



HAL
open science

Analyse des patients relevant de la médecine générale aux urgences adultes de Lapeyronie aux heures ouvrables des cabinets de ville

Farid Bourahla

► **To cite this version:**

Farid Bourahla. Analyse des patients relevant de la médecine générale aux urgences adultes de Lapeyronie aux heures ouvrables des cabinets de ville. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03151352

HAL Id: dumas-03151352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03151352>

Submitted on 24 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.



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 :

Farid BOURAHLA

Le 26 mars 2020

**ANALYSE DES PATIENTS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE AUX URGENCES
ADULTES DE LAPEYRONIE AUX HEURES OUVRABLES DES CABINETS DE VILLE**

Directeur de thèse : **Docteur Bruno LEHODEY**

JURY

Président : **Monsieur le Professeur Mustapha SEBBANE**

Membres : **Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL**

Monsieur le Docteur Antonio LOPEZ

Monsieur le Docteur Bruno LEHODEY



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
AVEROUS Michel
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Pierre
BILLIARD Michel
BONNEL François
BRUEL Jean Michel
CALLIS Albert
CHAPTAL Paul-André
D'ATHIS Françoise
DIMEGLIO Alain
DUMAS Robert
FABRE Serge
GODLEWSKI Guilhem
GUILHOU Jean-Jacques
JAFFIOL Claude
JARRY Daniel
LAFFARGUE François
LAPEYRIE Henri
LORiot Jean

MARY Henri
MICHEL François-Bernard
MION Charles
NAVARRO Maurice
PAGES Michel
PUECH Paul
RABISCHONG Pierre
RIOUX Jean-Antoine

SANCHO-GARNIER Héléne
SERRE Arlette
SUQUET Pierre
VISIER Jean Pierre

ALRIC Robert
AYRAL Guy
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BLARD Jean-Marie
BOUDET Charles
BUREAU Jean-Paul
CANAUD Bernard
CIURANA Albert-Jean
DEMAILLE Jacques
DU CAILAR Jacques
DUMAZER Romain
FREREBEAU Philippe
GRASSET Daniel
HERTAULT Jean
JANBON Charles
JOYEUX Henri
LALLEMANT Jean Gabriel
LESBROS Daniel
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MATHIEU-DAUDE Pierre
MICHEL Henri
MION Henri
NAVRATIL Henri
PEGURET Claude
PUJOL Henri
RAMUZ Michel
ROCHEFORT Henri

SANY Jacques
SIMON Lucien
THEVENET André

AUSSILLOUX Charles
BAILLAT Xavier
BALMES Michel
BAYLET René
BLAYAC Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUNET Michel
CASTELNAU Didier
CLOT Jacques
DESCOMPS Bernard
DUBOIS Jean Bernard
ECHENNE Bernard
GALIFER René Benoît
GROLLEAU-RAOUX Robert
HUMEAU Claude
JANBON François
LABAUGE Robert
LAMARQUE Jean-Louis
LOPEZ François Michel
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MEYNADIER Jean-Charles
MIMRAN Albert
MIRO Luis
OTHONIEL Jacques
POUGET Régis
PUJOL Rémy
RIEU Daniel
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SENAC Jean-Paul
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
DEDET Jean-Pierre
DAURES Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
MAURY Michèle
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques

Maîtres de conférences Emérites

PRATLONG Francine

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de Classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard - Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
BRINGER Jacques – **Doyen** - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLAUSTRES Mireille - Génétique
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
DAUZAT Michel - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire : option médecine vasculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
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 ; médecine d'urgence (option anesthésiologie-réanimation)
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement médecine générale, addictologie,
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MARES Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MILLAT Bertrand - Chirurgie digestive
MOURAD Georges - Néphrologie
PELISSIER 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 ; médecine d'urgence
SCHVED Jean François - Hématologie; Transfusion
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VOISIN Michel - Pédiatrie

PU-PH de 1^{re} classe

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
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
CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMEL Christian - Ophtalmologie
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel - Génétique moléculaire
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
LECLERCQ Florence - Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LEROUX Jean Louis – Rhumatologie

LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MESSNER Patrick - Cardiologie
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
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SAINT AUBERT Bernard - Cancérologie ; radiothérapie
SARDA Pierre - Génétique
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle - Génétique
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie
ZANCA Michel - Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CANOVAS François - Anatomie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DE VOS John - Cytologie et histologie
DORANDEU Anne - Médecine légale

