le degré d'urgence semble avoir un impact sur la décision d'acceptation de la réorientation.

Après analyse stratifiée en fonction de l'acceptation de la réorientation, seules les variables « degré d'urgence » et « présence d'un médecin traitant » ont un $p < 20\%$ et semble avoir un impact sur le choix de la décision de réorientation.

3. Analyses par régression logistique

Variables incluses dans le modèle de régression logistique

Après analyse en fonction de l'acceptation de la réorientation, les variables « degré d'urgence » et « présence d'un médecin traitant » ont été incluses dans le modèle de régression logistique. La calibration du modèle a été évaluée à partir du test de Hosmer Lemeshow.

Résultat de la régression logistique

Variables	Odds-Ratio	IC 95%	p
Médecin traitant	0,34	[0,05 – 1,27]	0,16
Degré d'urgence	0,93	[0,84 – 1,02]	0,16

Tableau 9 : régression logistique sur les variables « MT » et « Degré d'urgence »

Les p étant supérieurs à 5% dans notre étude, les variables « MT » et « Degré d'urgence » ne sont pas associées à la réorientation.

IV. Discussion

A. Critère de jugement principal

Le taux d'acceptation de la réorientation des patients non urgents vers des structures de médecine générale dans notre étude est important avec près de 4 personnes sur 5 (79% [71%;85%]).

B. Intérêts, limites et biais

1. Intérêts de l'étude

A ce jour, peu de travaux ont étudié la question de la réorientation sur le versant de l'acceptation par les patients. Il s'agit d'un problème de santé publique au cœur de l'actualité ces derniers mois.

Notre étude présentait l'intérêt d'une étude prospective, avec un nombre de questionnaires suffisant pour les analyses descriptives.

Elle a permis de mettre en relief un taux d'acceptation intéressant permettant d'envisager de proposer la réorientation aux patients éligibles à l'avenir si cela est possible.

2. Faiblesse des effectifs

Notre étude a permis de recueillir 150 questionnaires sur près de 3 mois. Le nombre de patients éligibles était beaucoup plus important et nous avons compté presque 400 questionnaires qui aurait dû être récupérés. Cela a limité la possibilité d'utiliser correctement certains outils d'analyse comme la régression logistique.

L'objectif initial était de réunir au moins 250 questionnaires afin de pouvoir avoir une puissance supérieure à l'étude menée par le Dr Gentile (32), mais plusieurs facteurs ont limité le nombre de questionnaires récupérés. L'été 2019 a connu un afflux important de patients aux urgences compliquant la tâche des IOA, de nombreux

patients se sont enregistrés mais sont partis sans avis ou n'ont pas rendu le questionnaire, et une rupture de stock de questionnaires pendant 15 jours a fait penser que la phase de recueil était terminée malgré les mails de relance envoyés au personnel soignant et médical du service.

Une étude multicentrique sur une période identique, avec l'aide d'un attaché de recherche clinique dédié à la récupération des questionnaires aurait pu limiter les perdus de vue, les oublis ou les questionnaires mal remplis.

3. Biais d'information

L'utilisation d'un questionnaire comme outil de recueil implique une subjectivité inhérente à cette méthode, provoquant un biais d'information. Le questionnaire n'était pas totalement anonyme lors de sa distribution, afin de pouvoir récupérer les données médicales manquantes, pouvant entraîner un risque de modification des réponses par crainte de jugement de valeur.

Il existe toujours un degré de subjectivité et d'incertitude sur la véracité des informations rendues. On peut suspecter en premier lieu les raisons financières ou les motifs d'explications avancées motivant la consultation au SAU.

4. Biais de sélection

Un premier biais de sélection dans notre étude découle de la période choisie. En effet, de nombreux médecins généralistes partent en vacances à cette période de l'année, et ne sont pas remplacés dans ce département en carence de professionnels de santé. De plus, l'horaire choisi se limitait entre 9h30 et 18h car cela correspondait aux heures auxquelles un médecin généraliste peut facilement être joint. Par ailleurs, l'afflux important à cette période de l'année a limité la disponibilité des IOA pour ce travail.

Le deuxième biais de sélection est secondaire à l'exclusion des patients ne maîtrisant pas la langue française, qui semblent constituer une partie non négligeable de la population « non urgente ». Nous aurions pu faire traduire ce questionnaire en

plusieurs langues, dont l'anglais, l'espagnol ou l'arabe compte tenu de la présence importante de ces communautés dans le territoire.

Le troisième biais de sélection tient au nombre de perdus de vue pour les raisons précédemment citées.

Enfin si la mention « adressé par un médecin » est quasiment toujours précisée dans l'observation de l'IOA, les troubles cognitifs ou la barrière de la langue ont rarement été mis en avant. On peut suspecter qu'un certain nombre de patients ont été exclus par les IOA mais que nous avons dû comptabiliser dans les patients n'ayant pas remis les questionnaires.

5. Biais de désirabilité sociale

Nous avons bien précisé aux patients dans la fiche information (**Annexe 3**) que la réponse au questionnaire ne modifierait pas leur prise en charge. Cela a pu inciter les patients à répondre favorablement à la réorientation de par l'absence de caractère stigmatisant de cette réponse.

