



**HAL**  
open science

# Identification des consultations évitables dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux pour les patients adressés par les médecins généralistes

Fabien Marcel

## ► To cite this version:

Fabien Marcel. Identification des consultations évitables dans la structure d'Urgence du Centre Hospitalier de Périgueux pour les patients adressés par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03133932

**HAL Id: dumas-03133932**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03133932>**

Submitted on 7 Feb 2021

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

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

# Université de Bordeaux

U. F. R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 11

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

**DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2021 par

**Fabien MARCEL**

Né le 14/01/1989 à Bayonne (64)

Identification des consultations évitables dans la structure d'Urgence du  
Centre Hospitalier de Périgueux pour les patients adressés par les  
médecins généralistes

## **Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Benjamin SALEZ

## **Rapporteur**

Monsieur le Professeur Christophe ADAM

## **Membres du Jury**

Monsieur le Professeur François SZTARK ..... Président  
Monsieur le Professeur Christophe ADAM ..... Rapporteur  
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA ..... Membre  
Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU ..... Membre  
Monsieur le Docteur Benjamin SALEZ ..... Membre

# REMERCIEMENTS

*Merci aux membres du jury qui ont accepté de juger ce travail,*

**A Monsieur le Professeur François SZTARK.**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

**A Monsieur le Professeur Christophe ADAM.**

Je suis honoré que vous ayez accepté la fonction de rapporteur de ce travail. Merci pour votre amabilité et votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA.**

Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mes remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer mon travail.

**A Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU.**

Je te remercie, mon ami, d'avoir accepté d'évaluer le contenu de ma thèse. Travailler à tes côtés lors de mes passages à Périgueux est toujours un véritable plaisir.

**A Monsieur le Docteur Benjamin SALEZ**

Mon Bénou, je suis très heureux de te compter parmi mes amis depuis que nous nous sommes rencontrés lors d'un certain week-end à Vieux Boucau il y a déjà plus de 6 ans. Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné et guidé tout le long de ce travail en tant que directeur. Je vous souhaite avec Néné tout le meilleur dans cette nouvelle vie Périgourdine.

Merci au Dr Lenormand Sylvie qui a participé à l'évaluation des dossiers des patients dans le cadre de l'élaboration de ma thèse.

Merci à tous les médecins qui ont participé à ma formation tout au long de ces études.

A toute l'équipe des urgences de l'hôpital de Périgueux où c'est toujours un vrai plaisir de venir travailler.

A toute l'équipe du cabinet médical de Saint André de Cubzac.

### ***Merci à ma famille,***

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi grâce à votre soutien sans faille tant dans ma vie privée que professionnelle. Je n'en serais pas là sans vous.

A mon frère Arnaud, toujours très attaché à ton Pays basque et à ses vagues, je suis fier de toi et je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A mes grands-parents disparus, mamie Alice, papi Jeannot et mon Amatchi je pense si fort à vous en ce jour particulier.

### ***Merci à mes amis,***

Nico et Anto, les premières rencontres après avoir débarqué à Bordeaux. En vous voyant faire les idiots lors du premier cours à « accès » je savais qu'on deviendrait copains... mais je ne pouvais pas imaginer que 13 ans plus tard on en serait là. Même sans tousser merci d'être toujours présents quand il le faut. Attention quand même aux dragons et à Patoche...

### **Les copains de la croix jaunes devenus les marmules bienveillantes :**

Mathieu alias Pablo Reste au bar le phare de nos nuits et mon meilleur sujet de vidéos on en a vécu des belles mon grand corps, Alex les mains d'or et la fumette grimaçante mais soucieux de ses transitions même quand tout le monde dort à 7h du mat, mon Vavou mon fidèle compagnon allergique à la tête de poire qui danse mieux avec ses pecs qu'avec ses pieds, Gaspard le grasping expert en maïeutique avec supplément ormeaux, Cigis dougy le hibou qui louche lui faisant rater l'avion pour

une lettre.... « ah ouais ? », mon Bébèère de raton à explorateur et roi d'la night il n'y avait donc qu'un pas, mon Totooo qui coche les cases pour nous tous, Féfé LE DJ en OAP qui sera toujours là pour nous sauver de la déshydratation et nous guider vers de magnifiques comtés, le guiguide on en a vu ensemble depuis les marches de la bu à regarder les ptits oiseaux à 16h jusqu'au monstre du Portugal, didier la gouj nouveau constructeur de mutants après avoir régalé en dinosaure de la playa « ils se sont pas foutu d'not gueule », Simon mon ptit ramoneur merci de m'avoir repéré si jeune à la fac grâce à mon look avant-gardiste, Lucas et Martin tic et tac pipo et Mario les experts de l'omelette aux champignons.

### **Les années étudiantes :**

Comment ne pas citer les mérignacouais surtout quand on sait que Mérignac n'est finalement pas du tout la plus grande commune de France. Que de soirées au Mush autour de parties de fléchettes accompagnées de délicieux Picon-chouffe et dessins de craboiseaux.

Salut c'est pitpit ! Le roi du calambour d'Hambourg à l'oreille cassée et à la tête carrée, Arthur Tretiakov qui te fait vriller plus vite qu'il n'évite les carapaces bleues, David 1 cochon = 2 jambons et 2 jambons = 5h d'explications, Vincent le papa tortu, sans oublier Benoit et sa danse des épaules et des narines.

Jiboune de la pénia dit la babosita, la seule personne qui peut tenir 3h à faire les lunettes avec ses doigts et 3 jours avec un œuf et un verre d'eau, à nos longues soirées à cogiter et refaire le monde à Bayonne ou Montardon, « viens avec moi ».

### **Les rencontres des gars et meufs sûr(e)s de l'internat devenus membres actifs de Yolo :**

Oliv ma loutrasse, mon ptit amerlok des îles quel internat passé ! Avec ou sans voiture, avec ou sans les mains on aura tout traversé ensemble de Périgueux à Bayonne en passant par Pau et La Ruche pas une seule table n'aura échappée à nos lancés de dés. NON MAIS D'ACCOOORD QUOI !

Le Démon qui nous a fait découvrir ce que c'était de se mettre tartine je n'hésiterai jamais à te suivre pour le meilleur et pour le rire, ma ptite Marie 90 degrés penchée en arrière, un œil qui surveille le videur et c'est parti advienne que pourra, Jeanjean pad'bol aïeāieāie des canapés de la salle télé aux petits fours bordelais mon gars sûr a bien changé jusqu'à oser le blanc cassé, une danse souvent imitée mais jamais égalée, le pro de la virgule incongrue, mention spéciale au chausson au beurre avec un peu de sardines, Jeannette dit Arya Reichmann jamais la dernière qui n'a rien à envier à Stéphane Plaza ni au champion du monde de Yam's, Sarah ou Hagrid pour les très intimes compère de facéties à Périgueux du roti kiwi au mur de la honte on peut dire que depuis, tu as bien grandi, Justine dit

juujuUuuUu un guide alpin hors pair même pour aller détruire l'habitat d'espèces rares, des grands sourires des bulles une couronne de fleur et je me revois à la Ruche, Juline la ptite sœur ouiiiiiii une énergie incroyable lui permettent d'alterner en une soirée discussions au sommet, tête dans l'caisson, siestes inopinées et confection de russe blanc, son grand Geoffrey qui persiste à me faire croire que tout repose sur 3 mois de basket au collège si vous le cherchez dans la foule il est souvent au premier rang, Noukeuhète un pull un rouge à lèvres une photographe professionnelle à tout moment elle débarque en maillot de bain, GoMar reine du grand froid paralysant il aura fallu nous rencontrer pour ne plus avoir mal au dos.

Les colocs, Romaigne copain d'anniv' et de sérénité spirituelle, débutant au golf et aux échecs mais au fort potentiel, surtout « garde ta fougue », Carlito l'homme aux mille visages, le protocolaire, le coiffeur fou de la bande, des heures de top chef pour te faire un flageolet thon ketchup, avec ce confinement on aura passé une sacrée bonne année mon Charly !

**Aux autres personnes rencontrées le long de ces études...**

*A Camille*, merci de m'avoir épaulé et d'avoir supporté mes (quelques) sauts d'humeur durant ce travail de thèse. Merci surtout pour tout le bonheur que tu m'apportes, pour tous ces fous rires quotidiens et ces aventures qu'on ne fait que commencer à partager.

# Abréviations

**AEG** : Altération de l'état général

**ATCDs** : Antécédents

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

**CAT** : Conduite à tenir

**CCMU** : Classification clinique des malades aux urgences

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

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

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**FEDORU** : Fédération des observatoires régionaux des urgences

**IAO** : Infirmière d'accueil et d'orientation

**IFOP** : Institut français d'opinion publique

**MG** : Médecin généraliste

**MT** : Médecin traitant

**ORUNA** : Observatoire Régional des Urgences Nouvelle Aquitaine

**PAS** : Permanence d'accès aux soins

**PDSA** : Permanence de soins ambulatoires

**RAD** : Retour à domicile

**RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé

**SAU** : Service d'accueil des urgences

**TDM** : Tomodensitométrie

**SNITEM** : Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

# Tables des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>I. GENERALITES</b> .....	<b>9</b>
<b>II. LES MEDECINS GENERALISTES</b> .....	<b>10</b>
1. Généralités .....	10
2. État des lieux de la médecine générale en France au 1 <sup>er</sup> Janvier 2018 .....	10
3. État des lieux de la médecine générale en Dordogne au 1 <sup>er</sup> Janvier 2018 .....	12
4. Consultations urgentes en médecine générale .....	13
<b>III. LES SERVICES D'URGENCE</b> .....	<b>14</b>
1. Généralités .....	14
2. Définition de l'urgence .....	15
3. Type de patients se présentant aux urgences .....	15
4. Mode de fonctionnement de la structure d'urgences du Centre Hospitalier de Périgueux	18
<b>IV. RATIONNEL DE CE TRAVAIL DE THESE</b> .....	<b>19</b>
<b>Matériel et méthode</b> .....	<b>21</b>
1. Type d'étude .....	22
2. Lieu et période .....	22
3. Population étudiée.....	22
4. Mode de recueil des données .....	22
5. Taille de l'échantillon .....	22
6. Données analysées .....	23
7. Classement des dossiers .....	23
8. Analyse statistique .....	24
9. Mesures éthiques et réglementaires .....	24
<b>Résultats</b> .....	<b>25</b>
1. Caractéristiques des patients .....	26
2. Réponse à l'objectif principal : évaluation de l'orientation aux urgences.....	30
3. Réponses aux objectifs secondaires .....	31
<b>Discussion</b> .....	<b>41</b>
<b>I. FAITS PRINCIPAUX DE L'ETUDE</b> .....	<b>42</b>
<b>II. FORCES DE L'ETUDE</b> .....	<b>42</b>
<b>III. LIMITES</b> .....	<b>43</b>
<b>IV. FORCES ET FAIBLESSES COMPAREES AUX ETUDES SIMILAIRES</b> .....	<b>43</b>
<b>V. PERSPECTIVES</b> .....	<b>48</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>50</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>51</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>56</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>57</b>



# Introduction

# I. GENERALITES

En 2014, environ 8 français sur 10 sont satisfaits de la qualité des soins, et 7 sur 10 de l'accès aux soins. (1)

En ce qui concerne les urgences hospitalières, seuls 56% sont satisfaits de l'accessibilité et 53 % de la qualité des soins. Un temps d'attente élevé et une importante fréquentation sont les problèmes majoritairement évoqués pour expliquer ces faibles taux. (1)

Concernant leur avis sur l'accessibilité des médecins libéraux, le taux de satisfaction a chuté de 10 points entre 2007 et 2013. Les causes principales rapportées sont la distance géographique, le manque de disponibilité des professionnels, des délais d'attentes importants ou des motifs d'ordre financier. (1)

En conséquence directe, trop de patients se présentent spontanément dans un service d'urgences, demandeurs d'une prise en charge rapide et efficace sans avoir eu de contact préalable avec leur médecin traitant. Ce consumérisme médical grandissant est en partie responsable de l'engorgement des SAU.

Comme le décrit le rapport d'information déposé au Sénat en juillet 2017 on observe un changement des comportements des français vis-à-vis du système de soins, de plus en plus en quête d'immédiateté, souhaitant une réponse rapide à une question de santé. (2)

Ce consumérisme médical ajouté à une insuffisance quant à l'offre de soins dans le secteur libéral ne sont pas les seuls éléments conduisant à saturer le fonctionnement des SAU et à conduire à un retard de prise en charge pour les soins urgents. (3)

Parmi les différentes raisons également pointées du doigt on retrouve l'augmentation de la durée de vie de la population générale, la technicisation de la médecine et la modification de la démographie médicale. (4)

En effet on constate une désertification médicale, touchant plus particulièrement les zones rurales et certaines zones urbaines où les médecins généralistes (MG) retraités ne sont pas toujours remplacés. (5)

De plus des modifications sociodémographiques profondes sont rapportées en France. On observe une croissance et un vieillissement de la population française passant de 58,8 millions d'habitants en 2000 à 67,1 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2020, avec une diminution dans la catégorie des moins de 19 ans passant de 25,6 millions à 24 millions et une augmentation des plus de 75 ans passant de 7,2 millions à 9,1 millions selon les chiffres de l'INSEE. (6)

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent entre 12 et 14% de la totalité des passages dans les SAU. (7)

Face à ces modifications il existe une inadéquation des moyens médicaux disponibles, qu'ils soient humains (nombre insuffisant de personnel soignant hospitalier) ou matériels (insuffisance du nombre de lits d'hospitalisation d'aval).

