



HAL
open science

Évaluation de la non pertinence de recours aux services d'urgence en médecine générale

Justin Méglinsky

► **To cite this version:**

Justin Méglinsky. Évaluation de la non pertinence de recours aux services d'urgence en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03007980

HAL Id: dumas-03007980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03007980>

Submitted on 16 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Justin Méglinky

le 25 Octobre 2018

TITRE

Evaluation de la non pertinence de recours aux services d'urgence en
Médecine Générale

Directeur de thèse : Dr Marie Jantac

JURY

Président :
Pr Lambert Philippe

Assesseurs :
Pr David Michel
Dr Pavageau Sylvain
Dr Jantac Marie

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Justin Méglinky

le 25 Octobre 2018

TITRE

Evaluation de la non pertinence de recours aux services d'urgence en
Médecine Générale

Directeur de thèse : Dr Marie Jantac

JURY

Président :
Pr Lambert Philippe

Assesseurs :
Pr David Michel
Dr Pavageau Sylvain
Dr Jantac Marie

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	JOURDAN Jacques
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MARES Pierre
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PRAT Dominique
DAURES Jean-Pierre	PRATLONG Francine
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy
ELEDJAM Jean-Jacques	ROSSI Michel
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,

addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétiq ue
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERN HET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie

MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Magalie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc- Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Merci aux Pr Lambert et David ainsi qu'au Dr Pavageau d'avoir accepté de participer à cette thèse et à son Jury.

Merci à l'équipe du département de médecine générale pour l'enseignement fourni, l'accompagnement quotidien que vous fournissez, aux oreilles qui écoutent le soir en GEPT, au plaisir transmis de comprendre et découvrir la médecine générale comme elle doit être.

Merci aux Dr Nogrel et Dr Pons de m'avoir accueilli dans votre cabinet, de m'avoir fait découvrir votre métier, et même si parfois difficile, passion. De la confiance que vous m'avez accordée.

Dr Jantac Marie, merci d'avoir accepté de diriger cette étude, de m'avoir aidé à la réaliser, d'avoir fait le lien avec le service. Merci aussi pour l'encadrement lors de mon passage dans les urgences, les choses apprises, transmises. Tu as contribué à m'ouvrir au monde des urgences et à y voir derrière la difficulté apparente, la satisfaction du travail bien fait, la possibilité du contact humain.

Au service des urgences du CH de Perpignan :

Pour toute l'équipe, médicale, paramédicale et administrative, c'est dans ce service que j'ai pris goût à l'urgence, alors que jamais je n'aurai imaginé un jour prendre du plaisir à travailler dans un service d'urgence. Merci à tous pour votre gentillesse, votre dévouement et votre persévérance malgré les conditions de travail pas toujours évidente, pour ce que vous m'avez appris.

Merci aussi pour la participation de tous à mon travail, à l'assiduité des agents d'accueil administratif dans leur collecte des courriers, aux IOA, internes et médecins qui ont aussi contribué à en rattraper certains, tâche loin d'être intéressante !

Merci encore plus particulier à Philip et Régis, d'avoir accepté de participer à l'étude et d'y apporter votre expérience.

A mes parents qui ont toujours permis que je puisse suivre mes rêves et qui les ont encouragés quand ils le pouvaient. Pour votre présence tout au long de mon parcours médical et étudiant, privé et professionnel.

A mes amis qui à Lille comme à Montpellier ont su me supporter, parfois me porter, me changer les idées quand il le fallait, me suivre dans mes aventures quand ils le pouvaient !

TABLE DES MATIÈRES :

REMERCIEMENTS	10
TABLE DES ILLUSTRATIONS	12
Liste des abréviations	13
1. INTRODUCTION	14
A. La médecine générale en 2018	15
B. Contexte sanitaire dans les P.O.	15
C. Le Service d'Accueil des Urgences du CH de Perpignan.	17
1. Organisation	17
2. Activité	18
D. AEPf	19
2. MÉTHODE	22
A. Objectif	22
B. Type d'étude.....	22
C. Population d'étude.....	22
D. Méthode utilisée.....	23
3. RÉSULTATS	24
A. Evaluation quantitative.....	24
B. Evaluation qualitative.....	26
4. DISCUSSION	28
A. A propos des résultats.....	28
B. A propos de l'étude.....	29
C. Perspectives envisageables.....	31
5. CONCLUSION	32
Annexe	33

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures :

Carte 1 : Densité des médecins libéraux et mixte pour 10 000 habitants

Figure 1 : Flow chart

Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques de population

Tableau 2 : Motifs principaux de recours dans la population « non pertinent non justifié »

Tableau 3 : Principal motif dans la population « non pertinent non justifié » à 1 motif de recours

Tableau 4 : Motifs Principaux et secondaire dans la population « non pertinent non justifié » à 2 motifs

LISTE DES ABREVIATIONS

AEP : Appropriatness Evaluation Protocol

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hospitalier

AVC : Accident vasculaire cérébral

CH : Centre hospitalier

DIM : Direction de l'information médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

IDE : Infirmier diplômé d'état

IOA : Infirmier d'orientation et d'accueil

P.O. : Pyrénées Orientales

SAU : Service d'accueil des urgences

UE 1 -2- 3 : Unité d'examen 1 - 2 - 3

1. INTRODUCTION

Il existe une dualité entre Médecine Générale et Médecine d'Urgence.

D'une part le médecin généraliste en ville dont la prise en charge du patient est globale. Depuis la réforme de 2005 il est le pivot d'une prise en charge prolongée dans le temps. Sa mission est d'encadrer la prise en charge de ses patients et de savoir les orienter avec discernement quand ils en ont besoin. Par son caractère libéral, l'isolement ou le manque de moyen sont des difficultés qu'il doit prendre en compte.

D'autre part le médecin urgentiste dont le rôle est de traiter une pathologie « urgente » ponctuelle du patient, sans notion de continuité, parfois dans le service, parfois en hospitalisant. Mais qui de plus en plus se retrouver submergé par l'afflux, devenant par excès un trieur à l'entrée de l'hôpital. De plus la diminution des entrées directes dans les services ne fait qu'accentuer cet engorgement.

Se confronte donc les besoins de spécialiste ou d'acte hospitalier en médecine générale, à la situation des urgentistes souvent débordés. Inversement, les patients des urgences sont parfois réadressés pour une prise en charge à domicile par le médecin généraliste. Ces deux situations, par le manque de moyen croissant de la médecine en France, sont souvent à l'origine de tension entre ces deux professions pourtant complémentaires dans la prise en charge du patient.

L'idée de cette étude est donc partie de ce constat, de la volonté d'améliorer la prise en charge des patients en apportant une aide aux médecins généralistes. Mais pour apporter une aide utile il est nécessaire de connaître les difficultés que rencontre la profession. L'analyse dans un service d'urgence des patients adressé par un médecin semble un bon moyen d'identifier ces difficultés puisque souvent utilisé en dernier recours.