Par ailleurs, le biais de désirabilité sociale (39), qui correspond à la tendance d'un individu à donner des réponses socialement acceptables au détriment de la pensée réelle ou des sentiments personnels, et d'aller ainsi dans la direction de la réponse « attendue », est à prendre en compte. L'engorgement des Urgences est au cœur des sujets actuels et sa médiatisation a pu induire des réponses favorables en faveur de la réorientation.

C. Comparaisons avec les données de la littérature

1. Les données socio-économiques

Dans notre étude, l'âge moyen de notre population est de 34.1 ans, similaire à celui de l'étude du Dr Gentile en 2009 (32) qui est de 36.3 ans.

Nous retrouvons par contre une proportion assez équilibrée dans le genre avec une discrète prédominance des femmes (53% vs 47%) alors que l'étude de 2009 rapportait 58.8% d'hommes.

On notait en 2009 une nette prédominance d'actifs à 69.4% identique à la nôtre avec 69% d'actifs.

Sur le plan de la couverture médicale, notre étude rapporte seulement 2 patients sans aucune couverture contre 20% dans celle de 2009, avec un taux de CMU à 23.5% contre 17% dans la nôtre. Seulement 14% de nos patients ne disposent pas d'une mutuelle complémentaire.

Enfin 84% de nos patients déclarent avoir un médecin traitant, versus 70.6% dans l'étude du Dr Gentile. En France, le dernier recensement disponible de 2019 fait état de 9,9% des Français n'ayant pas déclaré de médecin traitant (34).

2. Circonstances de venue et raisons avancées

Les patients non urgents de notre étude sont essentiellement venus de leur propre initiative ou sur les conseils de leur famille. Seuls 12% sont adressés par des intervenants extérieurs. L'étude de 2009 rapportait des chiffres globalement identiques avec environ 80% de venues spontanées, de leur propre initiative ou par celle de la famille. A noter que dans l'étude de 2009, les patients adressés par les MT n'étaient pas exclus.

En 2003, un rapport de la DREES (35) avançait que 62% des patients aux Urgences venait de leur propre initiative. Ce chiffre est confirmé en 2014 par la DREES dans une nouvelle enquête (36).

La raison la plus souvent invoquée dans notre population est l'inquiétude ou la douleur trop importante pour près de la moitié des patients (49%). Ce taux est inférieur à celui du Dr Gentile qui retrouve 65.8% de patients qui avançaient la douleur comme raison principale. La deuxième raison mise en avant dans notre étude est la difficulté pour 46% des patients à trouver de rendez-vous avec leur MT. On ne retrouve que 22.3% des patients de 2009 déclarant ce souci. Cela peut s'expliquer par la période choisie pour notre étude avec de nombreux médecins traitants en vacances, non remplacés. D'ailleurs, dans l'article du BMJ de 2019 (13), environ 10% des patients seulement ont déclaré avoir recours aux urgences faute de médecin généraliste disponible en ville.

Enfin concernant le degré d'urgence ressenti par les patients, on retrouvait en 2009 une moyenne à 10.6 ± 5.6 sur 20, contre 12.18 ± 4.61 pour la nôtre. Cette différence n'est pas majeure mais tend à abonder dans le sens d'une société de l'immédiateté avec des délais de prise en charge souhaités par les patients toujours plus courts. Le rapport du député Thomas Mesnier en 2018 rappelle que les études montrent un taux d'hospitalisation stable autour de 20% après un passage aux Urgences depuis de nombreuses années, alors que les cas graves représentent 10% des passages (37).

3. Critère de jugement principal

Notre taux d'acceptation de la réorientation est significativement plus élevé avec 79% d'acceptation contre 68.2% dans celle du Dr Gentile de 2009. On peut évoquer une possible évolution des mentalités en 10 ans par rapport au phénomène d'engorgement des Urgences mais on peut aussi penser que beaucoup de patients sont venus au SAU par défaut de solution alternative, aggravé par la période estivale.

A titre de comparaison, l'étude menée en pédiatrie lors de la thèse de M. BASSEUX à Lille en 2017 (31) retrouvait seulement 57% d'acceptation. Une autre étude en pédiatrie de 2016 (38) montrait des taux similaires au notre avec 82.2% d'acceptation pour les consultations non justifiées et 74.4% pour les consultations justifiées, sans différence significative entre les deux.

Cependant, il est difficile d'extrapoler ces données compte tenu du facteur d'inquiétude parental qui entre en compte, ainsi que du caractère théorique non effectif de la réorientation.

Il faudrait donc mener une étude similaire avec la possibilité de réorienter réellement le patient pour éviter les réponses purement déclaratives sans caractère contraignant.

4. Critères de jugement secondaire

Dans notre étude, la distance et le délai d'attente semblent être des facteurs importants pouvant influencer l'acceptation. Cela va dans le sens de la tendance

actuelle qui vise à mettre en place des structures intégrées à l'hôpital avec des médecins généralistes présents pour assurer les consultations relevant de la médecine générale dans des délais satisfaisants pour les patients, et permettant de diminuer le flux de consultation aux Urgences. Les patients rappellent pour la moitié d'entre eux qu'ils n'avaient pas réussi à trouver de rendez-vous et 40% estiment par ailleurs qu'un médecin généraliste est apte à s'occuper du problème ayant conduit à la consultation aux SAU.