Ceci devient un réel problème en termes de santé publique, la qualité des soins pouvant être altérée.

## **II. LES MEDECINS GENERALISTES**

### **1. Généralités**

En 2016, 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes. (8)

Ils représentent, le plus souvent le premier contact du patient avec le monde médical, ils sont les médecins de premier recours dans notre système de soin. Par le biais des consultations ou des visites, ils permettent d'assurer des soins ambulatoires par la prévention, l'éducation, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des malades.

Si leur rôle est clairement défini, leurs conditions d'exercice deviennent de plus en plus difficiles comme nous l'avons plus précédemment en raison du consumérisme ou du mésusage médical de la part des patients et de la multiplicité croissante des tâches administratives. Le temps médical que les généralistes peuvent consacrer à leurs malades n'est plus extensible, sortant ainsi du dogme du médecin disponible à toute heure du jour et de la nuit. Ceci associé à la méconnaissance du système de Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA) par les patients (9), nous obtenons toutes les conditions pour une affluence toujours plus importante vers les services d'urgence et les associations de type SOS médecin.

### **2. État des lieux de la médecine générale en France au 1<sup>er</sup> Janvier 2018**

Personne ne saurait le nier, la médecine générale est une spécialité en crise. Ses effectifs s'orientent à la baisse depuis plusieurs années.

En effet au 1er janvier 2018, on recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution des effectifs de 7% depuis 2010 et de 0,4% depuis 2017. (10)

Le nombre de MG en activité régulière devrait baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 selon une méthode de calcul dit de régression linéaire avec un taux de croissance moyen annuel de -0.9%.

Ils représentent 44,32% des médecins inscrits en activité régulière.

Leur mode d'exercice est réparti ainsi :

- 58% ont une activité libérale
- 34% ont une activité salariée
- 8% ont une activité mixte.

La pyramide des âges des MG en activité régulière confirme un vieillissement connu mais qui se stabilise.

En effet, leur âge moyen en activité régulière n'a guère varié entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans) : 47 ans chez les femmes et 55 ans chez les hommes.

Les médecins généralistes vieillissant, un bassin de vie sur deux se caractérise par la présence de médecins généralistes libéraux âgés de plus de 53 ans. La proportion de ceux de 55 ans ou plus en activité régulière est de 30%.

La féminisation des médecins en activité régulière exerçant la médecine générale est prépondérante chez les jeunes médecins. Entre 2010 et 2018, leur part augmente de 39.2 % (2010) à 48,2 % (2018) soit une augmentation de 9 points en 8 ans.

Depuis 2010, les MG ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points en 8 ans) au profit de l'exercice salariat (+ 4 points). (10)

8,6 % de la population vivent dans une commune sous-dense en médecins généralistes. (8)

En prenant en compte le seuil de 2,5 consultations par habitant et par an, près de 5,7 millions de personnes résident en 2016 dans une commune sous-dense en médecins généralistes. 9 142 communes sont en situation de sous-densité. Ce sont le plus souvent des communes rurales périphériques des grands pôles ou des communes hors influence des pôles.

La moyenne départementale des MG en activité régulière est de 153 pour 100 000 habitants, presque un département sur deux compte une densité inférieure à la moyenne. (11)

Le vieillissement de la population générale et la baisse de la densité des médecins spécialistes en médecine générale posent la question primordiale de l'accessibilité aux soins de premiers recours.

Pour pallier ce manque de médecins, le numerus clausus a été augmenté à partir de la fin des années 90, mais son effet sur la démographie médicale mettra du temps à inverser la tendance actuelle. (12)

On retrouve également une diminution de la permanence d'accès aux soins (PAS) avec une difficulté à remplir les tableaux de garde (13) et une diminution du volontariat. Selon les données d'activité d'Ordigard, le taux de volontariat national s'élevait à 38,1% en 2019, soit une baisse de 0,5 points par rapport à 2018, à laquelle s'ajoute la démographie médicale déclinante et le vieillissement des médecins dont nous avons précédemment parlé. (9)

Pour renforcer l'implication des médecins généralistes le Conseil national de l'Ordre des médecins (CDOM) a soutenu différentes mesures permettant que 67% des départements connaissent en 2019 des modifications de l'organisation de la PDS. Ils étaient 60% en 2018, et 26% en 2017. Ces modifications ont principalement porté sur la modification des horaires de la PDSA, sur les secteurs, sur les forfaits d'astreinte et sur le renforcement de la régulation.

### **3. État des lieux de la médecine générale en Dordogne au 1er Janvier 2018**

La Dordogne compte 413 606 habitants pour une superficie de 9060 Km<sup>2</sup>, représentant une densité moyenne de 45.7 habitants par Km<sup>2</sup>.

Cela en fait un grand département, 4ème français en superficie, et peu dense (environ 104,6 habitants/Km<sup>2</sup> au niveau national). (14)

De plus la population en Dordogne est âgée, 36,3% d'entre elle a plus de 60 ans, 13,7% plus de 75 ans, sachant qu'en France 25,6% de la population a plus de 60 ans et 9,2% plus de 75 ans. Cette différence démographique engendre une augmentation de la consommation de soins sur le département. (15)

La Dordogne compte au 1er Janvier 2018 474 médecins généralistes en activité dont 326 (67%) en libéral ou mixte et 161 (33%) en salariat. (16) Il s'agit d'un département particulièrement sinistré en matière de démographie médicale. En effet la densité de médecins généralistes en activité régulière est de 135,4 soit nettement inférieur à la moyenne départementale au niveau national (pour rappel 153) avec une diminution de 2,74% par rapport à l'année 2017. (16)

Le dernier rapport de l'Agence Régionale de santé (ARS) se basant sur les chiffres de 2016 retrouve également une densité départementale en professionnels de santé (toutes catégories) inférieure à celle de l'ancienne région Aquitaine et de la France métropolitaine. (17)

Au total, la Dordogne est un vaste département, peu dense, dont la population nécessite davantage de soins et dont la densité en médecins généralistes est plus faible que la moyenne nationale avec une perspective négative dans l'évolution de cette densité.

Concernant l'agglomération de Périgueux, les indices de santé sont comparables à la moyenne nationale. L'étude de l'offre de santé libérale fait apparaître une situation plutôt fragile concernant les médecins généralistes. 88 médecins généralistes étaient inscrits au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) dans la communauté d'agglomération, soit une densité de 85 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont bien en dessous des valeurs régionales (99 pour 100 000) et nationales (153 pour 100 000). De plus, 38 % des professionnels en place sont âgés de 60 ans ou plus, laissant présager des difficultés dans les années à venir (30 % au niveau national).

L'analyse du recours aux soins révèle des faiblesses sur le territoire : seuls 82 % des habitants ont consommé un soin en médecine générale en 2016 (vs 85 % au niveau national).

#### **4. Consultations urgentes en médecine générale**

Concernant les recours urgents à la médecine, il est constaté qu'une grande partie de la demande est drainée par les médecins généralistes de ville. (18)

Les principaux symptômes motivant ces recours sont identiques quel que soit le lieu de consultation : douleur, gêne, malaise, fièvre, angoisse.

Pour les accidents et les agressions, les patients se présentent le plus souvent spontanément aux urgences hospitalières. (18)

En 2004, 35 millions de recours urgents et non programmés étaient gérés par les médecins généralistes tandis que les urgences hospitalières enregistraient alors 14 millions de passages. (18)

D'après une enquête de la DREES réalisée en 2020, ces demandes de soins pour le jour même ou le lendemain constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux : en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. En outre, **8 médecins généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement**, en proposant, par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous. Notamment, 45 % des médecins généralistes en proposent au moins une fois par semaine.

Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des soins non programmés en permanence. (19)

L'activité urgente des médecins généralistes est essentiellement diurne. 18% de celle-ci se fait en dehors des heures d'ouverture de cabinet. (20)

Dans près de 30% des cas, le médecin a jugé que l'état du patient était susceptible de s'aggraver. 5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville débouchent sur une hospitalisation, généralement immédiate. (20)

Chiffre encore plus parlant, **parmi les patients adressés par leur médecin traitant aux SAU, 1 sur 2 est hospitalisé, ce qui montre que le recours du médecin traitant permet une utilisation plus rationnelle des urgences.** (21)

### III. LES SERVICES D'URGENCE

#### 1. Généralités

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit où les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge et les besoins de soins urgents. (22)

Selon les derniers rapports de la DREES (23)(24) , le nombre de consultations annuelles dans les services d'accueil des urgences (SAU) augmente en France de manière continue avec une croissance inexorable annuelle de 3,5 % en moyenne depuis 1996, à l'exception de 2010. (25)

En 20 ans, ce nombre a en effet été multiplié par deux en France métropolitaine (10,1 millions de passages en 1996, 14 millions en 2004 et 21,2 millions en 2016) pour une croissance démographique de 7%.

Il devrait encore augmenter au moins jusqu'en 2025 avec la raréfaction médicale. (9)

Un service d'urgence connaît en moyenne 23 000 passages par an. (23) Malheureusement la grande majorité de la population fréquentant les urgences se présente pour des motifs qui pourraient être gérés en médecine ambulatoire, responsable d'un engorgement des urgences.

## 2. Définition de l'urgence

La notion d'urgence a beaucoup évolué au fil des années, passant de « l'urgence vitale » à « l'urgence ressentie » puis aujourd'hui à la notion de « soins non programmés ». Cette notion est difficile à appréhender et est source de confusions. Il n'y a pas de consensus pour définir ce qui relève de la médecine générale ou de la médecine d'urgence.

Nous pourrions définir l'urgence par « ce qui ne peut attendre », mais selon que l'on se place du côté de l'urgentiste, du médecin généraliste ou du patient, cette notion diffère.

Pour l'urgentiste, l'urgence est une situation qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel en l'absence de prise en charge rapide.

Pour les MG, il s'agit de soins non programmés qui modifient l'organisation de son activité.

Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité, la gravité n'étant pas forcément au premier plan.

(13)

Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux auteurs qui y sont impliqués.

Les consultants pouvant être pris en charge par un médecin généraliste sont les patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, de soins urgents ou de mise en place de thérapeutiques urgentes. Selon l'American College of Emergency Physicians, relève de la médecine d'urgence un patient « dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau courant de connaissances en santé, soit amené à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire ».

## 3. Type de patients se présentant aux urgences

Selon une étude de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2003, 87% des patients inclus disent avoir un médecin « habituel » et à peine plus d'un quart ont essayé de le joindre avant de se rendre aux urgences. Seulement 16% disent avoir été envoyés aux urgences par leur médecin traitant. (26)

Les patients venant spontanément aux urgences sont donc désormais majoritaires. Une étude de l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) réalisée en 2003 objectivait que 40% des patients déclaraient venir aux urgences après avoir pris un avis médical. 94% d'entre eux disaient être adressés par leur médecin et 57% avaient un courrier à leur arrivée (27)



Dans six cas sur dix, la venue aux urgences est à l'initiative du patient ou sur conseil d'un de ses proches.