D'où l'intérêt pour cette problématique de la pertinence de recours aux urgences. Dont le but n'est pas d'évaluer le travail des médecins généralistes mais d'identifier les situations problématiques les amenant à y avoir recours et y envisager des solutions alternatives. Permettre une autre prise en charge de patient, améliorer les conditions de travail en médecine générale et diminuer l'afflux aux urgences par la même occasion.

La première partie de la thèse présentera le contexte sanitaire des Pyrénées Orientales ainsi que le rôle du médecin généraliste, la structure hospitalières et le service d'accueil des urgences du CH de Perpignan. Enfin la grille AEPf nous ayant servi pour l'évaluation des patients, son histoire et ses caractéristiques.

La deuxième partie se consacrera à l'étude, dont l'objectif principal est d'évaluer quantitativement la non pertinence de recours à un service d'urgence en médecine générale et l'objectif secondaire de l'évaluer qualitativement.

A. La médecine générale en 2018

Au niveau Européen la médecine générale a été définie en 2002 par la WONCA Europe, une branche régionale de la WONCA. Elle la définit comme :

La médecine générale - médecine de famille - est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. [1]

Le rôle du médecin généraliste y est défini par 11 caractéristiques, insistant notamment sur l'aspect primaire et non limité des soins, le rôle de coordination, de continuité mais aussi de gérer les problèmes de santé aigu ou chronique, d'intervenir dans les maladies quel qu'en soit le stade et la nécessité d'une intervention rapide.

En France, la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 confirme le rôle de pivot central du parcours de soin du médecin généraliste en rendant obligatoire la définition par les patients âgés de plus de 16 ans d'un médecin traitant, devant être consulté avant les spécialistes et dont la non consultation limite les remboursements. [2]

Elle est appuyée par la loi HPST du 21 juillet 2009, qui définit le médecin généraliste comme médecin de 1^{er} recours et acteur pivot de l'offre de soin en ambulatoire. Elle définit aussi la permanence des soins comme mission de santé publique et attribue sa mise en œuvre au médecin libéral en collaboration avec les établissements de santé. [3]

S'inscrivent donc les notions de premier contact, de pivot central du parcours de soin du patient mais aussi de prise en charge aigu et de collaboration avec les établissements de santé.

B. Contexte sanitaire dans les P.O.

L'étude s'est déroulée dans les Pyrénées Orientales, département de l'ancienne région Languedoc-Roussillon et nouvellement Occitanie. Ce département est limitrophe de l'Ariège et de l'Aude, ainsi que pour sa plus grande frontière, l'Espagne.

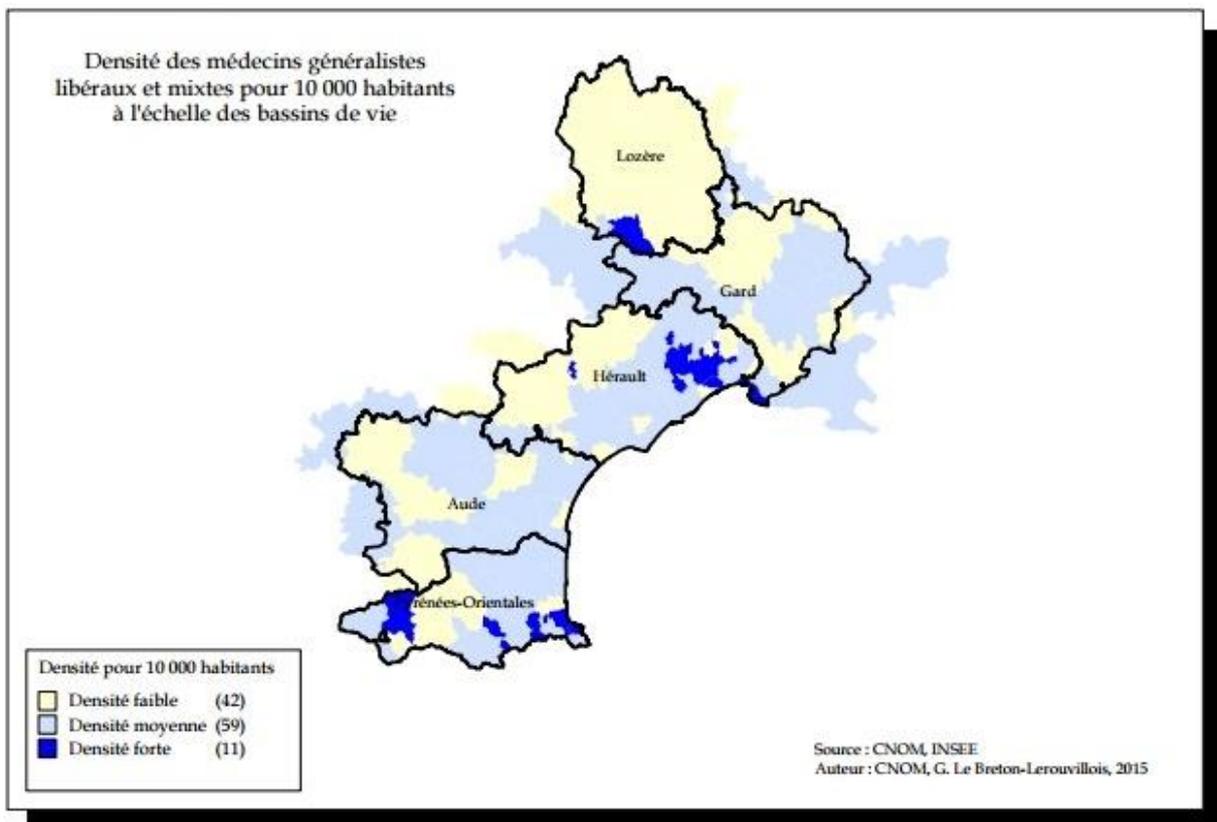
La population dans les P.O. s'élevait en 2016 à 474 848 habitants, dont 12% de personnes de plus de 75 ans pour une moyenne à 9,1% en France et 31,3% de plus de 60 ans contre une moyenne nationale à 24,9% , pour une population en légère majorité rurale.

Le Bassin de vie de Perpignan comprend environ 200 000 habitants en 2014 [4].

En termes de démographie médicale les PO comprennent au 1er janvier 2016 156,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour une moyenne en France métropolitaine à 131,3 pour 100 000 habitants, supérieure donc au taux national [5].

Dans le bassin de vie de Perpignan on dénombre environ 305 médecins généralistes inscrits à l'Ordre, soit environ 15,25 médecins généralistes pour 10 000 habitants en 2016, avec une moyenne du Languedoc Roussillon de 11 pour 10 000 habitants, alors qu'environ 38% des bassins de vie de l'ancienne région sont caractérisés par une densité faible. C'est un bassin de vie dit très favorisé [5].