Les raisons évoquées concernant le refus de réorientation sont essentiellement liées à la présence d'un plateau technique hospitalier avec l'accès aux spécialistes pour 48% d'entre eux, et aux examens complémentaires pour 38%.

Dans l'enquête de la DREES de 2003 (35), les patients évoquaient avant tout des raisons de commodité (47% avec la proximité de l'hôpital, 38% voulaient être pris en charge rapidement). Le degré d'urgence justifiait le passage aux Urgences pour 32% des patients. Enfin l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes étaient respectivement avancé par 44% et 43% des patients interrogés.

Il conviendrait donc de mettre à disposition des médecins généralistes exerçant dans une éventuelle structure intégrée un accès facilité aux examens complémentaires et aux avis spécialisés.

Enfin on note que près de 54% des patients sont prêts à avancer les frais ou à régler une partie contre 41% dans l'étude du Dr Gentile.

L'argument de l'absence d'avance des frais est régulièrement mis en avant dans l'imaginaire collectif mais cela ne ressort pas dans notre étude. Encore une fois, le caractère non contraignant de la réorientation limite l'interprétation du résultat dans notre population.

5. Régressions logistiques

Les analyses multivariées par régression logistique dans notre échantillon ne sont statistiquement pas significatives. Seules les variables « Médecin Traitant » et « Degré d'urgence » pouvaient permettre l'analyse, mais les intervalles de confiances sont très larges et les $p > 5\%$. Cela peut s'expliquer par un manque de puissance (par exemple, seuls 2 patients sans MT ont refusé la réorientation).

Nous n'avons donc pas pu réaliser de comparaison en analyse multivariée avec celles réalisées en 2009.

D. Perspectives

1. Causes de la surfréquentation des Urgences

Le phénomène d'engorgement des Urgences est complexe et multifactoriel. Il résulte de problèmes internes à leur fonctionnement ou à celui de l'hôpital, mais aussi de problèmes en amont et en aval du moment de la consultation.

En amont des Urgences

La méconnaissance des patients de la PDS, notamment ambulatoire, et de son mode de fonctionnement participe partiellement à l'augmentation excessive de consultations « non urgentes ».

Par ailleurs, la carence de médecins généralistes et spécialistes dans les territoires, ainsi que des autres personnels paramédicaux (IDE, dentistes...) entraînent des délais de rendez-vous importants, incompatibles avec la prise en charge des urgences relatives pour certains patients. Il existe par ailleurs des inégalités importantes sur le territoire. EN 2017, la SNIIRAM (Système National d'Information InterRégimes de l'Assurance Maladie) montrait qu'en Aquitaine il y avait 88 généralistes pour 100 000 habitants, mais seulement 67,5/100 000 en Lot et Garonne contre 97.3/100 000 en Gironde (40).

Le mode d'exercice actuel des médecins généralistes est parfois mis en cause, avec un emploi du temps essentiellement réservé aux consultations sur rendez-vous, programmées de nombreux jours en avance, et limitant les plages permettant l'accueil des patients présentant une pathologie aiguë. Le modèle du médecin de famille aux horaires extensifs avec une large part de visites à domicile est obsolète, et n'a pas été compensé par une augmentation du numerus clausus.

Cependant, l'URPS (Union régionale des Professionnels de Santé) en 2013 (41) a mené une étude en Franche-Comté aboutissant au chiffre de 500 000 consultations non honorées par les patients, avec une estimation après extrapolation de ces données à un total de 28 millions de rendez-vous non honorés chaque année en France. Cela correspondrait d'après l'URPS d'Ile-de-France à 40 minutes de consultations perdues par jour pour chaque praticien.

De plus, un rapport du Sénat en 2017 (42) dénonçait en 2017 une société de « l'immédiateté ». En effet, les praticiens hospitaliers ont mis en avant une « modification importante dans le profil des patients reçus aux Urgences, qui se trouvent de plus en plus dans une quête d'immédiateté- cette évolution correspondant par ailleurs à une évolution sociétale de fond ». Ce constat est aussi mis en avant par René CAILLET, Responsable du pôle de soin sanitaire et médicosocial à la Fédération Hospitalière de France, en parlant de « patients de moins en moins patients ». (43)

Enfin, il arrive fréquemment que certains services hospitaliers refusent de faire des entrées directes, en demandant aux médecins d'adresser les patients aux Urgences malgré les appels directs dans le service par le médecin adresseur. Cela entraîne une surcharge de travail pour les SAU ainsi qu'une augmentation des flux et des temps de passages de l'ensemble des patients aux Urgences. Cela entraîne également une majoration du temps de consultation pour les médecins généralistes, consacré à exposer la problématique à plusieurs interlocuteurs différents.