DUCROS Anne - Neurologie
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 - Génétique
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques
GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice - Physiologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MORANNE Olivier - Néphrologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
NOCCA David - Chirurgie digestive
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie ; addictologie
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÈRE Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

AMOUYAL Michel

LAMBERT Philippe

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hôspitaliers

MCU-PH Hors classe

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

LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie

PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PRAT Dominique - Anatomie

PUJOL Joseph - Anatomie

RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

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

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique

COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire

GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire

GUILPAIN Philippe - Médecine Interne

JUNG Boris - Anesthésie-réanimation ; médecine d'urgence

LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
NAGOT Nicolas - Biostatistiques informatique et technologies de la communication
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VINCENT Thierry - Immunologie
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BOURGIER Céline - Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie biologique
BRUN Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire

Maitres de conférences des Universités - Médecine Générale

COSTA David

Maitres de conférences associés - Médecine Générale

CLARY Bernard
FOLCO-LOGNOS Béatrice
GARCIA Marc
SEGURET Pierre

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CADILHAC-BONNET Claire - Sciences du langage : linguistique et phonétique générales

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

DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie

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

FUNAKOSHI Natalie - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

GOUZI Farès - Physiologie

HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid - Chirurgie générale

LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

MICHON Anne-Laure - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

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

OLIE Emilie - Psychiatrie Adultes

PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

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

RENE Céline - Immunologie

TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Professeur Mustapha SEBBANE**,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Ce travail n'aurait pu être réalisé sans vous. Merci de votre disponibilité et de votre confiance. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le **Professeur Michel AMOUYAL**,

Pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

À Monsieur le **Docteur Antonio LOPEZ**,

Pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de toute ma considération.

À Monsieur le **Docteur Bruno LEHODEY**,

Pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, pour l'aide que tu m'as apporté, et surtout ta disponibilité. Sois assuré de toute ma considération.

À Madame **Sophie LEFEBVRE**, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail.

À tous **les internes, séniors, infirmières et aides-soignantes** des urgences. Merci d'avoir fait remplir tous ces questionnaires. Votre aide m'a été précieuse.

À Monsieur le **Docteur Jean Paul Richard** pour votre aide pour les statistiques.

À Mes parents,

À ma très chère mère, Mama, comment ne pas commencer par toi. Mon attachement à toi dépasse celui d'un enfant à sa mère tant tu incarnes le calme, la tranquillité, la patiente, la douceur. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçois ce travail

en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime.

Puisse le Tout Puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

À mon très cher père, Papa, tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

Que Dieu le Tout Puissant Te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

À mes **frères et sœur**, Athman, Mounir et Louisa, en souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour.

À mon **épouse Sabah**, merci d'être toujours à mes côtés, par ta présence, par ton amour dévoué et ta tendresse, pour donner du goût et du sens à notre vie de famille. En témoignage de mon amour, de mon admiration et de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement. Je prie Dieu le Tout Puissant pour qu'il te donne bonheur et prospérité.

À ma **belle-famille**, je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous.

Puisse Dieu, le Tout Puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

À ma **famille adoptive**, ma plus belle rencontre pendant toutes ces années d'internat loin de ma famille, **Docteur Nébia Gati** et **Docteur Salah-Eddine Gati**. Vous m'avez tendu les

bras et accueilli chez vous. Vous m'avez intégré à votre famille et confondu avec vos propres enfants. Vous êtes un modèle de réussite !

À tous mes **chers amis d'enfance** ; Chers frères, je remercie Dieu de nous avoir unis dans une si belle amitié. C'est difficile de tous vous citer par crainte d'omettre de mentionner des noms. Idir, Ahcène, Nedj, Oualid, Lokmane, Mohcène, Tonton, Hassan, Tony, Farinès, Kamel, Nadir, Micka, Cédric et sa sœur bilingue, Julien

À mes **confrères** rencontrés en cours de parcours ; Mohamed Chouaib, Zohair, Wissam, Juba, Salim, Djamel ...

À mes **amis Montpelliérains** : Yaston qui m'a accueilli, logé puis présenté Hamza, Kortex, Momo, Karim, Anis le loup, Anis le tigre, Linda, Haroun....

À **Docteur Najat BENTIRI** pour votre aide si précieuse.

À **Docteur Ibrahim SADDIK** pour sa confiance et sa patientèle

Enfin, Je dédie ce modeste travail à l'ALGERIE.