Carte 1 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants – à l'échelle des bassins de vie



Concernant les pôles d'urgences, il y en a six dans le département, celui du Centre Hospitalier de Perpignan où se déroule l'étude et comprenant un service de réanimation polyvalente, un service de soin intensif cardiovasculaire, un service de soin intensif neurovasculaire.

Cinq autres appartenant à des cliniques privées à savoir : la Polyclinique Médipole Saint

Roch à Cabestany, la Clinique du Vallespir à Céret, la Clinique Saint Michel à Prades et la Clinique Mutualise Catalane et la Clinique Saint Pierre (disposant d'un service de réanimation) toutes deux à Perpignan.

C. Le Service d'Accueil des Urgences du CH Perpignan

1. Organisation

L'équipe médicale du SAU est composée de 45 médecins, et 8 internes, répartis sur plusieurs secteurs selon les heures, comme suivant :

- Filière longue 9h - 19h : 2 médecins, 1 interne
- Filière longue 19h - 9h : 2 médecins, 2 internes
- Filière courte 12h - 0h : 1 médecin, 1 interne
- Déchocage 9h - 19h : 1 médecin
- Déchocage 19h-9h : 1 médecin
- Accueil : 2 IOA
- 2 agent d'accueil et un secrétariat médical la journée
- 1 agent de sécurité sur 12h nuit et jour

Pour l'équipe paramédicale elle se constitue de 78 IDE, 40 AS, 7 ASH, 4 brancardiers, 3 cadres de santé.

Le service est informatisé et utilise le logiciel Urqual. Chaque box est équipé d'un ordinateur avec accès au logiciel, ainsi que le bureau médical et infirmier.

Le service est divisé en plusieurs secteurs, délimitant des zones de travail.

La zone d'accueil qui comprend :

- Un sas d'accès ambulance ou véhicule privé, un sas d'accès piéton et un sas de sortie
- Un bureau d'accueil et d'orientation avec IOA par zone d'accueil
- Un bureau administratif ouvert de 7 à 19 h
- Une salle d'attente accompagnant et patient l'UE1
- Une salle d'attente patiente « couché » en UE2 - 3 après accueil par l'IOA et sous sa surveillance, en attente de place en box

L'UE1 est surnommée filière courte « traumatologique » ouverte de 12h à 00h, :

- Un box suture
- Trois box d'examen
- Un bureau infirmier
- Une zone tampon patient

L'UE 2 et 3 surnommée filière « longue »:

- Un bureau médical
- Un bureau infirmier
- Dix box d'examen
- Une zone tampon en attente des résultats des examens demandés et de l'orientation des patients.

Un Déchocage avec accès à la zone d'accueil et à la radiologie :

- Cinq box de déchocage
- Un bureau médical centralisé

2. Activité

Le SAU recevait toutes les urgences hormis les urgences pédiatriques non traumatologiques et les urgences gynéco obstétricales qui possèdent leur propre service d'urgence.

L'activité du SAU déclarée par la DIM du CH pour les mois de septembre et octobre 2017 est détaillée comme suit.

Il fut enregistré un total de 9156 passages sur les deux mois, réparti équitablement en 4578 passages au mois de Septembre et 4578 passages au mois d'Octobre. Les moyennes étaient de 150 passages par jour et 6 passages par heure. La moyenne hebdomadaire était de 916 passages. Sur les deux mois, la répartition selon les plages horaire fut de 6162 passages en journée (7h-19h), 1941 passages en soirée (19h-00h) et 1053 passage en nuit profonde (00h-7h). Le détail par jour et par heure des passages est accessible par la DIM et sera utilisé pour les calculs des résultats.

D. L'Appropriateness Evaluation Protocol :

L'AEP est une échelle de critère trouvant son origine aux Etats unis. Au début du XX^{ème} siècle avec le Dr Codman et sa réforme de santé naît l'évaluation de la pertinence d'utilisation des hôpitaux via des "efficiency comittees", lesquels s'inspire du fonctionnement de l'industrie. Initialement le corps médical n'approuvera pas cette idée d'évaluation, refusant de voir son travail remis en question.

Il faudra attendre le milieu des années 1960, avec la création de Medicaid (aide médicale pour les bas revenus) et Medicare (aide médicale pour les cotisants de plus de 65 ans) augmentant considérablement les dépenses de santé et incitant les hôpitaux à évaluer leurs bonnes utilisations sous une pression financière, pour voir se développer les échelles d'auto évaluations, qui seront initialement peu reproductibles.

Les années 1970 voient l'instauration par le congrès américain du PSRO (Professional Standards Review Organisation) et afin de le soutenir, de deux programmes : le Sample Criteria for Short Stay Hospital Review qui trop difficile à manipuler fut abandonné, et le Decision Analysis for Concurrent Review qui bien qu'imprécis introduit la notion d'évaluation de la pertinence des recours par des critères indépendants du diagnostic.

De ces programmes successifs naît en 1981 d'après les travaux d'une équipe dirigée par Paul Gertman et Joseph Restuccia [6], en continuité des travaux de Goldberg et Holloway, l'AEP, cet outil permet alors l'évaluation de la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation à l'aide d'une liste de critères objectifs et indépendants du diagnostic. D'autre part alors que d'autres outils sont développés parallèlement à cette époque (Standardised Medreview Instrument, Intensity Severity Discharge review system ou Managed Care Appropriateness Protocol), c'est l'AEP qui rencontrera le plus de succès et sera mondialement diffusée et traduite.

L'étude de Strumwasser et al. De 1990 [7] puis l'étude de Kalant et al. [8] montre une bonne reproductibilité et fiabilité de l'AEP, notamment grâce à l'utilisation d'un over-ride, c'est à dire une possibilité de réévaluation par un jury d'expert des situations rencontrée.

En Europe il sera introduit dans le milieu des années 1980, les différents pays le traduisant dans leur langue propre et l'utilisant indépendamment. C'est en 1993 le programme européen BIOMED, incluant 7 pays (Autriche, Espagne, France, Italie, Portugal, Royaumes Unis

et Suisse)[9], est chargé de développer un instrument de mesure permettant de comparer les différents systèmes de santé des pays membres. S'inspirant de la version originale américaine et puisant dans les différentes traductions indépendantes effectuées auparavant, il instaure l'Eu-AEP qui permet l'évaluation de pertinence des admissions hospitalières et des journées d'hospitalisation. Cette version sera validée en 1999 [9] par une étude de T. Lang et A. Liberati et montrera une bonne reproductibilité et validité dans les différents pays européens. L'Eu-AEP est alors utilisée, mais dans une démarche différente de celle du système de soin américain puisque basé sur le volontariat et dans un but d'auto évaluation des structures pour améliorer leur efficacité et non plus uniquement à visée économique.