Au niveau des Urgences

Le système de tarification à l'activité mis en place en 2007 lors du « plan Hôpital » (44) à l'activité est un système inflationniste n'incitant pas à la réorientation des patients « non urgents » des Urgences vers les structures alternatives. En effet, ces patients présentent un apport financier pour les hôpitaux alors que leur prise en charge est rapide et peu coûteuse, en matériel et en personnel.

Certains hôpitaux ouvrent des maisons médicales au sein de leur structure afin de fluidifier les passages aux SAU, mais certains hôpitaux préfèrent conserver ces consultations « non urgentes » plutôt que de risquer les pertes financières non négligeable qu'une telle réorientation pourrait entraîner.

D'autre part, les SAU deviennent de plus en plus un recours pour l'urgence sociale et non uniquement médicale. On peut citer les maintiens à domicile des personnes âgées, les problèmes financiers des patients, les problèmes médicaux des patients sans domicile fixe, les troubles psychologiques et les addictions compliquant la prise en charge ambulatoire... Ces urgences sociales ne sont souvent pas à proprement parler des urgences médicales mais sont gérées quotidiennement dans les SAU, avec l'aide d'assistants sociaux (45).

En aval des Urgences

Le problème principal en aval des SAU réside dans le placement des patients devant être hospitalisés. Les fermetures de lit ainsi que les carences de personnels dans les services d'aval diminuent fortement les possibilités d'hospitaliser le patient dans le bon service. On estime d'ailleurs à 10 % le nombre de patients hospitalisés dans le mauvais service (46).

Il en résulte souvent une durée de passage aux Urgences augmentée pour les patients en attente de solution d'aval, une augmentation du risque médical dans la prise en charge globale des patients au SAU, et une perte de chances pour les patients hospitalisés dans le mauvais service. (18 – 19)

Afin de limiter la perte de temps, un personnel dédié à la gestion des lits est en train de se généraliser dans les hôpitaux. Par ailleurs, des systèmes de référencement des

lits disponibles comme le système du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) ont été mis en place pour faciliter la localisation des lits d'aval disponibles.

2. La difficulté de définir le patient « non urgents »

Le patient « non urgent » ou le recours non approprié sont définis différemment selon les pays. Une thèse réalisée en 2012 rappelait que l'absence de définition consensuelle de ce qui constitue l'urgence, du manque d'outils de triage fiables et de consensus sur le rôle exact des SAU contribuent à la difficulté d'identification des patients « non urgents » et la systématisation de leur réorientation vers des structures alternatives (27)

Le rapport du Sénat de 2017 (42) a mis en annexe un tableau résumant les définitions et critères du recours inappropriés aux SAU des divers pays de l'OCDE (**Annexe 4**). Selon ce rapport de l'OCDE, le taux de patients inappropriés aux Urgences est de 12% aux États-Unis, 20% en France, 25% au Canada, 32% en Australie, et 56% en Belgique (47). Ce tableau montre l'hétérogénéité du taux de recours inappropriés d'un pays à l'autre. Il démontre par ailleurs que la France n'est pas un cas isolé.

3. Les solutions envisagées

Pour envisager la mise en place d'un système de réorientation accepté par les parents, il est nécessaire de mettre en place plusieurs choses.

Il semble important dans un premier temps qu'une information suffisante soit délivrée au patient réorienté par rapport à la prise en charge concernant le lieu, l'heure de prise en charge, le coût des soins, l'identité du médecin.

Dans notre étude, le système de maison médicale intégrée dans la structure semble plébiscité par les patients. Moins l'éloignement et le délai de prise en charge sont importants, plus la réorientation sera susceptible d'être acceptée.

Il pourrait être utile de généraliser ce système, cela nécessitant par ailleurs une modification de la rémunération des services et des médecins prenant en charge ces patients.

Le rapport du Sénat de 2017 proposait d'ailleurs d'«utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgences à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, et en créant un forfait de réorientation vers les structures de ville ». C'est sur rapport que se basait l'amendement avec l'article *Art. L. 62-22-6-2* d'Olivier Veran (48) qui proposait la possibilité de facturation par les établissements de santé de la réorientation de patients.

Il proposait aussi de privilégier l'adossement des MMG aux Urgences et de généraliser le tiers payant intégral dans ces structures.

Les structures de type SOS médecins, assurent 60% de la demande de soins non programmés dans les zones urbaines où elles sont présentes selon le livre blanc de SAMU- Urgences de France 2015 (49). Généraliser ces structures dans les villes permettrait de désengorger partiellement les cabinets et les Urgences des soins non programmés.

Pour rendre ce système plus efficace, il faudrait faciliter l'accès pour le médecin généraliste aux examens d'imagerie et de biologie. En effet, les difficultés d'accès aux plateaux technique en fonction des contraintes horaires et du nombre de place limité justifie dans une démarche d'immédiateté le recours aux Urgences.

On peut aussi mettre en avant le problème de la judiciarisation de la médecine qui prend parfois le pas sur le raisonnement médical. Une thèse soutenue en 2016 montrait que plus d'un tiers des médecins modifiait leur comportement en fonction de la pression médico-légale (50). Cette étude montrait par ailleurs que 50% des médecins qui ressentaient cette pression adressaient plus facilement les patients aux Urgences, entraînant ainsi une augmentation du flux.