65% des patients se présentant aux urgences viennent de leur domicile et majoritairement par leurs propres moyens (70%). 11% sont amenés par les pompiers, 11% sont amenés par des taxis ou des ambulances. 1% sont amenés par les équipes de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). (23)

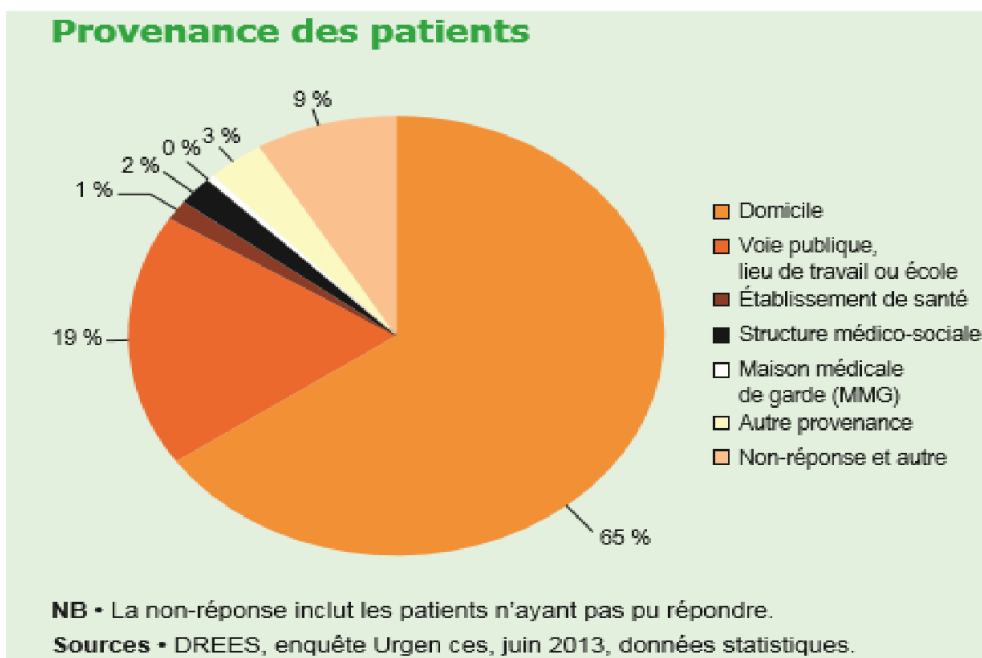


Figure 1 : provenance des patients

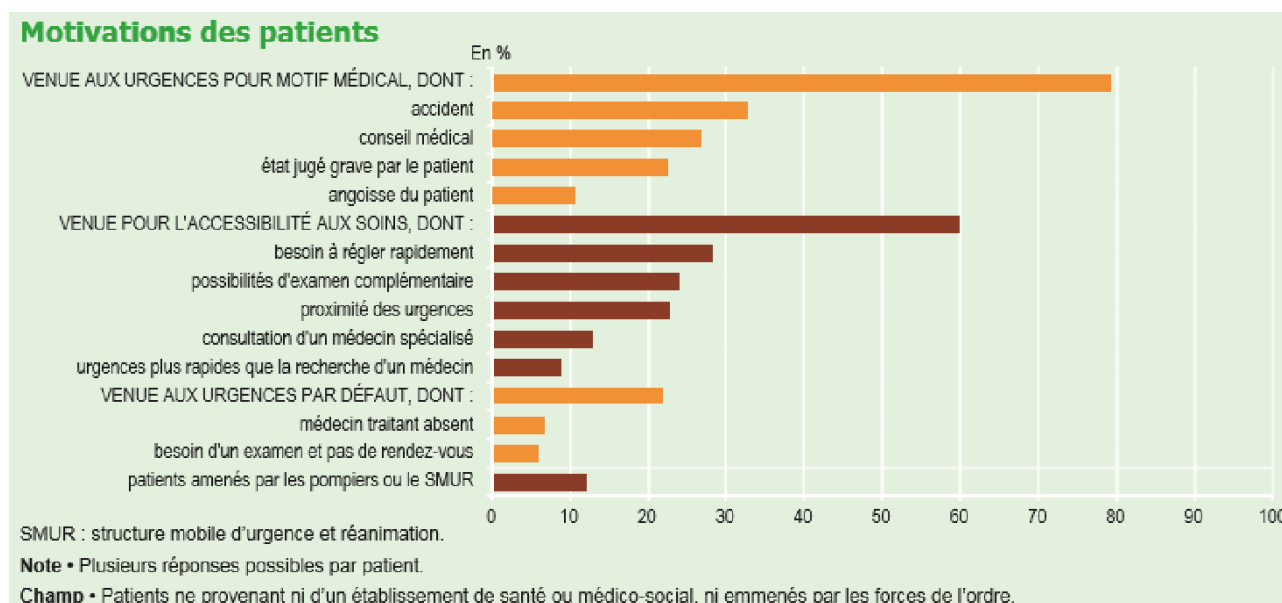


Figure 2 : Motivations des patients pour recourir aux urgences (rapport DRESS 2013)

Les personnes âgées (85 et plus) et les nourrissons ont plus recours aux services d'urgences : taux de 2/1000 pour les enfants de moins de 1 an et de 1.5/1000 pour les personnes âgées en 2013 La moyenne nationale est de 1/1000. (23)

Motifs de recours selon l'âge :

- Enfant de moins de 5 ans : motifs variés
- Entre 10 et 14 ans : principalement traumatologie
- Après 65 ans : 25% de traumatologie dont 18% de chutes, 17% de problèmes cardiovasculaires et le reste en motifs variés.

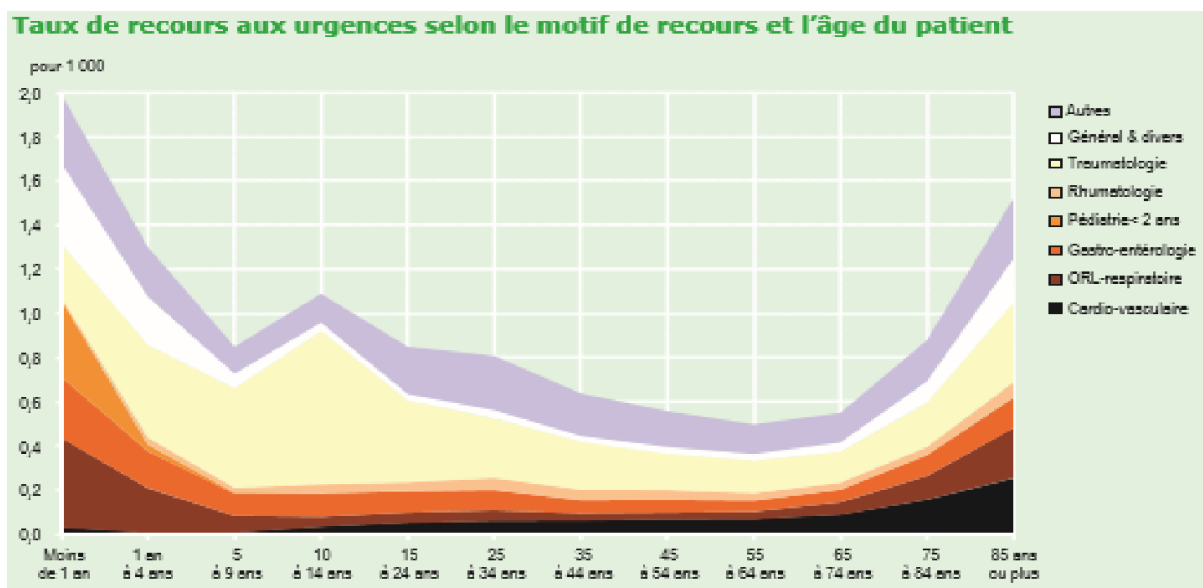


Figure 3 : taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient (rapport DRESS)

La majorité des passages aux urgences sont cotés CCMU 1 et 2 (cf annexe \*) (14% et 74% respectivement) et donc jugés stables (3), leur pronostic vital ou fonctionnel n'étant pas engagé.

Les malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital représentent 11 % des passages et relèvent de la CCMU3.

Les deux dernières classes qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé, sont rares (2 % des passages sont classés en CCMU4 et 0,4 % ont nécessité des manœuvres de réanimation correspondant à la CCMU5). (28)

Jusqu'à 2007, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences était stable à 20% (soit un patient sur cinq hospitalisé). (4) Depuis, on constate une forte croissance des consultations annuelles aux urgences ne débouchant pas sur une hospitalisation (+ 5 % par an en 2014 et 2015 et +2,4% en 2016).

Les patients qui viennent aux urgences le font principalement le jour (de 8h à 20h), sans augmentation le week-end.

## **4. Mode de fonctionnement de la structure d'urgences du Centre Hospitalier de Périgueux**

Le SU du centre hospitalier de Périgueux est l'un des quatre services d'urgence du grand département de la Dordogne avec la clinique Francheville (également située à Périgueux), le centre hospitalier de Bergerac et le centre hospitalier Jean Leclair à Sarlat-La-Canéda.

### **a) Présentation des locaux**

Le service des urgences comporte deux salles d'attente : une salle pour les patients valides et une pour les patients nécessitant d'être alités.

L'activité est ensuite divisée en deux :

- Un espace qui accueille les patients triés par l'IAO en classe CCMU 1 majoritairement voire CCMU 2. Cette filière de consultation est aussi appelé circuit léger et reçoit les patients de traumatologie ou de consultations médicales ne nécessitant a priori pas de recours à un plateau technique lourd. Cet espace contient 4 salles de consultations.
- Un autre espace accueille les patients triés par l'IAO en classe CCMU 2 à 5. Cet espace appelé circuit lourd contient 10 box de consultations dont deux de SAUV.

Enfin il existe un secteur d'hospitalisation de courte durée qui contient 15 chambres.

### **b) Présentation du Personnel du service des urgences de l'hôpital de Périgueux**

En journée le service compte :

- 3 médecins seniors
- 3 internes (4 le lundi et le vendredi)
- 5 infirmiers et 1 IAO
- 4 aides-soignants

La nuit :

- 2 médecins séniors
- 2 internes
- 3 Infirmiers et 1 IAO
- 4 Aides-soignants

### **c) Relevé d'activité**

En 2019 48242 passages ont été enregistrés aux urgences (29) contre 44075 en 2018. (30) Par comparaison ils étaient de 31 757 en 2015.

Malgré une augmentation conséquente d'environ 9,5% par an, le taux d'hospitalisations reste stable avec 31% en 2019 et 33% en 2018.

## **IV. RATIONNEL DE CE TRAVAIL DE THESE**

Dans ce contexte de majoration du flux de patients consultant aux Urgences, de nombreuses études ont été réalisées portant sur les caractéristiques des patients consultant aux urgences [20], sur les motifs de consultation spontanées, mais peu portent spécifiquement sur les patients adressés par leur médecin généraliste aux urgences.

En effet un certain nombre de passage aux urgences semble être évitable et une partie de ce nombre évitable concerne les patients adressés par les médecins généralistes du fait d'un plateau technique non adapté, d'un motif qui aurait pu être investigué avec les laboratoires d'imagerie ou de biologie privés, ces derniers pouvant faire défaut selon la localisation, etc.

Il existe un recours accru des patients consultant pour des motifs dits « non urgents » c'est à dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux. Il est important d'analyser ces « passages évitables » qui constituent un enjeu majeur pour la bonne orientation des patients, sur le plan médical comme financier.

Nous avons donc mené une étude au sein du service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital de Périgueux afin d'évaluer s'il existe une indication médicale significative chez les patients adressés aux urgences par leur médecin traitant et la possibilité d'une prise en charge extra-hospitalière dans le cas contraire en améliorant le lien et la communication entre le SAU et les médecins traitants.

Face à ces hypothèses, la nécessité d'une meilleure communication entre médecine de ville et hôpital semble indispensable. La communication entre médecins est d'ailleurs régie par l'article L1110-4 du Code de Santé Publique (CSP). (31)

Ce dernier considère l'échange d'informations entre médecins comme nécessaire à la continuité des soins et à la qualité de la prise en charge du patient.

Cependant de nombreuses études ont été réalisées à ce sujet ces dernières années et révèlent un réel manque de communication entre médecins hospitaliers et médecins libéraux. (32)(33)(34)

Notre question de recherche est donc : Quelle est la part des consultations évitables au SAU après qu'un patient soit vu et adressé par un médecin généraliste ?

L'objectif principal de cette étude est d'identifier le nombre de passages au SAU pouvant être évités lorsqu'un patient est adressé par un médecin généraliste.

L'objectif secondaire est d'identifier les motifs les plus fréquents des passages pouvant être évités.

Au vue de la richesse de nos données nous avons secondairement ajouté un objectif secondaire portant sur l'identification des facteurs prédictifs d'hospitalisation.

# **Matériel et méthode**

## **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, quantitative, monocentrique.

## **2. Lieu et période**

L'étude s'est déroulée au SAU adultes du Centre Hospitalier (CH) de Périgueux, durant la période 01/07/2020 au 31/07/2020.

## **3. Population étudiée**

Nous avons inclus tous les patients de plus de 15 ans et 3 mois (considérés comme adultes à l'hôpital), adressés aux urgences par leur médecin traitant (MT)

Nous avons exclu les patients dont les dossiers étaient inexploitable par manque de données et ceux qui avaient été mal étiquetés aux urgences (soit car ils n'avaient pas été adressés par leur MT, soit orientés aux urgences par un autre professionnel de santé, soit transférés depuis un autre établissement).

## **4. Mode de recueil des données**

La modalité d'adressage du patient est un des critères inscrit par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) lors de l'entrée du patient dans le logiciel Dx Care®.

Nous avons ainsi par une extraction de Dx Care® recueilli la liste des patients dont la provenance était « Adressé par médecin traitant ».

## **5. Taille de l'échantillon**

Parmi les dossiers extraits du logiciel, nous avons obtenu un échantillon de patients adressés par leur médecin généraliste.

Ont été exclus les patients dont le dossier médical était inexploitable du fait de données manquantes.

## 6. Données analysées

Les données ont été extraites à partir du logiciel Dx Care®. Les données suivantes ont été recueillies :

1. Sexe
2. Tranches d'âges
3. Mode de transport
4. Provenance (domicile ou autre)
5. Motifs d'adressage les plus fréquents
6. Examens paracliniques réalisés avant adressage aux urgences
7. Examens réalisés aux urgences (biologie, imagerie)
8. Avis spécialisé donné aux urgences
9. Modalités de sortie (hospitalisation ou retour à domicile)

## 7. Classement des dossiers

Nous avons choisi de classer les passages au SAU en deux catégories : consultations justifiées et consultations évitables selon les critères suivants :

- **Groupe 1 : consultations justifiées** : patients nécessitant une prise en charge hospitalière en urgence. Le passage aux urgences était justifié et permettait de réaliser différents actes techniques à visée diagnostique et/ou thérapeutique.
- **Groupe 2 : consultations évitables** : patients qui auraient pu être pris en charge en cabinet de médecine de ville sans avoir recours au SAU.