En France, l'année 1989 voit la création de l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation en Médecine), promouvant ces logiques d'évaluation des structures de soin. L'AEP-F sera introduite dès les années 1991 par Davido et al [10], puis une nouvelle étude en 1995 par Lang et al. [11] confirmera sa validité puisqu'étant facile d'emploi, reproductible et fiable. Elle sera par la suite reconfirmée par deux autres études en 1999 par Robain et al. [12] puis 2001 par Lombard et al. [13].

L'AEPf est constitué comme son homologue américain de deux grilles, une concernant les admissions composées de 16 critères et l'autre concernant les journées d'hospitalisation et composée de 24 critères, ainsi que d'une possibilité d'Over-Ride, c'est à dire de réévaluation d'un cas par un jury d'expert, à priori ne répondant pas aux critères des grilles, et permettant de valider tout de même sa pertinence.

Le but de l'AEPf en France sera de mettre à disposition des structures hospitalière un outil maîtrisable et permettant d'identifier les dysfonctionnements susceptibles d'être corrigés. Il ne sera pas utilisable dans le but d'évaluer la performance d'un service, ni pour porter un jugement sur une décision d'hospitalisation.

En 2000 la HAS publie un rapport de démarche et qualité dans le système de santé dans lequel elle liste une série de 14 démarches qualités. La 1^{ère} démarche de seconde intention, d'approche des problèmes par comparaison recommande l'utilisation de l'AEP dans l'évaluation des admissions hospitalières [26].

En 2004 la HAS publie une revue de la pertinence des soins [14] dans laquelle elle définit le rôle de l'AEPf :

- Elle permet l'évaluation de la pertinence d'une admission ou hospitalisation par les professionnels de santé
- Elle définit les notions de pertinence d'une admission ou hospitalisation si celle ci

répond aux critères de la grille AEP ou à l'over ride. De non pertinence mais de justification d'une admission ou d'une hospitalisation si le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lequel les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas ou sont indisponibles à un moment donné. Enfin une admission ou journée d'hospitalisation est non pertinente et non justifiée si le patient aurait pu recevoir des soins requis, identiques et/ou moins coutant dans une autre structure qu'hospitalière.

- La grille AEPf des admissions peut être utilisée dans le service des urgences ou dans tout service ayant des entrées directes non programmées

- Elle sert à engager une démarche d'auto-évaluation pour repérer les déficits internes (organisationnels ou structurels) de l'établissement, les déficits externes à l'établissement, dans le but de mettre en place des mesures correctives et comparer, dans le temps, le taux de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans la structure.

Grille en annexe (Annexe n°1)

Depuis, en France, il n'y a pas eu d'autre recommandation par la HAS sur l'évaluation de la pertinence des admissions hospitalières, ou sur l'utilisation d'autre grille que l'AEP-f dans ce but. Cette grille pourtant ancienne reste donc le meilleur outil actuel dans le but de l'évaluation de la pertinence des admissions hospitalières ou des hospitalisations.

En 2009 la HAS publie un rapport sur l'utilisation de l'hôpital en Europe [27], dans lequel elle met en évidence l'hétérogénéité des systèmes de soins européens, tant sur le plan structurel (hôpitaux publique ou privé, hyperspécialisés ou multi compétents) que sur leur nombre par habitant, ou leur utilisation (possibilité de libre accès du patient à l'hôpital ou nécessité d'être adressé) mais la similitude des problèmes rencontrés (croissance des besoins de santé, vieillissement des populations, besoin social, coupes budgétaires...). Dans ce rapport le blocage des lits hospitaliers est étudié, notamment par les admissions non pertinentes aux urgences via l'AEP [28].

On retrouve d'autres études dans divers pays européens, évaluant la pertinence d'admission ou d'hospitalisation dans divers services et utilisant toujours l'AEP à ce but [29-30].

2. METHODE

A. Objectif

La question à laquelle cherche à répondre cette étude est de déterminer quelle est la part de patients adressés aux urgences par des médecins généralistes, dont le recours aux urgences n'est pas pertinent ni justifié.

L'objectif principal a été une évaluation quantitative de ces patients, l'objectif secondaire une évaluation qualitative pour en déterminer les principaux motifs.

B. Type d'étude

C'est une étude observationnelle, descriptive et prospective. L'étude est mono centrique, réalisée dans le service des urgences du CH de Perpignan. La période de recrutement a été du 1er Septembre 2017 au 31 Octobre 2017.

C. Population de l'étude

La population incluse a été celle des patients majeurs, se présentant à l'accueil des urgences peu importe le moyen, adressés par un médecin généraliste ou par son remplaçant par un courrier, pendant les heures de permanence des soins en semaine et le samedi matin de 08h à 12h.

Les critères de non inclusion étaient un courrier provenant d'un médecin généraliste ne travaillant pas en cabinet ou ne remplaçant pas en cabinet (hôpital, EHPAD, maison médicale de garde, SOS médecin...), un courrier provenant d'un autre spécialiste, une présentation hors horaires d'inclusion, ou être mineur.

Les critères d'exclusion étaient une sortie avant soin (contre avis médical) ou un recueil incomplet de données.

Le recueil s'est fait du 1^{er} Septembre et 31 Octobre pour éviter les périodes de vacances scolaires, les Pyrénées Orientales étant une destination touristique.

D. Méthode utilisée

Les patients inclus et non exclus étaient ensuite soumis à l'AEPf. La première étape de l'AEPf consistait à rechercher une liste de 10 critères cliniques ou 6 critères liés aux soins délivrés, la présence d'un seul de ces 16 critères justifiait le recours aux urgences.

En cas d'absence de critère les patients étaient alors définis comme ayant un recours non pertinent aux urgences. Le dossier des patients dont le recours était non pertinent était alors relu par un jury de deux médecins qui à la fin de leur expertise définissait la présence du patient comme non pertinente au vu de la grille mais justifiée selon leur expérience, ou non justifiée.

Ensuite toujours à l'aide de la grille AEPf les différents motifs de recours des patients non justifiés étaient identifiés et classés selon.

Les deux médecins sélectionnés pour participer au jury ont été choisis pour leur statut de médecin généraliste ayant exercé en cabinet et ayant la spécialité d'urgentiste, leur permettant de comprendre les motifs de recours des médecins généralistes et par leur expérience de connaître les moyens disponibles en ville, ainsi que par leur statut d'urgentiste de juger la pertinence de présence et prise en charge hospitalière.