V. Conclusion

Le phénomène d'engorgement des Urgences est un problème complexe et multifactoriel. Les pistes explorées pour limiter ce dernier sont multiples.

La fréquentation des Urgences par les patients présentant une pathologie non urgente est importante, et ce même lors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux en ville.

Il ressort de notre étude un taux d'acceptation théorique important de la réorientation des Urgences vers des structures de médecine générale. Cependant, ces derniers jouent déjà un rôle prépondérant dans le système de soins, en assurant déjà 70% des recours urgents ou non programmés. Le nombre insuffisant de ces praticiens et le temps d'obtention des rendez-vous limitent cette réorientation.

Une des pistes envisagées qui semble efficace est la structure de soins alternative au sein même de l'hôpital, sous réserve d'horaires élargis et d'accès facilités aux examens complémentaires et aux avis de spécialité. Néanmoins, la carence de médecins généralistes et spécialistes sur le territoire reste un frein à la mise en place de ces structures, et si la part des soins non programmés augmente pour les généralistes, cela va déplacer les problèmes en diminuant la part de ses autres missions (suivi des pathologies chroniques, prévention...).

La question générale qui se pose finalement est celle de l'orientation que doivent prendre les services d'Urgences et de ses modalités d'accès. Doit-on s'adapter à la demande des patients en réformant le service proposé, ou doit-on limiter l'accès par différents moyens afin de conserver leur mission initiale ?

En ce sens, la mise en place de filières courtes ou « fast track » permettant de répondre à la demande des patients va plutôt dans le sens d'une réforme de la mission initiale.

VI. Bibliographie

1. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA EUROPE. 2002. :52. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Larousse [En ligne]. Urgence définition, [consulté le 11 novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
3. Druais P.-L., Gay B., Le Goaziou M.-F., Bukowski M., Gilberg S. Médecine Générale. 2^o édition. Éditions Masson; 2009. p.61-2.
4. Boënnec P. Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire. Rapport d'information sur la permanence des soins. 2008 [En ligne]. [Consulté le 13 novembre 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>
5. Code de la santé publique. Article L6314-1 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 75. [En ligne]. [Consulté le 13 Nov 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
6. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazarourte K. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. Réanimation. 2013 Nov;22(6):610–5. [Consulté le 9 Dec 2019]. Disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1311-Reanimation-vol22-N6-p610_p615.pdf
7. Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence. 2013 [En ligne]. [Consulté le 16 Nov 2019]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf
8. Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. Ann Fr Médecine Urgence. 2014 Nov 1;4(6):349–53.
9. SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018 [En ligne]. [Consulté le 12 Nov 2019]. Disponible sur : <https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/2018%2006%2010%20FRENCH%20pour%20PDF%20A4%20V1.1%20site.pdf>
10. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Paris : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques; Études et Résultats. 2007 : 607 [En ligne]. [Consulté le 16 Nov 2019]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale>

11. FEDORU | Fédération des ORU [En ligne]. [Consulté le 14 Novembre 2019]. Disponible sur : <http://www.fedoru.fr/>
12. Publications | ORUNA [En ligne]. [Consulté le 14 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.oruna.fr/espace-documentaire/publications>
13. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf.* 2019 Oct 30;
14. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med.* 2005 Mar;23(2):131–7.
15. Cour des Comptes, Chambres régionales et territoriales des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport Sécurité Sociale 2014. [En ligne]. [Consulté le 15 Novembre 2019]. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
16. Cours des Comptes. Les urgences hospitalières: des services toujours trop sollicités. Rapport Public Annuel 2019. [En ligne]. [Consulté le 15 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
17. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008 Aug;52(2):126–36.
18. Liu SW, Thomas SH, Gordon JA, Hamedani AG, Weissman JS. A pilot study examining undesirable events among emergency department-boarded patients awaiting inpatient beds. *Ann Emerg Med.* 2009 Sep;54(3):381–5.
19. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):213–6.
20. Sprivulis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):208–12.
21. Loan Tranthimy. Les urgences saturées ? Agnès Buzyn veut améliorer la PDS libérale | Le Quotidien du médecin. 2017 [En ligne]. [Consulté le 16 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/les-urgences-saturees-agnes-buzyn-veut-ameliorer-la-pds-liberale>
22. Assemblée nationale. PLFSS POUR 2019 (n° 1297) - Amendement n° 659 [En ligne]. [Consulté le 15 Novembre 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1297/CIION-SOC/AS659>
23. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency

department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013 Jan;19(1):47–59.

24. Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agen [Thèse]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016. 75 p.

25. Chaiyachati K, Kangovi S. Inappropriate ED visits: patient responsibility or an attribution bias? *BMJ Qual Saf*. 2019 Nov 4;

26. Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. *J Gen Fam Med*. 2019 Jul;20(4):146–53.

27. Durand-Aprile A-C. Les consultants "non-urgents" dans les services d'urgence : état des lieux et pistes de solutions [Thèse]. Aix-Marseille Université; 2012. 144p.

28. Morin MC. Evaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison médicale de garde dès l'accueil des urgences [Thèse]. Angers; 2017. 76 p.