Pour ce faire, nous avons choisi de faire analyser les dossiers par un médecin urgentiste du CH de Périgueux, exerçant depuis 3 ans dans la structure et ayant le statut de praticien hospitalier contractuel ainsi qu'une médecin généraliste exerçant depuis environ vingt ans dans l'agglomération de Périgueux.

Si les médecins n'étaient pas d'accord sur le classement d'un dossier, ils en discutaient ensemble pour arriver à un consensus.



## **8. Analyse statistique**

Les données ont été saisies sur le tableur Excel.

Une description de la population d'étude a été réalisée. La variable quantitative d'âge était exprimée sous forme de moyenne accompagnée de son écart-type, les variables qualitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Dans un second temps, une analyse comparative a été réalisée. Les paramètres qualitatifs ont été comparés selon les conditions d'application à l'aide des tests de Chi<sup>2</sup> (effectifs théoriques supérieurs à 5) ou exact de Fisher (effectifs théoriques inférieurs à 5).

Les calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel RStudio Version 1.2.5033 (2019 Boston, Massachussets, États-Unis).

## **9. Mesures éthiques et règlementaires**

L'accord du CPP n'est pas nécessaire l'article R 1121-1 du Code de la santé publique, modifié par le décret du 9 mai 2017, car il s'agit d'une étude rétrospective et anonyme.

Un entretien téléphonique avec un délégué chargé des questions de santé était réalisé le 1 octobre 2020 et celui-ci confirmait l'absence de démarche spécifique à réaliser auprès de la CNIL, les données récoltées étant anonymes et ne permettant pas de retracer un individu personnellement.

# Résultats

# 1. Caractéristiques des patients

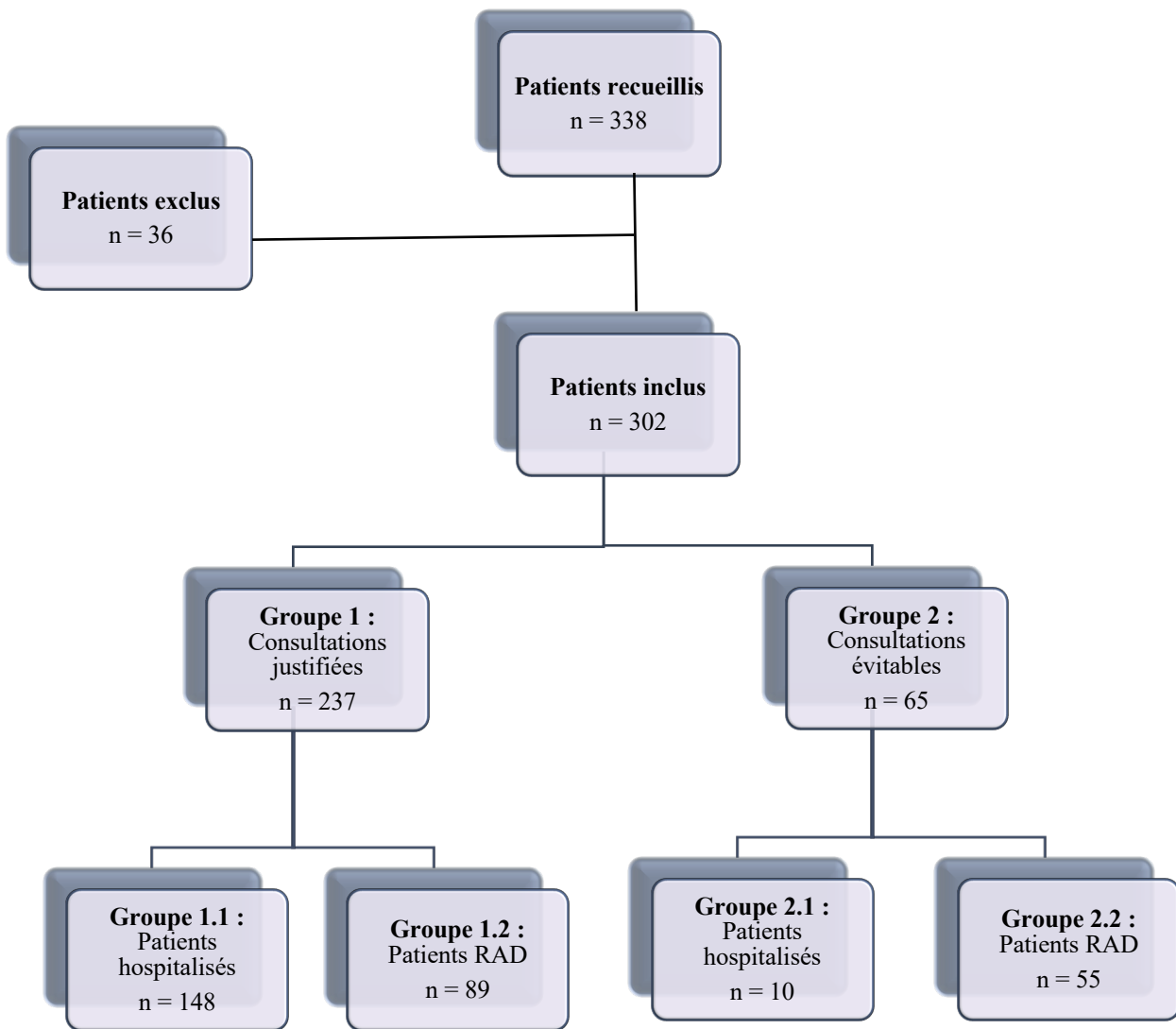


Figure 4 : Organigramme représentant la répartition des patients dans les différents groupes

Nous avons inclus au total 302 patients adressés par leur médecin généraliste ce qui représentait 8,8% de l'ensemble des patients ayant consulté au SAU durant la période d'étude.

Ont été exclus :

- 12 patients dont le dossier médical était inexploitable du fait de données manquantes ;
- 4 patients ayant quitté les urgences contre avis médical avant le début de la prise en charge.
- 20 patients dont la provenance inscrite initialement par l'IAO s'est avérée erronée. En effet, en relisant le dossier, 10 patients n'étaient pas adressés par un médecin, 4 étaient adressés par des médecins d'autres spécialités, 6 par une structure hospitalière (autre service d'urgence ou de médecine ou transfert intra hospitalier).

Tableau 1: description des patients inclus n=302

	Total (n=302)
	Effectif (%)
<b><u>Sexe</u></b>	
Femmes	165 (54,6%)
Hommes	137 (45,4%)
<b><u>Âge</u></b>	
≤ 25 ans	19 (6,3%)
26 – 50 ans	35 (11,6%)
51 – 74 ans	110 (36,4%)
≥ 75 ans	138 (45,7%)
Moyenne (± écart-type)	68 ans (± 21)
<b><u>Provenance</u></b>	
Domicile	294 (97,4%)
Autre	8 (2,6%)
<b><u>Mode de transport</u></b>	
Moyens personnels	185 (61,3%)
Ambulance	95 (31,5%)
Pompiers	11 (3,6%)
Taxi	11 (3,6%)
<b><u>Motifs de recours</u></b>	
Neurologique	50 (16,6%)
Traumatologique	43 (14,2%)
Cardio	40 (13,2%)
Digestif	39 (12,9%)
Altération de l'état général	33 (10,9%)
Infectieux	32 (10,6%)
Pneumo	23 (7,6%)
Anémies	14 (4,6%)
Douleurs	9 (3%)
Autres	19 (6,3%)
<b><u>Examens réalisés avant adressage</u></b>	
Bilan biologique	53 (17,5%)
PCR SARS-CoV-2	8 (2,6%)
ECG	7 (2,3%)
Radiographie	6 (2%)
Échographie	4 (1,3%)
Scanner	3 (1%)
IRM	1 (0,3%)
Nasofibroscopie	1 (0,3%)

54,6% des patients inclus étaient des femmes (n=165) et 45,4% des hommes (n=137).

Les patients de moins de 75 ans représentaient 54,3% (n=164) et ceux de 75 ans et plus 45,7% (n=138). (Figure 2). Près d'un patient sur 2 avait donc 75 ans ou plus.

La moyenne d'âge des patients était de 68 ans (écart-type = 21)

La très grande majorité venait du domicile (97,35%) et les patients se rendaient majoritairement aux urgences par leur propre moyen (61,3%).

Les motifs de consultation les plus fréquemment retrouvés étaient : (Figure 3)

- Neurologique dans 16,6% des cas ;
- Traumatologique dans 14,2% des cas ;
- Cardiologique dans 13,2% des cas ;
- Digestif dans 12,9% des cas ;

17,5% des patients ont eu un bilan biologique sanguin avant adressage au SAU soit près d'un patient sur 5 et 5% ont eu une imagerie.

L'intégralité des PCR SARS-CoV-2 réalisées par les médecins traitants avant adressage aux urgences étaient négatives.