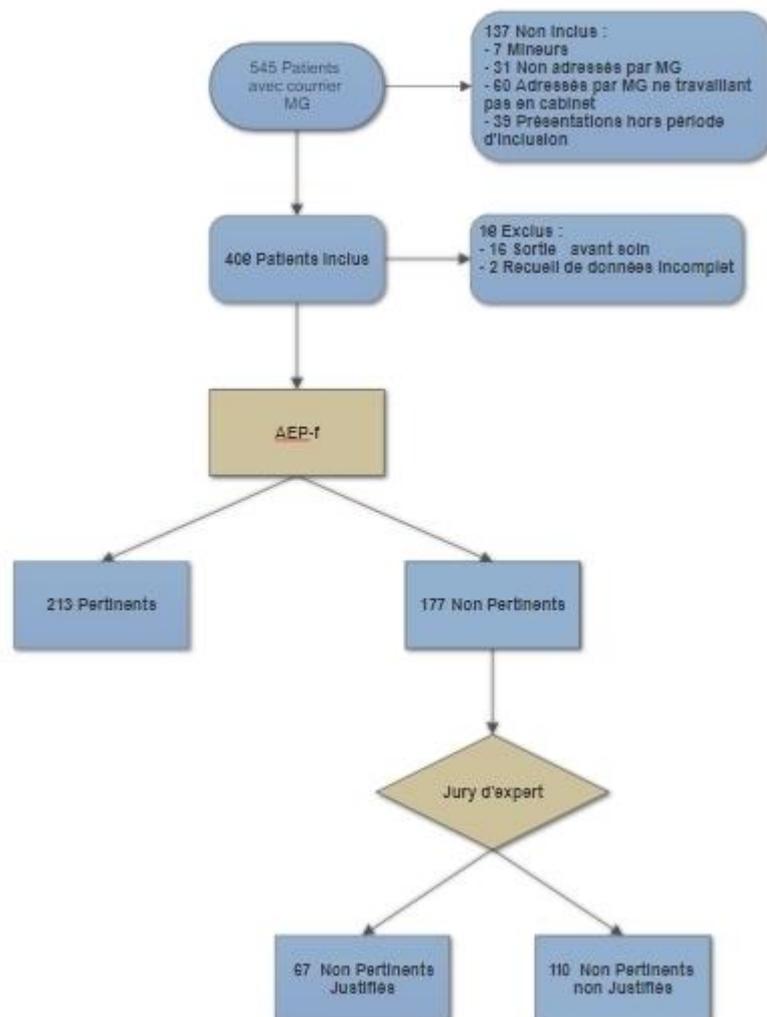
3. RESULTATS

A. Évaluation du nombre de recours

Sur la période de recrutement, 545 patients se sont présentés à l'accueil des urgences avec un courrier d'un médecin. Sur ces 545 patients, 137 n'ont pas été inclus car mineurs (7), non adressés par un médecin généraliste (31), adressés par un médecin généraliste ne travaillant pas en cabinet ou n'y étant pas remplaçant (60) ou se présentant en dehors des horaires d'inclusion (39). 18 ont été exclus car sortis avant soin (16) et pour recueil de données incomplet (2).

Au total 408 patients ont été analysés avec la grille AEPf, ayant permis de sélectionner 177 patients dont le recours était non pertinent et 213 pertinents. Ces 177 dossiers ont été soumis au jury d'expert, après quoi 67 dossiers ont été jugés non pertinents mais justifiés et 110 dossiers non pertinents non justifiés.

Figure 1 : Population d'étude – Flow Chart



L'étude retrouve donc parmi les 408 patients adressés par un médecin généraliste et inclus, 110 patients dont l'admission aux urgences est « non pertinente et non justifié », soit 26.9% des patients.

Les statistiques du service rapportent que durant la période de recrutement (dates et heures) 5641 patients ont consulté au service des urgences, le taux de patients adressés par un médecin généraliste parmi la population étudiée est de 7,2% et celui de patients adressés de manière non pertinente non justifiée est de 1,9%

Tableau 1 Caractéristiques de population

Caractéristiques	Groupe Non pertinent non justifié n=110	Groupe Non pertinent justifié n=67	Groupe Justifié n=213
Age (année)	62.5	59.9	75,7
Sexe H (%)	50.9	46.2	53
Présence de pathologie Chronique (%)	71.8	71.6	91
Présence de traitement Au long cours (%)	77.2	64.1	88.2
Distance cabinet hôpital :			
Moyenne, km	15.11	14.68	14.79
Médiane, km	14	11	12
Durée avant 1 ^{er} contact médical :			
Moyenne	3h35	3h47	3h57
Médiane	3h18	3h30	2h58

B. Évaluation des motifs de recours

Sur les 110 patients dont le recours a été évalué « Non pertinent non justifié », le motif principal de recours a été est décrit dans la tableau suivant.

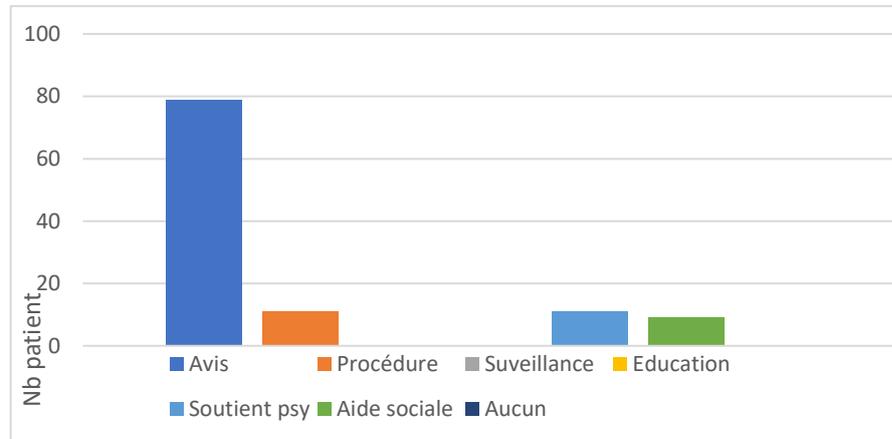


Tableau 2 : Motifs principaux de recours dans la population « non pertinent non justifié »

Il ressort que la demande d'avis diagnostic ou thérapeutique est le principal concernant 71.8% des patients.

En moyenne les patients venaient avec 1.7 motifs de recours, 43 avec un seul motif, 49 avec deux motifs et 18 avec 3 motifs.