29. Lafay V, Giraud C, Bel C, Giovannetti O. [General practice consultation in a hospital emergency department. History, evaluation and prospects]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2002 Oct 26;31(35):1643–9.

30. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. [Medical emergency care units in France]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2005 Jun;17(2):233–40.

31. Basseux C. Recours aux urgences pédiatriques: les patients "non urgents" sont-ils réorientables vers une consultation de médecine générale? [Thèse]. Lille. Université de Lille 2;2017. 72p.

32. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. [Do non-urgent patients presenting to an emergency department agree with a reorientation towards an alternative care department?]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009 Feb;57(1):3–9.

33. R: The R Project for Statistical Computing [En ligne]. [Consulté le 16 Novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>

34. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? - MG France. 2019. [En ligne]. [Consulté le 09 Décembre 2019]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitant-mythe-ou-realite>

35. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *DRESS, Études et Résultats*. Janvier 2003; 215: 7-8 [En ligne]. [Consulté le 23 Novembre 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/motifs-et->

36. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS, Études et Résultats. Juillet 2014; 889:3-4 [En ligne]. [Consulté le 23 Novembre 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux>
37. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Thomas Mesnier. Mai 2018 [En ligne]. [Consulté le 09 Décembre 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
38. Cosaert C. Analyse des consultations justifiées et non justifiées aux urgences pédiatriques par rapport à la médecine libérale : première étape de la création d'un outil d'éducation pour la santé ayant pour objectif le désengorgement des urgences pédiatriques. [Thèse] Université Lille2. 2016. 83 p.
39. Paulhus, D. L. Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 2002. p. 49–69.
40. Effectifs et densité des professionnels de santé en 2017. SNIIRAM. [Ensemble de données en ligne] [En ligne]. [Consulté le 09 Décembre 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>
41. URPS Ile-de-France: Rendez-vous médicaux non honorés-Demande de soins non programmés- État des lieux et solutions: Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. Juin 2015 [En ligne]. [Consulté le 21 novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
42. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Rapport d'information Sénat n°685. 2017 [En ligne]. [Consulté le 21 Novembre 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
43. Wargon M. Wargon M, Hellmann R. Chair Santé Sciences Po. Les urgences : un symptôme des changements de la société? Acte du Séminaire. 2014. :37.
44. LOI n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. 2003-1199 Dec 18, 2003.
45. Blondelet I, Croguennec Y, Burghardt J, Cesari C, Derain V, Gloanec B, et al. Référentiel de compétences de l'Assistant(e) de Service Social en Médecine d'Urgence. 2012. :76.
46. Ricroch L. « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », Études et Résultats, n°973, DREES, septembre 2016. [En ligne]. [Consulté le 21 Novembre 2019]. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/trouver-un-lit-apres-les-urgences-une-tache-plus-facile-pour-les-petits>

47. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. 2016; Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jlr3czbqw23-en>
48. Code de la sécurité sociale - Article L162-22-6-2. Code de la sécurité sociale.
49. Livre blanc, « Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France », 2015. [En ligne]. [consulté le 09 décembre 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
50. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive. Etude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçant du Nord-Pas-De-Calais. [Thèses]. Université de Lille 2. 2016. 107p.

VII. Annexes

Annexe 1 : Échelle CIMU

CIMU Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation

Mise à jour avril 2011 – Pierre Taboulet

TRI	SITUATION	RISQUE D'AGRAVATION	PERTE DE CHANCE EN CAS D'ATTENTE	CONSOMMATION DES RESSOURCES HOSPITALIERES†	ACTIONS	DELAIS D'INTERVENTION	INSTALLATION
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV‡)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV‡)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

NB : une étoile (*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DEBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)

†RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aérosols, suture, radiographie, avis spécialiste...

‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

Annexe 2 : Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE PATIENT

Caractéristiques socio-économiques et démographiques

- 1) Date: ___/___/___
- 2) Age : _____
- 3) Genre : Homme Femme
- 4) Quel est votre niveau d'étude?
- Brevet des collèges
 - Bac
 - Etudes supérieures
- 5) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?
- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Cadre supérieur | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> Sans emploi |
| <input type="checkbox"/> Employé | |
- 6) Quelle est votre couverture santé?
- Aucun
 - Sécurité sociale
 - CMU
 - AME
- 7) Avez vous une mutuelle?
- Non
 - Complémentaire privée
 - CMU-C

Les raisons de votre consultation aux Urgences

- 8) Aujourd'hui, quelle est la raison principale de votre consultation?
- _____
- 9) Avez vous un médecin traitant? Oui Non
- 10) Qui a pris la décision de venir aux Urgences? (1 réponse possible)
- Vous même
 - Un membre de votre famille
 - Votre employeur
 - Autre: _____

- 11) Quelles sont les raisons qui vous ont amené à consulter aux Urgences? (3 réponses maximum)
- Parce que je n'ai pas de médecin traitant.
 - Parce que mon médecin traitant ne pouvait pas me recevoir.
 - Parce que je n'ai pas besoin de prendre rendez-vous/ parce que je suis pressé.
 - Parce que je pense avoir accès aux examens complémentaire plus facilement.
 - Parce que je pense avoir besoin d'un spécialiste.
 - Parce que je ne peux/veux pas avancer les frais médicaux.
 - Parce que je suis inquiet/la douleur est trop importante.
 - Parce que j'ai besoin d'un certificat.
 - Parce que je ne suis pas de la région.
 - Autre _____
- 12) Sur une échelle de 0 à 20, notez votre ressenti sur le degré d'urgence: ____/20

Acceptation de réorientation vers une structure de médecine générale

Votre évaluation initiale par l'infirmière d'accueil montre que vous pourriez être réorienté vers une structure de médecine générale.