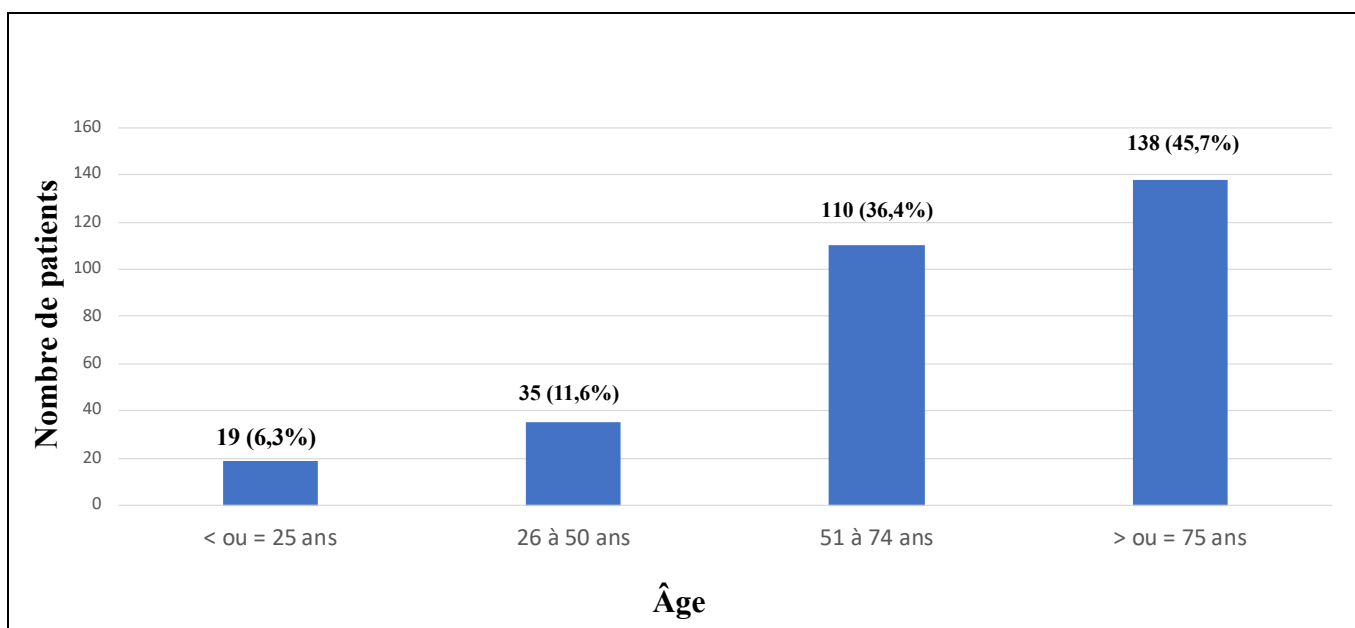


Figure 5 : répartition des patients par tranches d'âge

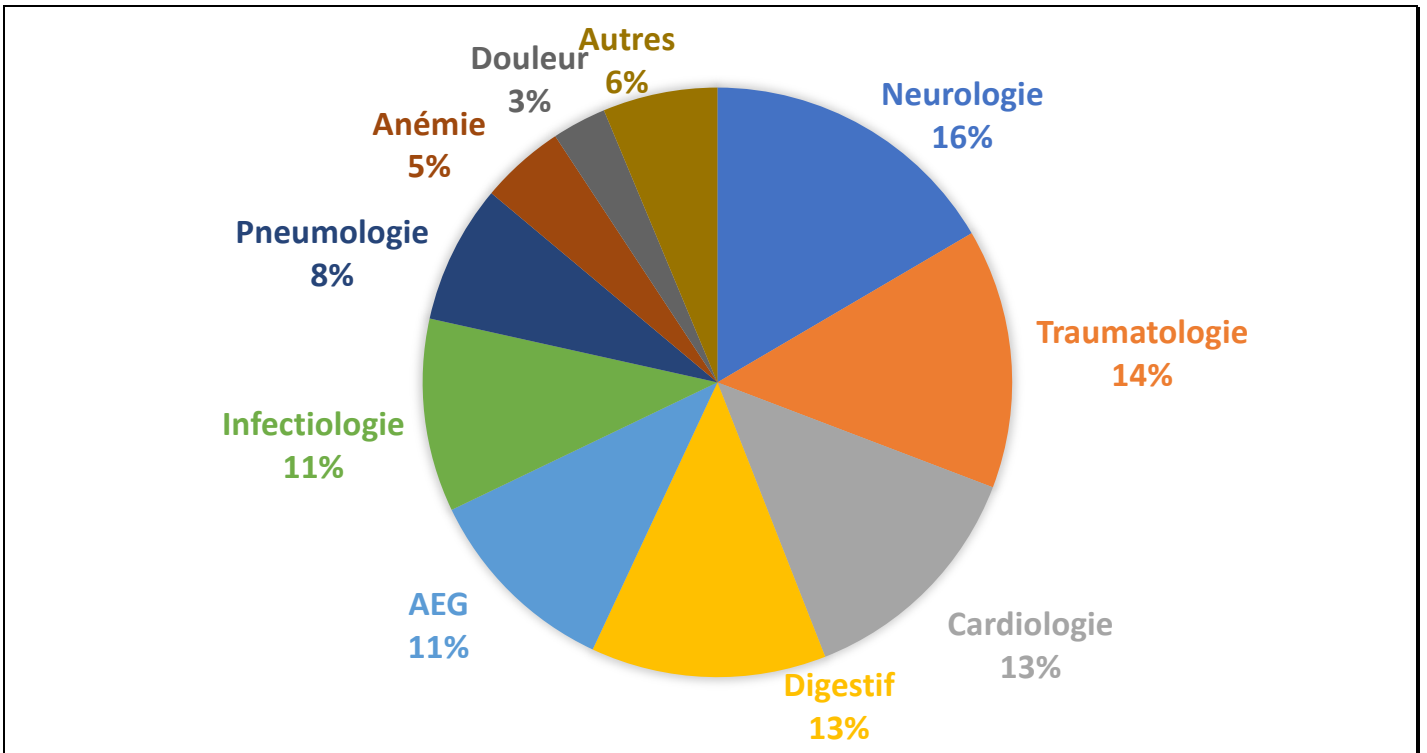


Figure 6 : Motifs de recours aux urgences.

Il est intéressant de noter que la grande majorité des recours (86%) était d'ordre médical.

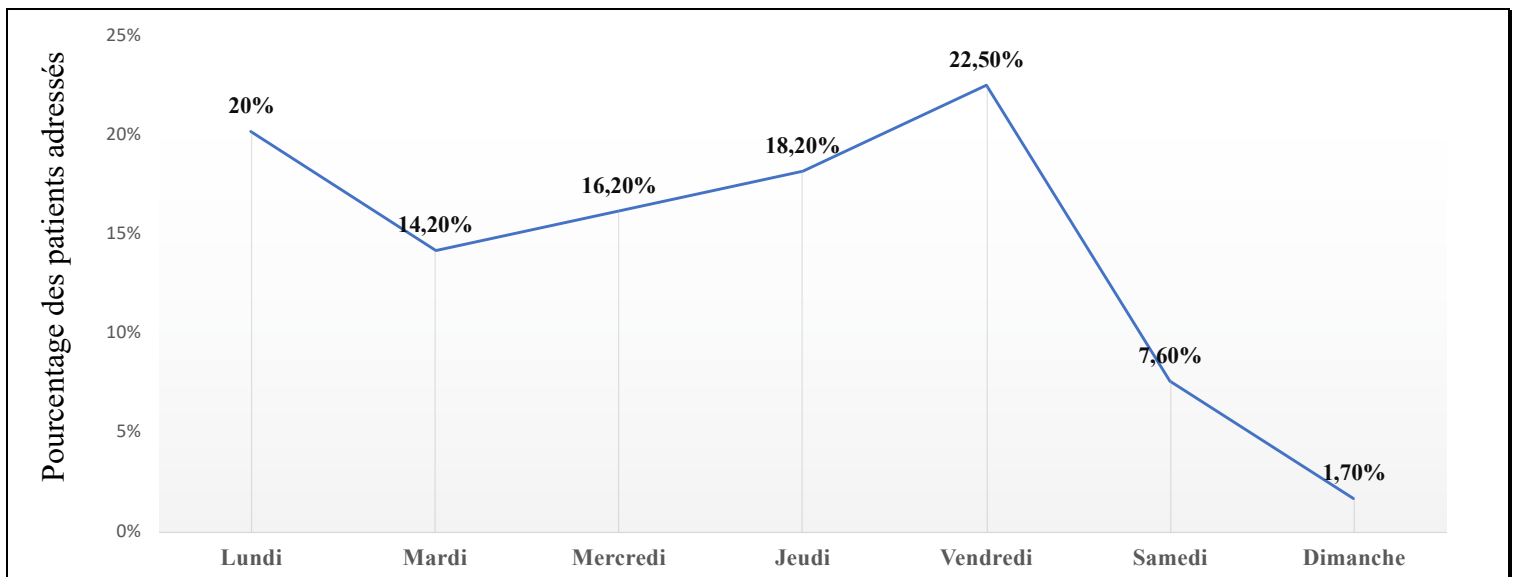


Figure 7 : Répartition des patients selon leur jour d'adressage

La majorité des patients inclus étaient adressés le lundi (20%) et le vendredi (22,5%).

Seulement 7,6% des patients ont été adressés un samedi.

## 2. Réponse à l'objectif principal : évaluation de l'orientation aux urgences

Les 302 patients inclus ont donc été évalué par un médecin urgentiste et un médecin généraliste.

**A noter que pour le classement de tous les dossiers étudiés il y a eu consensus entre le médecin urgentiste et le médecin généraliste.**

*Tableau 2 : Évaluation de l'orientation aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste.*

	<b>Total (n=302)</b>
	<b>Effectif (%)</b>
<b>Consultations justifiées (Groupe 1)</b>	<b>237 (78,5%)</b>
Hospitalisation (Groupe 1.1)	148/237 (62,5%)
RAD (Groupe 1.2)	89/237 (37,5%)
<b>Consultations évitables (Groupe 2)</b>	<b>65 (21,5%)</b>
Hospitalisation (Groupe 2.1)	10/65 (15,4%)
RAD (Groupe 2.2)	55/65 (84,6%)

Le recours aux urgences par le médecin généraliste était justifié pour **237** des 302 patients inclus soit dans **78,5%** des cas.

On retrouve dans ces consultations justifiées une majorité de patients qui ont été hospitalisés par la suite (62,47%).

Pour **65 patients (21,52%)** l'adressage au SAU était jugé évitable, une orientation autre que le SAU aurait été plus indiquée.

Il s'agissait en grande majorité de patient rentrés au domicile au décours de la prise en charge aux urgences (84,61%).

### 3. Réponses aux objectifs secondaires

#### a) Caractéristiques des patients dont la consultation était justifiée (Groupe 1)

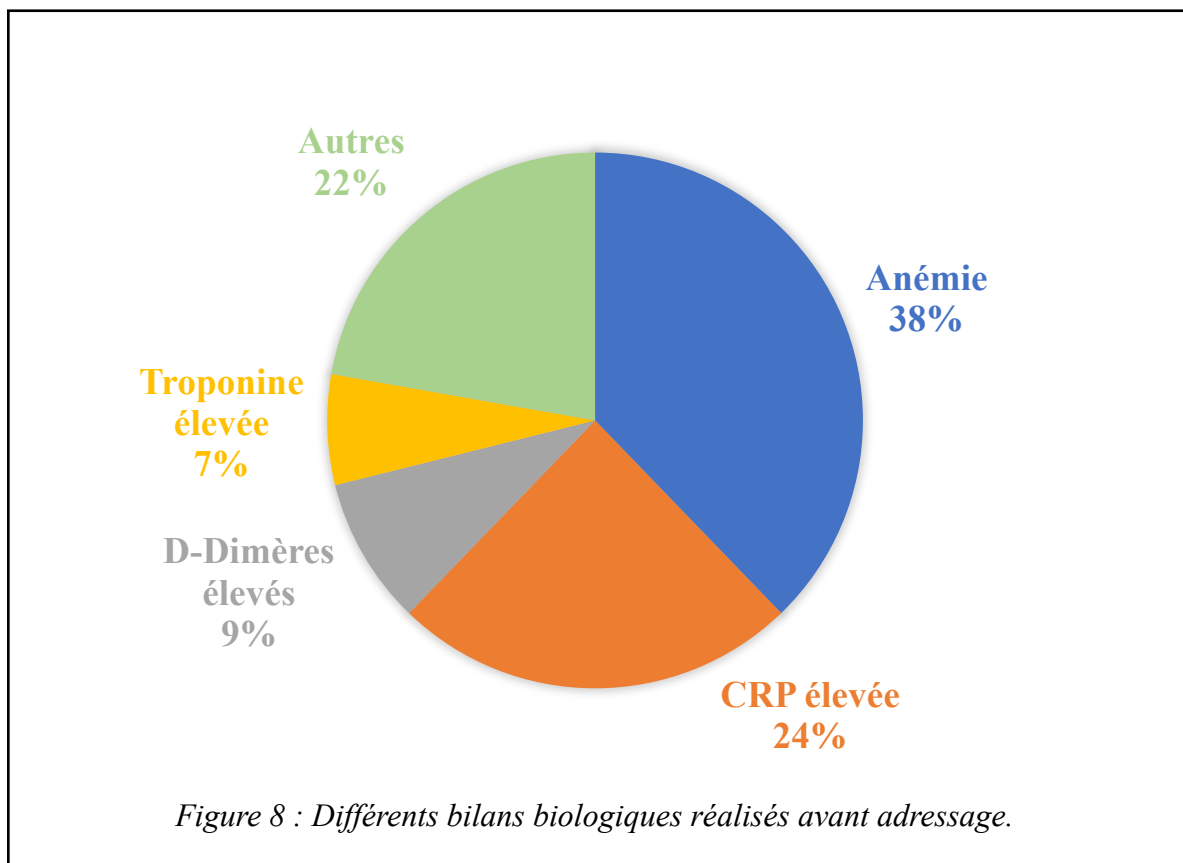
Tableau 3 : Caractéristiques des patients dont l'orientation aux urgences était justifiée (Groupe 1)

	Total (n=237)
	Effectif (%)
<b><u>Âge</u></b>	
≤ 25 ans	9 (3,8%)
26 – 50 ans	24 (10,1%)
51 – 74 ans	85 (35,9%)
≥ 75 ans	119 (50,2%)
Moyenne (± écart-type)	71 (±20)
<b><u>Mode de transport</u></b>	
Moyens personnels	136 (57,4%)
Transports sanitaires	95 (40,1%)
Taxi	6 (2,5%)
<b><u>Motifs de recours les plus fréquents</u></b>	
Neurologique	39 (16,5%)
Digestif	34 (14,3%)
Cardiologique	32 (13,5%)
Traumatologique	30 (12,7%)
AEG	27 (11,4%)
Infectieux	19 (8%)
<b><u>Examens réalisés avant adressage</u></b>	
Bilan biologique	45 (19%)
PCR SARS-CoV-2	6 (2,5%)
ECG	7 (2,9%)
Radiographie	2 (0,8%)
Échographie	2 (0,8%)
Scanner	2 (0,8%)
IRM	0
Nasofibroscopie	0
<b><u>Examens réalisés aux urgences</u></b>	
Bilan biologique	188 (79,3%)
Radiographie	80 (33,7%)
Scanner	82 (34,6%)
Échographie	4 (1,7%)
IRM	3 (1,3%)



Nous avons mis en évidence différents points dans ce groupe :

- La moitié des patients avaient 75 ans ou plus.
- Plus de la moitié des patients se rendaient aux urgences par leur propre moyen.
- Les patients venaient pour des motifs variés.
- 4 patients sur 5 étaient prélevés aux urgences pour un bilan biologique.
- Plus de 2 tiers des patients ont eu un examen d'imagerie aux urgences.



Parmi les patients adressés pour perturbation du bilan biologique réalisé en ville, plus d'un tiers (38%) présentaient une anémie à explorer et/ou compléter aux urgences et un quart avait un syndrome inflammatoire biologique avec CRP élevée (>50 mg/l).

## b) Caractéristiques des patients dont la consultation était évitable (Groupe 2)

Tableau 4 : Caractéristiques des patients dont l'orientation au SAU était évitable (Groupe 2).

	Total (n=65)
	Effectif (%)
<b><u>Âge</u></b>	
≤ 25 ans	10 (15,4%)
26 – 50 ans	11 (16,9%)
51 – 74 ans	24 (36,9%)
≥ 75 ans	20 (30,8%)
Moyenne (± écart-type)	60 (± 24)
<b><u>Mode de transport</u></b>	
Moyens personnels	49 (75,4%)
Transports sanitaires	11 (16,9%)
Taxi	5 (7,7%)
<b><u>Motifs de recours les plus fréquents</u></b>	
Infectieux	13 (20%)
Traumatologique	13 (20%)
Neurologique	11 (17%)
Cardiologique	8 (12,3%)
AEG	4 (6,1%)
Digestif	5 (7,7%)
<b><u>Examens réalisés avant adressage</u></b>	
Bilan biologique	8 (12,3%)
PCR SARS-CoV-2	2 (3,1%)
ECG	0
Radiographie	4 (6,1%)
Échographie	2 (3,1%)
Scanner	1 (1,5%)
IRM	1 (1,5%)
Nasofibroscopie	1 (1,5%)
<b><u>Examens réalisés aux urgences</u></b>	
Bilan biologique	35 (53,8%)
Radiographie	20 (30,8%)
Scanner	9 (13,8%)
Échographie	0
IRM	0

Il ressort différents résultats de ce tableau :

- Deux tiers des patients ont moins de 75 ans.
- Trois quarts des patients viennent par leur propre moyen.
- Les patients viennent pour des motifs variés.
- 1 patient sur 2 a été prélevé pour un bilan biologique aux urgences
- Moins de 50% des patients ont eu un examen d'imagerie.