A celle qui m'a étreint de fierté et d'amour et qui a constitué la première école de mon existence.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
I- <u>Le médecin généraliste, professionnel de premier recours</u>	20
I-1- Les missions	20
I-2- Etat des lieux de la médecine générale sur le plan national au 1 ^{er} janvier 2018	20
I-3- Etat des lieux de la médecine générale dans Languedoc Roussillon au 1 ^{er} janvier 2018	26
II- <u>Service d'accueil des urgences</u>	30
II-1- Définitions	30
II-2- Définition de l'urgence	31
II-3- Bilan d'activité des services d'urgences en France	32
III. <u>Le SAU du CHU de Montpellier</u>	34
III.1. Généralités	34
III-2- Organisation du service	36
III-3- Bilan activité du SAU de CHU de Montpellier	37
MATERIELS ET METHODES	40
I- <u>Objectif de l'étude</u>	41
I-1- Lieu et période de l'étude	41
I-2- Type de l'étude	41
I-3- Population de l'étude	42
I-4- Protocole de l'étude	42
4-1- Phase prospective	42
4-2- Recueil des données du dossier médical	44
I-5- Traitement des données	44
5-1- Etude statistique	44
5-2- Considérations légales et éthiques	45

RESULTAT	46
I- <u>Etude rétrospective</u>	47
I-1- Descriptif de la population générale	47
I-1-1- Les examens complémentaires	49
I-1-1-1 Nombre d'examens complémentaires	49
I-1-1-2 Nombre de patients qui ont bénéficié d'examens complémentaires	49
I-1-2 Devenir des patients	50
I-2- Caractéristique de la population sans examens complémentaires	51
II- <u>Etude prospective ; questionnaire des consultants sans examens complémentaires en filière courte</u>	52
II-1- Analyse de l'échantillon et représentativité de la population	52
II-2- Caractéristiques des patients ayant répondu au questionnaire	53
DISCUSSION	56
I- <u>Limites de l'étude</u>	57
I-1- Le choix de la méthodologie	57
I-2- Le choix du site	57
I-3- Définition d'une consultation de médecine générale	58
I-4- Le questionnaire	59
4-1 La méthodologie du questionnaire	59
II- <u>Résultats de l'étude</u>	61
II-1- Etude de la population	61
II-2- Etude du questionnaire	62
III- <u>Perspective</u>	64
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXE	78
SERMENT	88
RESUME	89

Tables des figures :

Fichier 1 : Nombre d'habitants en 2016 et variation sur la période 2010-2016	22
Fichier 2 : Variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie	29

Tables des tableaux :

Tableau 1 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale (situation en 2015)	28
Tableau 2 : Nombre de passages aux urgences en 2017 selon le statut et l'autorisation	33
Tableau 3 : Caractéristique de la population générale	48
Tableau 4 : Nombre et types d'examen complémentaires	49
Tableau 5 : Devenir des patients de la population générale	50
Tableau 6 : Représentativité de l'échantillon	53
Tableau 7 : Descriptif des réponses du questionnaire	54

Tables des graphiques :

Graphique 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)	21
Graphique 2 : Variation des effectifs de spécialistes entre 2010 et 2018	21
Graphique 3 : Nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins au 1er janvier en France en 2018, par région	24
Graphique 4 : Variation 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière	25
Graphique 5 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l'observé à l'attendu par Département de 2007 à 2020	26
Graphique 6 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018	27
Graphique 7 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996	33
Graphique 8 : Évolution du nombre de passages au service d'accueil des urgences de Lapeyronie de 2009 à 2016	38
Graphique 9 : Nombre de passages mensuel au service d'accueil des urgences de Lapeyronie de 2007, 2016 et 2017	38
Graphiques 10 : Diagnostics de sortie des urgences des patients sans examens complémentaires selon la classification SFMU	51
Graphique 11 : Diagnostics de sortie des urgences des patients sans examens complémentaires selon le sexe	51
Graphique 12 : Répartition du degré d'urgence ressentie par les patients selon le sexe	55

Table des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ARU : Association pour la Recherche aux Urgences

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

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

FAU : Fond Annuel d'Urgence

GHS : Groupe Homogène de Séjours

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

POSU : Pôles Spécialisés des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Services d'Accueil et de traitement des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPATOU : Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

Sur le plan national, l'activité des services d'urgences est en constante augmentation, elle est passée de 10,1 millions en 1998 à 20,3 millions en 2018¹, parallèlement la médecine générale de ville comptabilisait déjà 35 millions de recours urgents ou non programmés en 2004². Cette augmentation est aussi perceptible au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, une augmentation de 13% entre 2013 et 2019 du nombre de passage au service des urgences adultes (47 426 passages en 2013 versus 54 695 passages en 2019³).