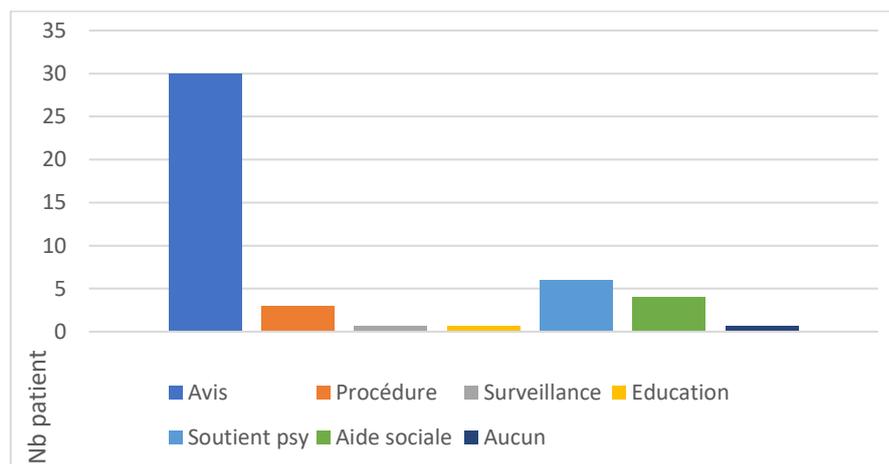


Tableau 3 : Principal motif dans la population « non pertinent non justifié » à 1 motif de recours

Pour les patients consultants avec un seul motif celui-ci était une demande d'avis dans 69.7% des cas.

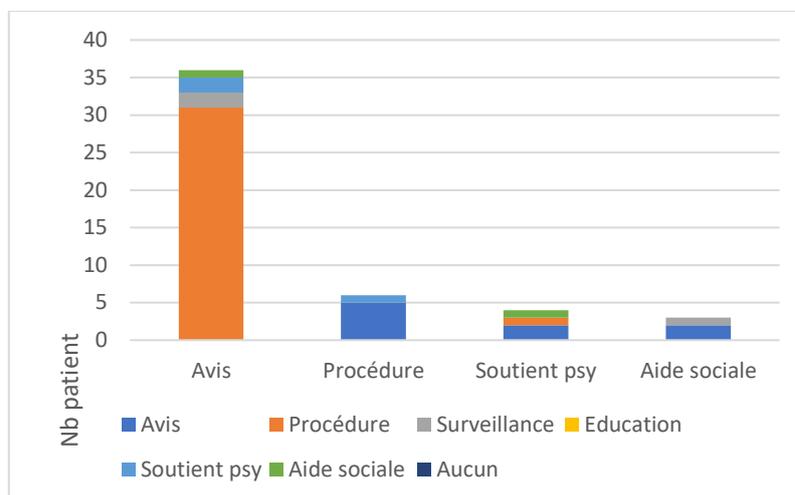


Tableau 4 : Motifs Principaux et secondaire dans la population « non pertinent non justifié » à 2 motifs

Pour les patients consultants avec deux motifs, le principal était une demande d'avis 73.4% des cas avec comme motif secondaire une demande de procédure diagnostique ou thérapeutique dans 86.1% des cas.

Pour les patients consultants avec trois motifs, le motif principal est toujours la demande d'avis diagnostic ou thérapeutique à 72.2% avec comme motifs secondaires la demande de procédure diagnostique ou thérapeutique et la surveillance à 76.9%

4. DISCUSSION :

A. A propos des résultats

Sur la période étudiée, 5641 patients ont consulté au service des urgences du CH de Perpignan, 408 patients avaient un courrier d'un médecin soit 7,2%, un chiffre correspondant à ceux du DREES de 2016, mais en baisse par rapport aux 16% retrouvés en 2003 [15-16]. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation de passage aux urgences (+20% entre 2007 et 2015) [16], sans augmentation parallèle du nombre de généraliste (+2.8% entre 2007 et 2018, dans les Pyrénées Orientales) [5], les patients se présentant spontanément.

La proportion des patients adressés de manière non pertinente non justifiée est de 1,9%, les données de la littérature oscillant de 4.5 à 25% selon les centres [11-17-18-19-20-21-22]. Mais avec des différences méthodologiques importantes sur le recrutement des patients ou sur les critères de non pertinence (utilisation de critères non validés, utilisation partielle de la grille AEPf...) rendant la comparaison peu fiable.

A l'issue de la première partie de l'AEPf, 177 patients étaient déclarés « Non pertinents », puis à l'issue de l'expertise du jury, 110 patients étaient déclarés « Non pertinents non justifiés ». 67 patients étaient donc rattrapés et déclarés justifiés, l'analyse des raisons données par le jury d'expert permet de suggérer plusieurs explications.

On remarque que l'intrication de comorbidités a favorisé le classement en « Non pertinent Justifié » des patients. Pourtant ces patients ne présentaient aucun critère, suggérant une prise en compte de la fragilité non cotée dans la grille par le jury.

Une autre raison est le manque de force de l'échelle AEP au niveau des 16 premiers critères pour la reconnaissance des AVC, en effet les critères neurologiques de cette grille ne prennent pas en compte l'ataxie, les troubles sensitifs, la négligence, d'autre part l'hémianopsie latérale homonyme ne peut être incluse dans l'item cécité brutale, il existe donc un manque de précision et donc de force dans l'évaluation neurologique du patient, ayant conduit à l'orientation vers « non pertinent » de patients suspects d'AVC en première lecture.

La nécessité d'avis psychiatrique urgent a ici été compté « Pertinent » car le SAU du CH de Perpignan, suite à un accord de spécialité, est responsable de l'accueil des urgences psychiatriques, mais ce critère est donc centre dépendant et ne peut être extrapolé.

Par ailleurs, l'item N°8 impose des cut-off biologiques stricts, orientant encore une fois vers « non pertinent » des patients qui auraient des résultats biologiques subnormaux, même si ici cela ne semble pas concerner de patients.

A l'inverse, le jury d'expert est humain, et même si choisi pour leur expérience professionnelle mixte d'urgentiste et de médecin généraliste, leur décision a été prise par expérience et donc subjective, il n'est pas impossible que l'aspect humain ait entraîné un biais dans la catégorisation des patients.

L'observation du tableau des caractéristiques de la population étudiée [Tableau 1] semble mettre en évidence des différences entre les patients « non pertinents non justifiés » et les patients « justifiés », notamment sur les critères d'âges, de pathologie chronique et de traitement au long cours. En effet, le groupe « justifié » semble présenter une population plus âgée et touchée par les pathologies chroniques que le groupe « non pertinent non justifié ». En revanche, on remarque qu'à priori le critère de distance entre le cabinet du médecin traitant ne semble pas être en cause. Toutefois il n'est pas possible de conclure à une quelconque significativité de ces différences compte tenu de la méthodologie de l'étude, une autre étude pourrait être faite en ce sens en utilisant un échantillon aléatoire de patients pour obtenir des résultats extrapolables et statistiquement significatifs.