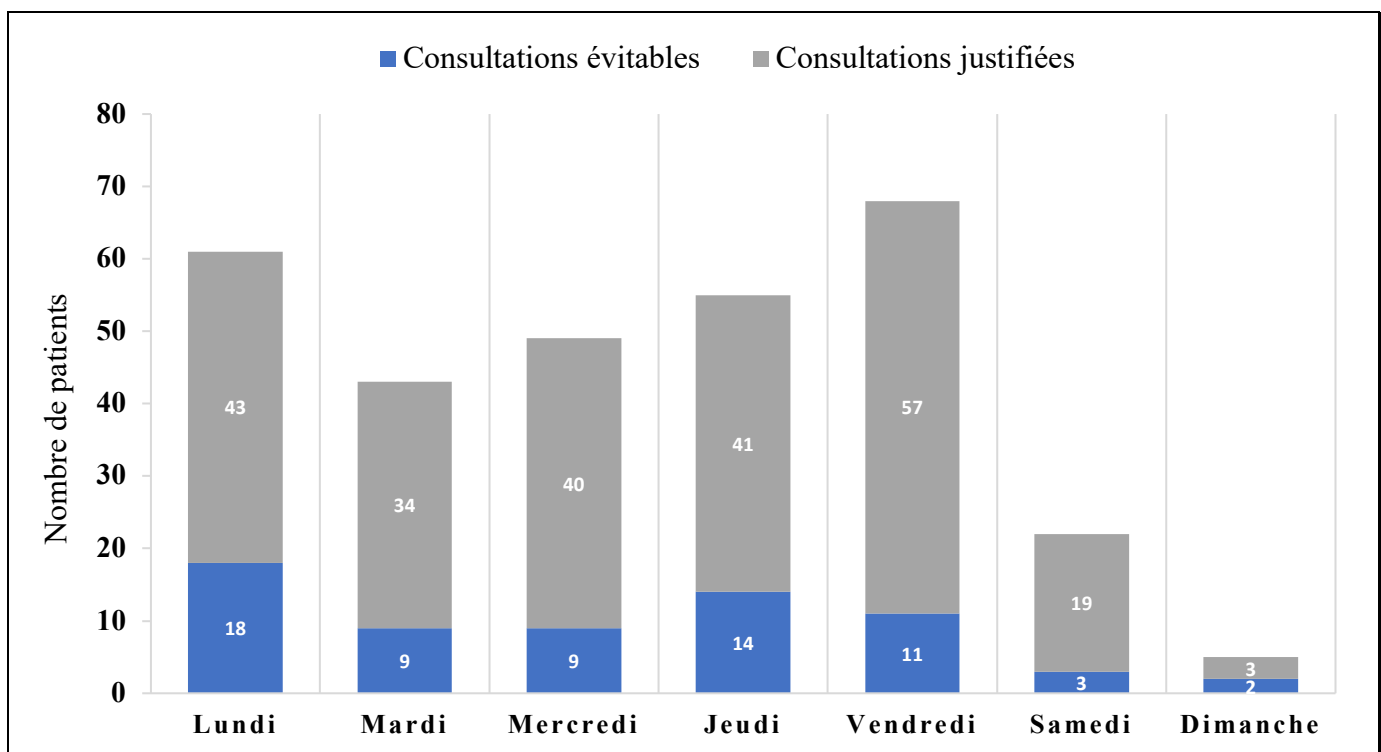


Figure 9 : Répartition hebdomadaire des patients

Il n'y a pas de journées dans la semaine où l'on retrouve un taux significatif de consultations inappropriées au SAU.

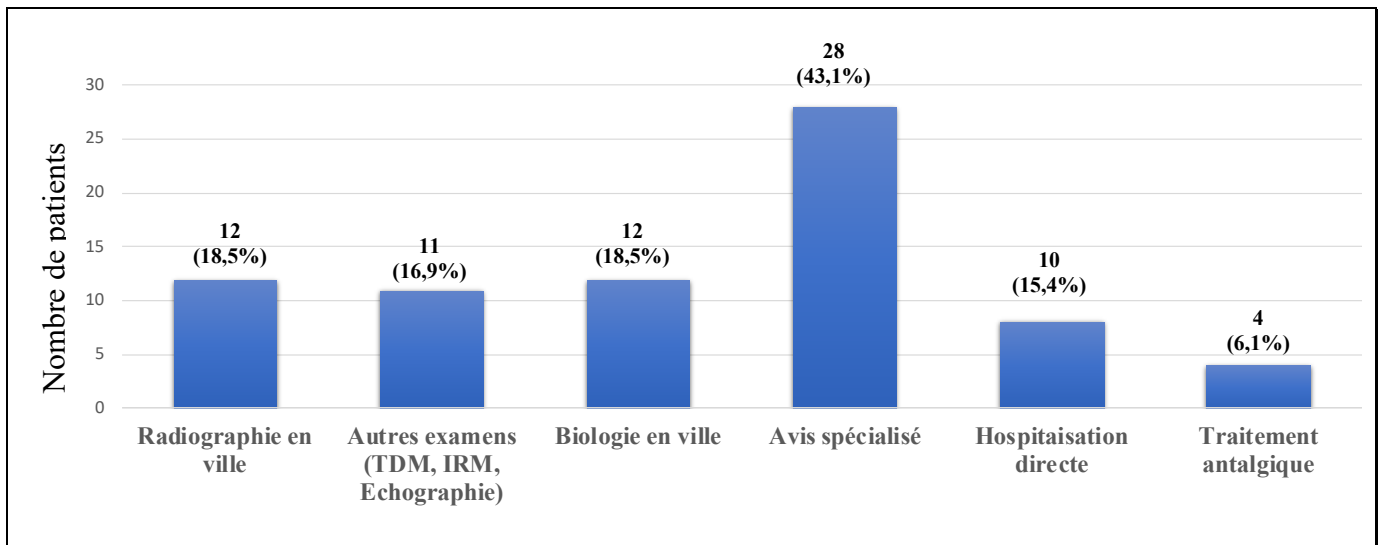


Figure 10 : Prises en charge proposées pour les 65 patients dont la consultation aux urgences était jugée évitable. Plusieurs prises en charge possibles par patient.

Concernant les 10 patients hospitalisés dont l'orientation aux urgences était évitable (15,4%) (Groupe 2.1) il s'agissait de patients dont l'état clinique et la symptomatologie pouvaient relever d'une hospitalisation programmée car aucun examen complémentaire ni prise en charge ne nécessitaient d'être réalisés en urgence. Il s'agissait pour la moitié d'entre eux d'hospitalisations en neurologie pour des symptômes apparus depuis plus d'une semaine.

Concernant les 55 patients RAD (Groupe 2.2), 47,3% (n=26) n'avaient pas d'instauration ou de modification de traitement. Quatre patients (1,32%) retournaient au domicile après examen clinique seul (sans avis spécialisé, examen complémentaire ni traitement au SAU).

**c) Comparaison des patients dont la consultation était justifiée (Groupe 1) et ceux dont la consultation était évitable (Groupe 2)**

	Groupe 1 (n=237)	Groupe 2 (n=65)	
<b>Âge moyen ± écart-type</b>	<b>71 (±20)</b>	<b>60 (± 24)</b>	
	<b>Effectif (%)</b>	<b>Effectif (%)</b>	<b>p</b>
<b>Âge</b>			
≤ 25 ans	9 (3,8%)	<b>10 (15,4%)</b>	<b>0.0020</b>
26 – 50 ans	24 (10,1%)	11 (16,9%)	0.129
51 – 74 ans	85 (35,9%)	24 (36,9%)	0.875
≥ 75 ans	<b>119 (50,2%)</b>	20 (30,8%)	<b>0.005</b>
<b>Mode de transport</b>			
Moyens personnels	136 (57,4%)	<b>49 (75,4%)</b>	<b>0.008</b>
Transports sanitaires	<b>95 (40,1%)</b>	11 (16,9%)	<b>0.0005</b>
Taxi	6 (2,5%)	5 (7,7%)	0.063
<b>Motifs de recours les plus fréquents</b>			
Neurologique	39 (16,5%)	11 (17%)	0.928
Digestif	34 (14,3%)	5 (7,7%)	0.156
Cardiologique	32 (13,5%)	8 (12,3%)	0.801
Traumatologique	30 (12,7%)	13 (20%)	0.133
AEG	27 (11,4%)	4 (6,1%)	0.218
Infectieux	19 (8%)	<b>13 (20%)</b>	<b>0.005</b>
<b>Examens réalisés avant adressage</b>			
Bilan biologique	45 (19%)	8 (12,3%)	0.21
PCR SARS-CoV-2	6 (2,5%)	2 (3,1%)	0.683
ECG	7 (2,9%)	0	0.352
Radiographie	2 (0,8%)	<b>4 (6,1%)</b>	<b>0.021</b>
Échographie	2 (0,8%)	2 (3,1%)	0.204
Scanner	2 (0,8%)	1 (1,5%)	0.518
IRM	0	1 (1,5%)	0.215
Nasofibroscopie	0	1 (1,5%)	0.215
<b>Examens réalisés aux urgences</b>			
Bilan biologique	<b>188 (79,3%)</b>	35 (53,8%)	<b>0.00003</b>
Radiographie	80 (33,7%)	20 (30,8%)	0.65
Scanner	<b>82 (34,6%)</b>	9 (13,8%)	<b>0.001</b>
Échographie	4 (1,7%)	0	0.581
IRM	3 (1,3%)	0	1.000

Tableau 5 : Comparaison des patients relevant de la médecine de ville et ceux nécessitant une prise en charge en urgence. Les valeurs en gras correspondent aux données statistiquement significatives.

Il y avait significativement plus de patients âgés ( $\geq 75$  ans) lorsque la consultation était justifiée.

Il y avait significativement plus de recours infectieux et de radiographies réalisées avant adressage parmi les consultations évitables.

259 patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'un examen complémentaire aux urgences (bilan biologique et/ou imagerie) soit 85,8% des patients.

Un patient sur 3 a eu une radiographie aux urgences (33,1%) avec une différence très significativement plus élevée dans le groupe des consultations justifiées. Il y avait également plus de scanner réalisés dans ce groupe ( $p = 0,001$ ).

Un avis spécialisé a été pris pour 29,5% de tous les patients inclus et un tiers d'entre eux concernait la cardiologie (33%) (Figure 9)

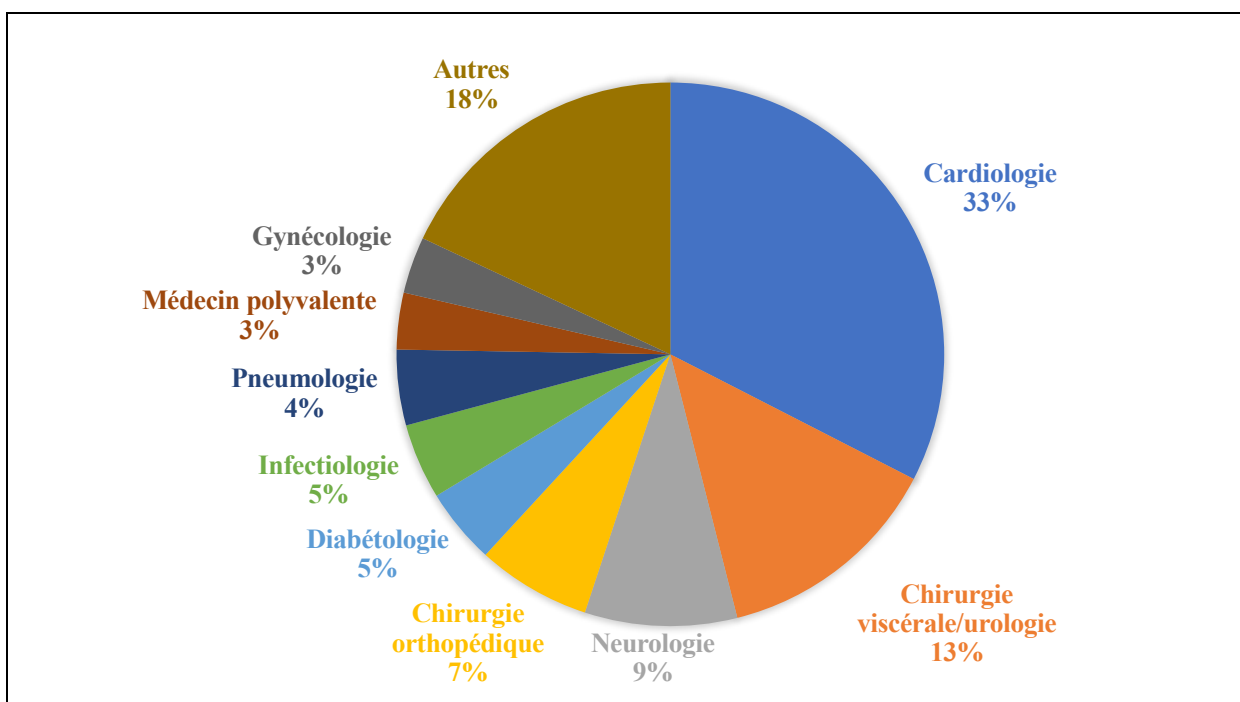


Figure 8 : avis spécialisés donnés aux urgences tous patients confondus

Tableau 6 : avis spécialisés donnés aux urgences

	Effectif (%)
<b>Avis spécialisés</b>	<b>89/302 (29,5%)</b>
<b>Consultations justifiées</b>	77/89 (86,5%)
Hospitalisation	52/77 (67,5%)
RAD	25/77 (32,5%)
<b>Consultations évitables</b>	12/89 (13,5%)
Hospitalisation	3/12 (25%)
RAD	9/12 (75%)

Parmi les 89 avis spécialisés donnés aux urgences, 13,5% (n=12) concernaient des patients dont l'orientation initiale aux urgences a été jugée évitable.