- 13) Accepteriez vous la réorientation vers une structure de médecine générale? Oui Non

Si oui

- 14) Seriez vous d'accord pour vous déplacer?
- Dans **une** structure au sein de l'hôpital.
 - A moins de 5 minutes en voiture.
 - A moins de 10 minutes en voiture.
 - A moins de 15 minutes en voiture.
- 15) Accepteriez-vous un délai de?
- Moins de 2 heures.
 - Moins de 4 heures.
 - Moins de 6 heures.
- 16) Pour quelle raison? (plusieurs réponses possibles)
- parce que je suis rassuré par l'évaluation initiale l'infirmière d'accueil.
 - parce que je ne pense pas relever de l'urgence.
 - Parce que j'avais des difficultés à trouver un rendez-vous avec un médecin généraliste/spécialiste.
 - Parce que je pense qu'un médecin généraliste est apte à s'occuper de mon problème.
- 17) **Si non**, pour quelle(s) raison(s)? (3 réponses maximum)
- Parce que vous ne souhaitez/ne pouvez pas faire l'avance des frais
 - Parce que vous pensez que les soins fournis aux Urgences sont de meilleure qualité
 - Parce que vous pensez que vous accédez plus facilement aux examens nécessaires
 - Parce que vous pensez qu'il sera plus facile de consulter un spécialiste
 - Parce que vous pensez que le temps d'attente sera plus court si vous restez aux Urgences
 - Parce que vous avez des difficultés à vous déplacer
 - Autre: _____
- 18) Accepteriez vous en cas de refus de cette réorientation d'avancer les frais médicaux ou de payer une majoration aux urgences? Oui Non

Annexe 3 : Fiche d'information du patient

<p align="center">Projet de réorientation des patients non urgents (Thèse médicale au CH d'AGEN-NERAC)</p>

NOTICE D'INFORMATION POUR LE PATIENT

Madame, Monsieur,

➤ Depuis de nombreuses années, le nombre de passages au sein des services d'urgences ne cesse d'augmenter.. Le député M Olivier VERAN a proposé un amendement visant à favoriser la réorientation, actuellement en phase d'expérimentation, afin de désengorger les services d'Urgences.

Objectifs du questionnaire

➤ Ce questionnaire vous sera remis par l'infirmière d'accueil si elle estime que votre situation est éligible à une réorientation vers une structure de médecine générale. Le but de cette étude est d'envisager, à l'avenir, de proposer aux patients éligibles qui l'accepteraient, une réorientation vers des structures externes.

Les réponses à ce questionnaire ne modifieront pas votre prise en charge aux Urgences ce jour.

Informations réglementaires

➤ Ce questionnaire sera rendu anonyme et les données seront traitées conformément à la réglementation (Loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

➤ Pour toute question, vous pouvez vous adresser au personnel médical et paramédical des Urgences, ainsi qu'aux investigateurs de l'étude, Jérémie VAILLANT et le Dr Paul-Antoine ROZIER au 05.53.69.70.93 ou par courriel à l'adresse suivante : vaillantj@ch-agen-nerac.fr

Par avance, merci pour votre aide

Annexe 4 : Définition et critères utilisés pour définir le caractère inapproprié d'une visite au SAU dans divers pays (source OCDE)