Concernant l'analyse des motifs de recours on remarque que le motif principal est la demande d'avis diagnostic ou thérapeutique à 71.8%, et ceux peu importe que le patient vienne avec 1, 2 ou 3 motifs de recours. Suivi par la demande de procédure diagnostique ou thérapeutique à 10% et la demande de soutien psychologique à 10% puis la demande d'aide sociale à 8.2%. Ces résultats semblent correspondre à la littérature [22-23-24]. Une des raisons possibles à ces résultats est le manque d'accessibilité à un spécialiste en médecine générale, ou bien à un examen diagnostique rapide, pouvant être dû à un manque de communication ou bien à son impossibilité (par manque d'effectif ou de disponibilité par exemple, les spécialistes libéraux exerçant le plus souvent sur rendez-vous et sans créneau d'urgence, de même pour les examens d'imagerie). Selon l'atlas de démographie médicale le nombre de généraliste a augmenté de 2.8% entre 2007 et 2018 passant de 732 à 753 médecins généralistes dans les Pyrénées Orientales, tandis que le nombre de spécialiste a augmenté 12.7% dans la même période, passant de 634 à 715 spécialistes, on peut donc s'attendre à un meilleur accès au spécialiste.

B. A propos de l'étude

Notre étude a été menée en prospectif, suivant la recommandation de la HAS dans sa revue de pertinence des soins [14]. C'est une étude descriptive observationnelle transversale monocentrique dont le niveau de preuve est de grade C.

Elle a été soumise à plusieurs biais :

- De sélection : les patients étaient recrutés par un agent administratif d'accueil selon leur possession à l'arrivée d'un courrier provenant d'un médecin généraliste. Si en théorie l'agent d'accueil voit passer tous les patients se présentant aux urgences il n'est pas impossible que certains soient passés inaperçus, ou bien dont le recueil ait été oublié. D'autre part certains patients peuvent avoir été adressés sans courrier ou sans l'avoir présenté à l'admission. Néanmoins nos résultats en termes de patient adressés par un médecin généraliste semblent correspondre à ceux de la littérature, cela renforce sa validité externe.
- De mesure et d'interprétation : Premièrement la grille AEPf, celle-ci a été validé mondialement dans l'évaluation de la pertinence des admissions ou des hospitalisations mais pas spécifiquement en service d'urgence, pouvant entraîner un biais. De plus l'enquêteur ayant rempli la grille pour les patients a été soumis à sa propre interprétation des critères, par exemple les 7 et 9 de la grille clinique dont la définition est peu précise. Deuxièmement comme nous l'avons fait remarquer dans la critique des résultats, sa 1^{ère} partie, constituée des 16 critères cliniques et liés aux soins, semble manquer de force dans la détection de certaines pathologies et donc dans sa sensibilité à détecter les patients pertinents. L'over-ride constitué de deux experts dont le rôle est de définir les patients justifiés ou non dans la catégorie « non pertinent » est soumis au biais d'interprétation puisque les résultats dépendent exclusivement de leurs expériences personnelles.
- Biais d'attrition, celui-ci concerne 18 exclusions sur 408 patients soit 4.4%.

Concernant la population de notre étude, nous avons inclus 408 patients avec 110 patient « non pertinents non justifiés », ce qui comparé aux autres études réalisées sur le sujet est une population importante donnant une certaine puissance à nos résultats [19-22-24]. Cependant la méthode de sélection, recrutement de tous les patients se présentant aux urgences, ne permet pas l'analyse statistique des différences de caractéristiques entre les populations, il faudrait envisager une deuxième étude avec sélection aléatoire d'un échantillon des populations « non pertinent non justifié », « non pertinente justifié » et « pertinent » pour mettre en évidence des différences significatives. Nous pouvons seulement montrer une tendance, les patients « non pertinents non justifiés » ayant tendance à être plus jeunes et moins atteints de pathologie chronique nécessitant un traitement au long cours que les autres. Ce n'était cependant pas l'objectif de cette étude.

L'étude s'est déroulée du 1^{er} septembre au 31 octobre 2017, période sélectionnée pour éviter la période estivale et l'afflux de touristes et donc de patients qu'elle entraîne. Nous sommes partis du principe que les médecins généralistes recevant des touristes en consultation et

ne connaissant par leurs antécédents risquaient de faire recours plus facilement aux urgences. Ce raisonnement est discutable puisque la composante touristique de la population dans les Pyrénées Orientales est une réalité concrète et permanente à laquelle doit faire face le corps médical. Une alternative serait de choisir aléatoirement la période de l'étude, de réaliser l'étude sur une année complète, ou de comparer les périodes estivales et hivernales.

C. Perspectives envisageables

Les résultats de l'étude montrent que 26.9% des patients adressés par un médecin généraliste sont « non justifiés non pertinents », rapporté au passage global des urgences cela représente 1.9% des patients.

Les principales raisons de ces passages aux SAU sont le besoin d'un avis diagnostic ou thérapeutique des médecins généralistes. Les médecins généralistes n'ont donc pas suffisamment accès à l'avis de spécialiste, pour plusieurs raisons.

D'une part le département des Pyrénées Orientales présente une répartition irrégulière de sa population ainsi que de sa population médicale, l'accès à un spécialiste dans les desserts médicaux pose un frein certains à la demande de consultation ou d'avis. Les récents rapports du ministère de la santé enjoignent à la création de maisons médicales pluridisciplinaires et d'hôpitaux de proximité qui permettraient de pallier à ces déficits [25].

D'autre part, comme au CH de Perpignan, il existe des lignes d'astreinte téléphoniques pour chaque spécialité. Deux solutions seraient envisageables :

- Augmenter la visibilité des lignes d'astreinte hospitalières pour en donner connaissance aux médecins généralistes et leur permettre d'obtenir l'avis d'un hospitalier, ce qui pourrait permettre en plus, en cas de pertinence, d'organiser une entrée directe sans passer par les urgences (bien que les entrées directes soient en diminution).
- Créer une ligne d'astreinte de ville de spécialiste, avec un avis téléphonique, voir des créneaux de consultation d'urgence pour permettre de recevoir les patients dans des délais acceptables.

Les données de démographies médicales dans les Pyrénées Orientales indiquent une augmentation plus importante des spécialistes par rapport aux médecins généralistes dans le bassin des dernières années. Théoriquement il y a plus de spécialiste par médecin généraliste et on peut donc s'attendre à une diminution de ce chiffre à l'avenir.

La deuxième raison de recours « non pertinent non justifié » était la demande de procédure diagnostic ou thérapeutique, principalement motivée par les difficultés en villes à avoir accès à de l'imagerie rapide, les solutions à ce problème sont les mêmes que pour la demande d'avis diagnostic ou thérapeutique, la création d'un système d'astreinte radiologique en ville permettrait d'organiser des examens d'urgence. Le regroupement des médecins en maison de santé permettraient aussi de palier à ce problème, la présence d'un spécialiste dans la maison faciliterait l'accès aux consultations d'urgence ou aux examens. De plus le regroupement des médecins permettrait aussi l'achat de matériel diagnostic (ECG, échographie...) dont les coûts sont difficiles à assumer pour une activité isolée.