Il s'agissait de patients pour lesquels les spécialistes confirmaient l'absence d'indication de prise en charge en urgence. Des examens complémentaires ou des consultations étaient programmées en externe pour 9 d'entre eux et 3 étaient hospitalisés.

**Au total, un seul motif d'adressage évitable est ressorti significativement de notre travail : le motif infectieux.**

**Par ailleurs, les consultations évitables concernent principalement les patients de moins de 75 ans et plus particulièrement les moins de 25 ans.**

## d) Facteurs prédictifs d'une hospitalisation

- Relation entre le mode d'arrivée au service d'accueil des urgences et le risque d'hospitalisation

	Hospitalisations	RAD	Totaux
Moyens sanitaires	64	42	106
Autres	94	102	196
Totaux	158	144	302

Il y avait significativement plus de patients hospitalisés chez les patients amenés par un transport sanitaire (ambulances et pompiers) ( $p < 0,05$ ).

- Relation entre l'âge des patients et le risque d'hospitalisation

	Hospitalisations	RAD	Totaux
< 75 ans	70	94	164
> ou = 75 ans	88	50	138
Totaux	158	144	302

Il y avait significativement beaucoup plus d'hospitalisations chez les patients dont l'âge était  $>$  ou  $=$  à 75 ans ( $p = 0,001$ ).

- Relation entre avis donné aux urgences et hospitalisation

	Hospitalisations	RAD	Totaux
Avis	55	35	90
Pas d'avis	103	109	212
Totaux	158	144	302

Il y avait significativement plus de patients hospitalisés lorsqu'un avis était donné aux urgences ( $p < 0,05$ )



➤ Relation entre avis l'orientation par un médecin généraliste et le risque d'hospitalisation

	Hospitalisations	RAD	Totaux
Médecin généraliste	158	144	302
Autres	1084	2034	3118
Totaux	1242	2178	3420

Il y avait une significativement beaucoup plus d'hospitalisations lorsque les patients étaient adressés par le médecin traitant ( $p < 0,05$ )

# Discussion

## I. FAITS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

Dans notre étude, parmi les 302 patients inclus, il a été évalué que 65 consultations soit **21,5%** des passages au SAU n'auraient pas dû transiter par le SAU.

85% de ces consultations évitables ne méritaient pas une prise en charge hospitalière et 15% auraient pu être évitées via des hospitalisations programmées.

Notre étude ne retrouve qu'un seul motif d'adressage qui ressort significativement comme évitable : **le motif infectieux.**

Les consultations évitables concernent principalement des sujets de **moins de 75 ans.**

Les facteurs de risques d'hospitalisations retrouvés dans notre étude sont :

- L'arrivée au SAU en moyen sanitaire
- L'âge supérieur à 75 ans.
- L'avis spécialisé donné au SAU
- L'orientation au SAU par un médecin généraliste

## II. FORCES DE L'ETUDE

Le recueil des patients adressés par le médecin traitant durant le mois de juillet était exhaustif et standardisé sur Dx Care avec une case paramétrée pour cette étude à cocher lors de l'arrivée du patient.

L'investigateur était présent sur les lieux de l'étude permettant de réduire les biais de sélection. 36 patients sur 338 ont été exclus, montrant la rigueur dans l'analyse des dossiers.

L'évaluation des consultations était réalisée à la fois par un médecin urgentiste exerçant au SAU de l'hôpital de Périgueux et un médecin généraliste avec donc un point de vue des deux côtés de la prise en charge des patients. Leur accord sur l'ensemble des dossiers permettait de renforcer l'objectivité des conclusions. De plus, cette méthodologie était conseillée par le département de médecine générale en préalable à l'étude.

De nombreuses études ont déjà porté sur les usagers des urgences mais peu sur l'évaluation des consultations des patients adressés par un médecin généraliste. Cependant ce travail répond à une problématique rencontrée quotidiennement dans la pratique des urgentistes et des médecins généralistes. Ces derniers ont malheureusement peu de retour sur leur pratique et sur la justification des patients qu'ils adressent aux urgences.

### III. LIMITES

Une des limites venait du fait que cette étude était rétrospective et monocentrique.

Il pouvait exister un biais dans les motifs d'adressage car certaines structures d'urgences dans la même zone géographique ne prennent pas en charge toutes les pathologies. Nous pensons notamment à la clinique privée de Francheville qui prend principalement en charge des patients pour des pathologies rénales, oncologiques et de la petite traumatologie.

La période d'inclusion était de courte durée, un mois, et le fait qu'elle ait eu lieu en été pouvait également être responsable d'un biais. Les motifs de recours auraient donc probablement été différents durant l'hiver. Ces deux éléments peuvent entraîner un défaut ou un excès de représentativité de certaines pathologies.

La taille de l'effectif montre également une limite et il est possible qu'avec un effectif plus élevé, d'autres motifs de consultations évitables seraient ressortis de cette étude.

Par ailleurs, nous sommes dans un contexte sanitaire particulier lié à la pandémie mondiale du COVID 19 qui a engendré un nombre important de changement dans le système de santé : patients qui ne veulent plus être pris en charge à l'hôpital, baisse des prises en charges extra-COVID et donc des complications liées à ces soins ...

### IV. FORCES ET FAIBLESSES COMPAREES AUX ETUDES SIMILAIRES

Un pourcentage similaire est retrouvé dans l'étude de 2008 de Beaujon, où **21% des consultations de patients adressés par le MG étaient non justifiés.** (35)

Il en est de même dans un rapport de la DREES de 2013 où la part de patients adressés par leur médecin traitant et considérés comme « non urgents » était de 23,1%. Ce rapport allait plus loin en

montrant que cette part était plus faible lorsque les patients étaient adressés que lorsqu'ils se rendaient spontanément aux urgences (31,3%).

L'âge moyen des patients consultant en 2019 aux SAU de Périgueux était de 44,8 ans avec une proportion de patients d'âge supérieur à 75 ans de 18%.

Dans notre étude l'âge moyen était plus élevé (68 ans) avec une proportion de patients de plus de 75 ans nettement supérieure (45,7%). Cette proportion était d'autant plus élevée dans le groupe des consultations justifiées (plus de 50%) et un peu moindre dans le groupe évitable (environ 30%), avec une différence significative entre les deux groupes. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients les plus difficiles à prendre en charge en médecine générale ont plus de 75 ans, parfois isolés et souvent poly-pathologiques.

A l'inverse, les individus plus jeunes sont plus facilement gérés en ville car souvent moins fragiles. La différence de moyenne d'âge s'explique aussi par le fait que ces derniers se rendent plus souvent spontanément aux urgences sans consulter leur médecin traitant.

En revanche le sexe ratio de notre population ne différait pas des données recueillies par l'ORUNA sur l'activité aux urgences durant l'année 2019. (29)

Selon la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) en 2016, 75% des patients tout venant (pas nécessairement adressés) se rendaient à l'hôpital par moyens personnels. (36) Nous avons retrouvé les mêmes chiffres dans le groupe des consultations non justifiées (75%). En revanche, seulement 57,4% des patients adressés pour des consultations considérées justifiées venaient par moyens personnels, et plus de 40% venaient en transport sanitaire. Il y avait une différence significative entre les deux groupes. Ainsi, les caractéristiques du groupe de consultations non justifiées se rapprochent de la population générale consultant aux urgences.

Deux pics dans les patients inclus ont été retrouvés le lundi et le vendredi. Ceci est en partie expliqué le vendredi par l'arrivée du week-end et l'anticipation par les médecins généralistes d'une éventuelle complication durant ces deux jours de fermeture des cabinets médicaux. Pour ce qui est du lundi, c'est l'effet inverse avec les complications qui sont survenus durant le week-end sans consultations médicales et qui sont retrouvées par le médecin traitant le lundi.

Peu de patients étaient adressés les samedis et dimanches, en lien avec un nombre limité de cabinets ouverts les samedi matin et à la fermeture de ces cabinets le reste du week-end. Il n'y avait pas différence d'adressage entre les jours pour les consultations évitables.

**L'objectif secondaire** de notre étude était de déterminer les motifs principaux d'adressage aux urgences par les médecins généralistes.

Ils étaient majoritairement d'ordre médical (85,8%). Cela était également objectivé dans la thèse du Dr Vardon en 2018 qui trouvait que 83,1% des appels d'un médecin généraliste au centre 15 de Haute-Garonne concernaient une cause médicale non chirurgicale. (37)

Dans la période d'étude les motifs médicaux principaux par ordre de fréquence étaient neurologiques, cardiologiques et digestifs.

Une autre étude réalisée à Albi en 2013 portant sur les patients adressés par les médecins généralistes mettait également en avant comme principaux motifs la pathologie neurologique (26,7%) digestive (23.7%), cardiologique (11.13%),

La forte proportion de motifs neurologiques s'explique par une population vieillissante à risque d'AVC. De plus l'hôpital de Périgueux est le seul établissement du département dont le service de neurologie réalise des gestes de thrombolyse.

Cependant il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (justifié/évitable) avec une proportion de motif neurologique similaire. En effet dans le groupe des consultations évitables 5 patients se présentaient pour des AVC constitués et relevaient donc d'une hospitalisation directe programmée.

Il y avait significativement plus de motifs infectieux dans le groupe des consultations évitables (13 patients au total). Parmi eux 4 auraient pu être hospitalisés d'emblée sans passer par le SAU (2 érysipèles, 2 maux perforants plantaires). Dans les autres cas il s'agissait de cas non urgents nécessitant des examens complémentaires et/ou avis spécialisés (ex : suspicion de pyélonéphrite, kyste épidermique infecté, érysipèle sans critère de gravité...).

Concernant les motifs cardiologiques évitables nous retrouvions des douleurs thoraciques pariétales chez des patients jeunes sans antécédents ainsi que des suspicions de thrombose veineuse profonde pour réalisation d'écho-doppler sans bilan préalable ni traitement mis en place.

Le motif d'ordre traumatologie ou orthopédique (14%) était sous représenté par rapport à une population décrite par de la DREES (23) où les patients ayant consulté aux urgences pour traumatologie représentaient jusqu'à 30% des motifs de consultation. Cette différence correspond au fait que les patients victimes d'accidents consultent directement et d'eux-mêmes aux urgences.

Il constituait ici toutefois la deuxième cause d'adressage par les médecins généralistes. En effet 20% des consultations jugées évitables concernaient la traumatologie. Il s'agissait de patients dont les radiographies réalisées aux urgences étaient normales et auraient pu être réalisées en externe.

Il faut cependant tenir compte du recours difficile à des radiographies dans un bref délai.

Le service d'accueil des urgences apparaît donc pour le médecin généraliste comme un moyen d'accès rapide au plateau technique, de biologie et d'imagerie.

85,8% des patients inclus ont bénéficié d'examens complémentaires (biologie et/ou imagerie) au SAU. Les bilans biologiques et les scanners ont été statistiquement plus nombreux chez les patients dont la consultation était justifiée ce qui semble cohérent dans la mesure où ces derniers sont considérés le plus souvent comme « urgents ». On constate cependant que plus de 50% des patients dont la consultation était jugée évitable avaient un bilan biologique aux urgences mais il est important de noter qu'une partie des bilans biologiques à la zone d'accueil des urgences est réalisée de façon systématique à l'arrivée du patient (selon des protocoles préétablis permettant de diminuer la durée de passage moyenne aux prix d'examens biologiques inutiles). Une partie n'était pas justifiée.

Un médecin spécialisé était sollicité pour près d'un tiers des patients et 86,5% d'entre eux concernaient les consultations justifiées.

Concernant les 12 avis donnés dans le cadre des consultations évitable il s'agissait de patients pour lesquels les spécialistes confirmaient l'absence d'indication de prise en charge en urgence. Ces avis auraient pu être pris en externe.