Box 1. Definition and criteria used to define inappropriate (or appropriate) ED visits in selected studies	
Australia – Source: AIHW, 2013	
Potentially avoidable GP-type presentations to EDs indicate the number of attendances at public hospital EDs that potentially could have been avoided through the provision of non-hospital health services. They are defined as a type of emergency presentation where the patient: (i) was allocated a triage category of 4 (semi-urgent conditions for which assessment and treatment start within 60 minutes) or 5 (non-urgent conditions for which assessment and treatment start within 120 minutes); (ii) did not arrive by ambulance or by police or correctional vehicle; (iii) at the end of the episode was not admitted to the hospital, was not referred to another hospital and did not die.	32.4% of ED visits are inappropriate
Belgium – Source: De Wolf and Vanoverloop, 2011	
Emergency visits are considered appropriate when the patient is referred by a GP or by the emergency helplines; when the patient is admitted to the hospital at the end of the episode; when the plaster room is used; when the patient dies on the same day; when it is a psychiatric emergency; or when child delivery is expected in the coming three months. Visits are considered inappropriate for all other situations.	56.0% of ED visits are inappropriate
Canada – Source: Afialo et al., 2004	
Inappropriate visits are measured as non-urgent use of the emergency department. The Canadian Triage System (CTAS) is used to categorise non-urgent use. It corresponds to Code 5, which denotes a patient who can wait two hours before being seen by a physician. The condition may be acute but not urgent and may be part of a chronic problem but with or without evidence of deterioration. These patients could potentially be referred to and treated in primary care centres.	25% of ED visits are inappropriate
England – Source: McHale et al., 2013	
Visits to EDs are considered inappropriate if the patient was self-referred; the attendance category was the initial ED attendance or unplanned follow-up; the investigation code was 'none' and the treatment code was either 'none' or 'guidance/advice only'; and the disposal method was discharge with no follow-up or discharge with follow-up from a GP. Visits to EDs are considered appropriate if the source of referral was any other than self-referred; the attendance category was planned follow-up; the attendance had a valid investigation code other than 'none' or a valid treatment code other than 'none' or 'guidance/advice only'; and the disposal method was either admission, referral to clinic, transfer to other health care provider, referral to other healthcare professional or other.	11.7% of ED visits are inappropriate
France – Source: Cour des comptes, 2014	
Avoidable visits result from patients seeking care for conditions that could have been treated in the community by the primary care system. The triage system, Classification Clinique des malades aux urgences (CCMU), is used to categorise avoidable visits. Patients falling under CCMU1 have a stable clinical condition for which it is not necessary to carry out additional medical tests.	19.4% Of ED visits are avoidable
Italy – Source: Bianco, Pileggi and Angelillo, 2003	
An inappropriate visit to an ED is classified as a non-urgent visit according to the following criteria: the patient has no active symptoms or they were recent and minor; there is no feeling of emergency and the patient desires a check-up; and a prescription refill or a return-to-work release.	19.6% of ED visits are inappropriate
Portugal – Source: Pereira et al., 2001	
An ED visit is considered appropriate if it results in patient hospitalisation; if death occurs in the ED; if the patient is transferred to another hospital; or according to explicit criteria based on specific diagnostic tests or treatment performed. A visit is appropriate if it requires imaging studies such as MRI, ultra-sonographic studies, CT scan, and if treatment requires intravenous fluids, oxygen, prescription medications administered in the ED, transfusion of blood products, orthopaedic treatments, wound management (other than cleaning or bandaging minor abrasions), and removal of foreign bodies (in eyes, and digestive or respiratory tract). Visits are considered inappropriate for all other situations.	31.3% of ED visits are inappropriate
United-States – Source: NEHI, 2010	
Avoidable ED use results from patients seeking non-urgent care or ED care for conditions that could have been treated and/or prevented by prior primary care.	12.1% of ED visits are inappropriate

Source: OECD Secretariat based on existing literature

Résumé

Introduction : le phénomène d'engorgement des Urgences est partiellement dû à l'utilisation de patients qui consultent pour des problèmes « non urgents ». Il a été proposé la possibilité de réorienter ces patients vers des structures de médecine générale après accord du patient. Le but de l'étude était d'évaluer le taux d'acceptation de la réorientation des patients aux horaires ouvrables et de collecter les motifs de refus ou d'acceptation. **Méthodes** : nous avons réalisé une étude prospective observationnelle mono-centrique sur les Urgences d'Agen du 5 juin 2019 au 30 août 2019. **Résultats** : 150 questionnaires ont été collectés, incluant une population avec une prédominance féminine (53%), d'âge moyen à 34 ans. La plupart des patients sont venus de leur propre initiative ou celle de leur famille, 49% pour des phénomènes douloureux ou une inquiétude importante, 46% car leur médecin ne pouvait pas les recevoir. Le taux d'acceptation de la réorientation est à 79% (n=113), favorisée par la proximité du lieu de consultation et le délai court. Les refus sont essentiellement liés à l'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires comme les imageries ou les biologies. **Discussion** : la réorientation est l'une des pistes pouvant mener à limiter la surfréquentation des Urgences. Des aménagements sont nécessaires pour faciliter l'adhésion des patients.

Mots clés : Urgences, Réorientation, Acceptation, Surfréquentation

Abstract

Introduction : Overcrowding in emergency department is partly due to the use of patients who consult for “non urgent” problems. It has been proposed the possibility of reorienting these patients to alternative structure with general practitioner, after the patient's agreement. The purpose of the study was to evaluate the acceptance of reorientation of nonurgent patients during working hours, and to collect the reasons for refusal or acceptance. **Methods** : We carried out a monocentric observational prospective study in the Emergency department of Agen. **Results** : 150 questionnaires were collected, with a population including a predominance of women (53%), with a mean age of 34 years. Most patients came on their own or their family's, 49% for pain or a major concern, 46% because their doctor could not receive them. The reorientation acceptance rate is 79% (n = 113), favored by the proximity of the place of consultation and the short delay. Refusals are mainly related to the wish to access to a specialist or the availability of medical services like imaging or laboratory tests. **Discussion** : The reorientation is one of the tracks that can lead to decrease the overcrowding of Emergency department. Adjustments are needed to facilitate patient adherence.

Keywords: Emergency department, Reorientation, Acceptance, Overcrowding