5. CONCLUSION

L'objectif de l'étude était d'évaluer la non pertinence de recours aux urgences en médecine générale, quantitativement et d'en déterminer les motifs. Il en ressort que 26.9% des patients adressés par un médecin généraliste sont « non pertinents non justifiés ». La principale raison à ces recours est le besoin d'un avis diagnostic ou thérapeutique à 71.8%.

Cela met en évidence une faiblesse dans le système de soin libéral, l'accès au spécialiste.

Il est nécessaire de développer cet accès pour améliorer la prise en charge du patient. Les solutions envisageables pour réduire ces chiffres seraient d'augmenter la disponibilité des avis ou recours spécialisés aux médecins généralistes durant les heures d'ouverture des cabinets, en augmentant la visibilité des moyens existants (lignes d'astreintes téléphoniques hospitalières) ou en développant des structures mixtes comme les maisons de santé, des hôpitaux de proximité.

Etablissement : _____	Grille n° : _____
Service : _____	Dossier n° : _____
Date de l'évaluation : // // // // // //	
Nom et fonction de l'évaluateur : _____	

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO3 < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) � l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement ent�ral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

Si l'admission est considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis d'expert

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)	
(une seule réponse – voir codage de la question B)	

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)

1. Le domicile :

- 1.1 sans aide
- 1.2 avec aide non médicale (ménagère...)
- 1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)
- 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)

2. Une structure d'hébergement :

- 2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
- 2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital
- 2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)
- 2.4 médicalisée

3. L'hôpital (établissement de court séjour)

Réponse

___/___/___

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)

➔ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)*

1. Organisation des soins

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures

2. Service de relais

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

3. Décision médicale

- 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)
- 3.2 Demande expresse du médecin de ville
- 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
- 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

Réponse

___/___/___

BIBLIOGRAPHIE :

1. WONCA definition French version.pdf. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
2. LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. 2004-809 août, 2004.
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
4. Comparateur de territoire Département des Pyrénées-Orientales (66) | Insee. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP>.
5. 66 Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>.
6. Gertman PMMD, Restuccia JDDPH. The Appropriateness Evaluation Protocol: A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care. *Medical Care*. 1981 Aug;19(8):855–71
7. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. *Medical Care*. 1990 Feb;28(2):95-111.
8. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds? *CMAJ*. 2000 Jun 27;162(13):1809-13.
9. Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves M da L, Lorenzo S, et al. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. *Int J Technol Assess Health Care*. 1999;15(1):185–97
10. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care*. 1991;3(4):227-34.
11. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. Appropriateness of admissions: the French experience. *Int J Qual Health Care*. 1995 Sep;7(3):233-8.
12. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, Huet B. Reliability and validity of the French version of the first part of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf): pertinent criteria of hospitalization stay. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1999 Apr;47(2):139-49.
13. Lombard I, Lahmek P, Diène E, Monnet E and al. Cause of non-pertinent hospital stays: interobserver concordance using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2001 Sep;49(4):367-75.
14. HAS. Revue de Pertinence des Soins, application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. 2004.

15. DREES - Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
16. DREES - Les établissements de santé - Édition 2016. p. 145–8. Available from: <http://panoramasocial.over-blog.com/2016/07/drees-les-etablissements-de-sante-edition-2016.html>
17. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. Rapport final, Ministère de la santé et des sports, Sanesco. 2011
18. Ochoa-Gómez J, Villar Arias A, Ramalle-Gómara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Azpiazu JI. Appropriateness of emergency hospital admissions. *An Med Interna*. 2002 Sep;19(9):446-8.
19. Simonet A. Pertinence des admissions au centre hospitalier de Mâcon. Th : Dijon : 2010
20. Revue E, Papillon V, Carnet A, Delefosse F, Leclerc P, Miranda J, Djerroud B, Brunet JM. Evaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. *Journal européen des urgences* 2009 ;22 (S2) :A36.
21. Noboa M-S and al. Evaluation de la pertinence de l'admission après passage aux urgences dans les services de médecine et de chirurgie (Etablissement de santé publique volontaire de la région Poitou-Charentes). EPP, Janvier 2009.
22. Godement J, Juvin P, Zanker C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences par les omnipraticiens de ville. *Journal européen des urgences* 2008 ; 3 :504
23. Sevrin Y. Motivation des médecins généralistes de Haute Normandie pour adresser leurs patients aux urgences. Comparaison en fonction des caractéristiques des médecins. TH :med :Rouen :2010.
24. Onno M. Evaluation de la pertinence du recours à une structure des urgences des patients adressés par le médecin généraliste: étude réalisée au centre hospitalier d'Angoulême en Charente . Th :med :Poitiers :2012.
25. HCAAM. Contribution à la transformation du système de santé. Rapport 2018.
26. HAS. Méthode et outils des démarches qualités pour les établissements de santé. Rapport juillet 2000.
27. HAS. Le recours à l'hôpital en Europe. Rapport 2009.
28. Smith HE, Pryce A, Carlisle L, Jones JM, Scarpello J, Pantin C. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(5):527-32.
29. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy*. 2000 Oct;53(3):157-84.

30. Pahor M, Carosella L. Trends of the characteristics and appropriateness of admissions to acute geriatric and medicalwards in Italy from 1988 through 1993. Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano--GIFA. *Eur J Epidemiol.* 1996 Dec;12(6):563-71.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Les services d'accueil des urgences sont saturés. L'évaluation de la pertinence de recours aux urgences en médecine générale permettrait d'identifier des situations pour lesquelles des solutions seraient envisageables en ville et ainsi de soulager les urgences. L'objectif principal est de déterminer le taux de recours non pertinent non justifié et l'objectif secondaire d'identifier les différents types de motifs.

Méthode : Cette étude de cohorte monocentrique a inclus du 1^{er} Septembre au 31 Octobre 2017 406 patients se présentant aux urgences du CH de Perpignan, avec un courrier d'un médecin généraliste, pendant les heures de permanence des soins. La pertinence a été déterminée à l'aide de la grille AEPf, ainsi que les différents motifs de recours.

Résultats : 110 patients ont été identifiés non pertinents non justifiés soit 26.9% des patients adressés par un médecin généraliste et 1.9% des passages totaux sur la période. Le principal motif de recours était la demande d'un avis diagnostic ou thérapeutique à 71.8% suivi par les demandes de procédure diagnostique ou thérapeutique et les soutient psychologiques à 10% chacun et l'aide sociale à 8.2%.

Conclusion : Le taux de patient adressé par un médecin généraliste de manière non pertinente non justifié, s'il ne représente pas la majorité des patients des urgences n'en est pas moins non négligeable. Le développement de lignes d'astreinte de spécialiste en ville, une meilleure visibilité des astreintes hospitalières ou des consultations spécialisées d'urgence en ville ou à l'hôpital permettrait d'en diminuer l'importance.

Mots clés : Urgence, Médecine générale, AEP