Le taux d'hospitalisations des passages aux urgences au SAU de Périgueux était de 31% en 2019 (29) ce qui est comparable avec le taux de Juillet 2020 durant notre période d'étude (36,3%)

Nous retrouvons dans notre étude un taux d'hospitalisation très significativement plus important chez les patients adressés par un médecin généraliste. Ces résultats sont en concordance avec la thèse du Dr Vendoux qui retenait un taux d'hospitalisation de 50% pour les patients adressés par un médecin généraliste alors qu'il n'était que de 18 % s'ils se rendaient par eux-mêmes aux urgences. (38)

Statistiquement, être âgé de plus de 75 ans constituait également un facteur prédictif d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation est donc plus important lorsque l'âge des patients est élevé et lorsqu'ils sont adressés par un médecin traitant.

## Concernant les consultations évitables :

Le médecin urgentiste et le médecin généraliste qui ont évalué l'ensemble des dossiers ont estimé que pour 41 % des consultations évitables, un avis +/- consultation spécialisée aurait été plus indiqué.

Nous savons que les médecins traitants ont des difficultés à obtenir des rendez-vous urgents auprès des spécialistes. Ainsi d'après une enquête réalisée par l'IFOP, le délai moyen pour l'obtention (par un médecin ou un secrétaire médical) d'un rendez-vous chez un spécialiste est de 16 jours avec parfois des délais de plusieurs mois. (39)

Cela peut être aussi le témoin d'un carnet d'adresses de correspondants peu fourni. Ainsi selon *Séjourne E. et al.*, les médecins généralistes interrogés souhaiteraient disposer d'éléments supplémentaires pour enrichir leur carnet : développer des rencontres entre les médecins généralistes et leurs confrères spécialistes, connaître leur niveau d'expertise, avoir une meilleure communication avec le milieu hospitalier. (40)

Il est important de rappeler que dans la région de Périgueux la situation des spécialistes est alarmante, avec une densité inférieure à 48% de celle de la France. (17)

Pour 18,5% des patients adressés par les médecins généralistes un examen radiologique en ville aurait été plus indiqué, et pour 18,5% également une biologie en laboratoire de ville.

L'accès à l'imagerie n'est pas toujours aisé en ville. D'après l'IFOP, le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous avec un radiologue est de 2 jours. (39) Ce délai certes relativement court n'est pas toujours satisfaisant en cas de suspicion clinique de fracture et est probablement allongé dans la région du Périgord malgré l'absence de sources.

Une étude réalisée par le *SNITEM* (Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales) consistant à déterminer les délais d'obtention d'examens IRM lombaire à réaliser « en urgence pour bilan d'extension », a mis en évidence un délai moyen national de 32 jours en 2018. Elle objective également des inégalités régionales significatives avec un délai moyen de 36,5 jours en nouvelle Aquitaine. (41)

Les médecins estimaient dans notre étude que 10 patients sur les 158 patients hospitalisés (6,3%) ont été adressés alors qu'ils auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée. Ce taux était identique dans une étude réalisée en 2004 à Nantes sur 520 patients. (25)

Les médecins généralistes sont parfois contraints d'adresser leurs patients au SAU devant les obstacles à leur admission dans un service hospitalier : impossibilité d'obtenir une place dans des



délais raisonnables, difficultés à joindre le médecin de garde prenant la décision d'accepter un patient en hospitalisation.

Néanmoins une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes a montré que ces derniers essaient d'éviter au maximum le passage par les urgences. (42)

## V. PERSPECTIVES

Les MG se retrouvent parfois isolés avec absence de confrères sur qui s'appuyer. Une part des patients est donc adressée à tort devant une médecine de ville dépassée.

L'organisation de filières de soin en ville comme l'amélioration de l'accès aux hospitalisations non programmées, aux examens complémentaires, aux consultations spécialisées, aux structures d'aide à domicile permettrait de réduire le rôle, dévolu au SAU, de gérer les dysfonctionnements du système de santé. (35)

A l'issu de ce travail de thèse, nous proposons différentes solutions pour diminuer cette proportion non négligeable de consultations évitables :

**1) Un interlocuteur hospitalier urgentiste dédié aux relations avec la médecine de ville via une ligne téléphonique dédiée** permettant un avis rapide pour les médecins généralistes sur l'indication à l'adressage d'un patient aux urgences. Il pourrait également permettre d'orienter au téléphone le MG vers le spécialiste qu'il souhaite solliciter.

En effet, les urgentistes de Dax ont mis en place ce système il y a 5 ans et les retours semblent être bons pour les médecins généralistes comme pour les médecins urgentistes.

2) Des réunions entre médecins hospitaliers et de ville pourraient être mises en place. Elles permettraient une meilleure connaissance de l'organisation et des besoins de chaque partie, l'analyse de cas adressés aux urgences, l'élaboration de solutions pour les patients relevant d'une hospitalisation directe.

3) Une communication régulière de l'hôpital sur le plateau technique disponible et les spécialités présentes au sein du centre hospitalier permettrait également au médecin généraliste d'avoir les outils pour l'adressage approprié du patient.

4) Le renforcement de l'équipe mobile de gériatrie avec en particulier une équipe extrahospitalière soulagerait également les urgences.

Une étude plus puissante et multicentrique serait intéressante pour valider les résultats de notre étude afin de confirmer l'importance de l'articulation médecin de ville-hôpital à travers une communication qui fait bien souvent défaut en 2020.

# Conclusion

Dans notre étude, le recours aux urgences sur demande d'un médecin généraliste apparaissait très majoritairement comme étant justifié. Ces patients ont nécessité une prise en charge en urgence avec ou non une hospitalisation au décours.

Cette forte proportion confirme le rôle primordial du médecin généraliste dans la régulation de l'urgence et peut être considérée comme satisfaisante devant les difficultés d'accès à un plateau technique.

Le tri réalisé par la médecine de ville apparaît donc efficace.

Malgré tout, notre travail montre qu'une consultation sur cinq après adressage par le médecin traitant n'était pas justifiée. Il est donc primordial d'améliorer les échanges entre la médecine de ville et l'hôpital pour soulager les deux parties et éviter une perte de temps dans un système de santé sous tension.

De plus la diminution du nombre de médecins (généralistes comme spécialistes) ainsi que la désertification des départements ruraux va obliger les acteurs de ces zones à mettre en place des circuits innovants et efficaces pour que les patients puissent avoir une prise en charge optimale.

# **Bibliographie**

1. Coppoletta R. Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français? DREES. févr 2014;(866).
2. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Question 2 : Enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. J Eur Urgences. Sept 2004;17(3):209-14.
3. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES; Janv 2003;(212):8-1.
4. Boisguérin B, Choné P, Coquelet F, Emery G, Evain F, Gualbert N, et al. Le panorama des établissements de santé - édition 2013;(170).
5. Vergier Noémie. Déserts médicaux : comment les définir? Comment les mesurer? DREES. mai 2017;(17).
6. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2019, la fécondité se stabilise en France. Insee. janv 2020;(1789).
7. Cohen L, Génisson C, Savary R-P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Sénat; 2017 juillet;(685).
8. Vergier N, Chaput H. Démographie des professionnels de santé. DREES. 2018.
9. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale. 31 déc 2019.
10. Agence régionale de santé. Atlas de santé en Nouvelle Aquitaine. 2018.
11. DREES. Densité par région des médecin généralistes [Internet]. 2020 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste>.
12. Anguis M. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES. mars 2017;(1006).

13. Gentile S. Analyse des attitudes et comportements des consultants ayant recours au service des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Université Aix-Marseille; 2004.
14. Insee. Institut National de la Statistique et des études économiques. Comparateur de territoire – Département de la Dordogne [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-24>.
15. Insee. Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet] [Internet]. 2018 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/3544265>.
16. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2018. Cons Natl Ordre Médecins. 2018.
17. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Diagnostic régional - Pôle Etudes Statistiques et Evaluations. Proj Régional Santé. sept 2017:117.
18. Gouyon M, Collet M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. DREES. nov 2007;(607):8.
19. Chaput H, Monziols M, Venteloua B, Zaytseva A. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES. janv 2020;(1138).
20. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. DREES. mars 2006;(471):8-1.
21. Samu Urgences de France.Paris. Livre blanc : organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. 2015.
22. Ministère de la santé, direction des affaires juridiques. Circulaire relative à la prise en charge des urgences. 195/DHOS/01/2003 avr 16, 2003.
23. Von Lennep F. La moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS. juill 2014;(889).

24. Bergonzi A, Boisguérin B, Chaput H, Dahmouh A. Les établissements de santé. Édition 2020. DREES. 2020.
25. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. Presse Médicale. juill 2004;33(12):780-3.
26. Beaubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES; Janv 2003;(215):12-1.
27. Cayla F. Les urgences médico- chirurgicales « non vitales » : la place des médecins généralistes. Obs Régional Santé Midi-Pyrén ORSMIP. janv 2004.
28. Braun F. Le service des urgences est saturé ! SFMU Springer-Verl France2014:3-4.
29. ORU Nouvelle Aquitaine. Activité des structures d'Urgences, Panorama de la région Nouvelle-Aquitaine. 2019.
30. ORU Nouvelle Aquitaine. Activité des structures d'Urgences, Panorama de la région Nouvelle-Aquitaine. 2018.
31. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Sect. JORF. juill 2009:167.
32. Sudriez F. La communication entre les médecins généralistes et les médecins du Service des urgences médicales de l'Hôpital Purpan. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse III ; 2001.
33. Giraud M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble 1; 2010.
34. Hebert M.T, Brabant Y. Critères et moyens pour différencier les urgences vraies des urgences ressenties. GEAPI. Poitiers.2014.
35. Godement J, Juvin P, Zanker C. Pertinence du recours au service d'accueil des urgences (SAU) par les omnipraticiens de ville. Journal Européen des Urgences. mars 2008.

36. Linassier P. Profil des patients selon le mode de transport utilisé pour arriver aux urgences. FEDORU. 2016.
37. Vardon T. Quels sont les motifs de recours au centre 15 de Haute-Garonne (31) par les médecins généralistes ? Thèse d'exercice : Médecine : Université Toulouse III - Paul Sabatier. 2018.
38. Vendeoux A. Motifs de consultation et parcours aux urgences des patients adressés par le médecin généraliste : une étude prospective au centre hospitalier d'Estampes. Thèse d'exercice : Médecine : Université Amiens - Jules Verne. 2014.
39. Institut Français d'Opinion publique (IFOP) pour Jalma. L'observatoire de l'accès aux soins. Enquête auprès des français et des professionnels de santé. ; oct 2011;(19743).
40. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 Dec 1;Vol. 41(4):331-9.
41. Benque B. Prise de rendez-vous d'IRM lombaire en urgence pour un bilan d'extension [Internet]. 2018 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.thema-radiologie.fr/actualites/2178/rendez-vous-d-irm-les-delaix-d-attente-sont-toujours-tres-longes.html>.
42. Dupin M. Coordination des soins en urgence. Le point de vue des médecins généralistes. [Internet]. Thèse d'exercice : Médecine : Université Jean Monne - Lisfranc, Saint-Étienne. 2013.



# SERMEN D'HIPPOCRATE

*“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.*

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

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

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

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

*Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque.”*



# RÉSUMÉ

**Introduction :** Ces dernières années, la fréquentation des services d'urgence français n'a cessé d'augmenter avec un nombre important de patients adressés par leur médecin généraliste. Parmi ces patients, nous avons cherché à mettre en évidence la proportion de consultations évitables et à analyser leurs motifs.

**Matériels et méthodes :** étude rétrospective, monocentrique qui s'est déroulée au SAU adultes du Centre Hospitalier (CH) de Périgueux, durant la période 01/07/2020 au 31/07/2020. Les patients inclus étaient majeurs et adressés aux urgences par leur médecin généraliste.

**Résultats :** 302 patients ont été inclus dans l'étude, nous avons mis en évidence que 21,5% des consultations étaient jugées évitables. Il s'agissait majoritairement (70%) de patients de moins de 75 ans. Les patients adressés avaient significativement plus de risque d'être hospitalisés ( $p < 0,05$ ). Leur motif principal d'adressage était d'ordre médical non traumatologique (85,8%) avec par ordre de fréquence un motif neurologique puis cardiologique et digestif. Les raisons principales de ces passages évitables étaient la difficulté d'accès rapide aux examens complémentaires en ville, aux avis spécialisés et un manque de communication entre les différents partis pour organiser des hospitalisations programmées.

**Conclusion :** le recours aux urgences sur demande d'un médecin généraliste apparaissait très majoritairement comme étant justifié confirmant le rôle primordial du médecin généraliste dans la régulation de l'urgence. Il est malgré tout primordial d'améliorer les échanges entre la médecine de ville et l'hôpital dans un contexte de tension permanente du système de santé actuel.

**Mots clés :** Médecine générale, urgences, consultations évitables, motifs d'adressage, hospitalisation.

---

**Discipline :** DES de Médecine Générale

Université de Bordeaux 146 Rue Léo Saignat 33000 BORDEAUX