La prise en charge des demandes de soins non programmés, recours aux motifs divers, traduit le besoin du patient d'accéder à une consultation médicale dans un délai court (24 heures). Les médecins généralistes sont en première ligne et peinent à répondre à toutes ses demandes. Si bien que le gouvernement en a fait une priorité et la ministre de la Santé Agnès Buzin a mandaté en février 2018 le Dr Thomas Mesnier, député L.R.E.M. de la Charente et urgentiste pour conduire une mission afin de trouver des solutions à cette problématique en s'appuyant sur les organisations existantes⁴.

Les recours non programmés représentent une part importante de l'activité de la médecine de ville : ceux-ci s'effectuent durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et complexifient l'activité des généralistes tant par la surcharge d'activité induite que par la perturbation de l'organisation de leur activité. Les médecins généralistes sont confrontés à cette surcharge en sus de leur activité quotidienne qui génère une source de stress.

Le rapport de la D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) publié le 22 mai 2018 soulignent que 60% des passages aux urgences se font " faute de meilleure orientation et de pouvoir joindre leur médecin traitant". En effet, cette dernière étude (D.R.E.E.S., juillet 2018) montre que la prise en charge de plus d'un quart des patients (28.4%) aurait pu être effectuée par un médecin généraliste le jour même où le lendemain et ne nécessitait pas forcément d'examens complémentaires.

L'engorgement des services d'urgences et la saturation des généralistes de villes sont deux problèmes récurrents. Divers moyens et solutions ont été émis pour y pallier. En France, à l'hôpital de l'Instruction des Armées Laveran à Marseille, une consultation de médecine générale est mise en place au sein des urgences. Elle prend en charge 50% des flux de patients dont seulement 12% des patients sont redirigés vers le service des urgences⁵.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'une consultation non programmée assurée par des médecins généralistes pendant les heures ouvrables des cabinets de ville, au sein des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, au regard du nombre de patients qui y seraient potentiellement candidats.

I - Le médecin généraliste, professionnel de premier recours

I-1- Les missions

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont :

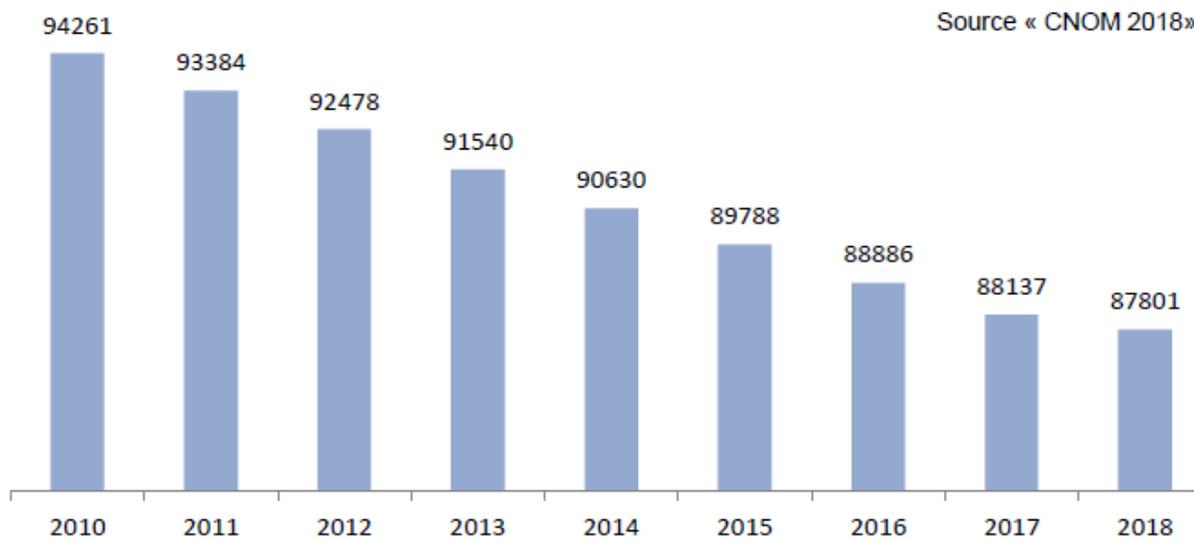
- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1⁶](#) du code de la santé publique.

I-2- Etat des lieux de la médecine générale sur le plan national au 1^{er} janvier 2018

Données et évolution des effectifs de médecins généralistes

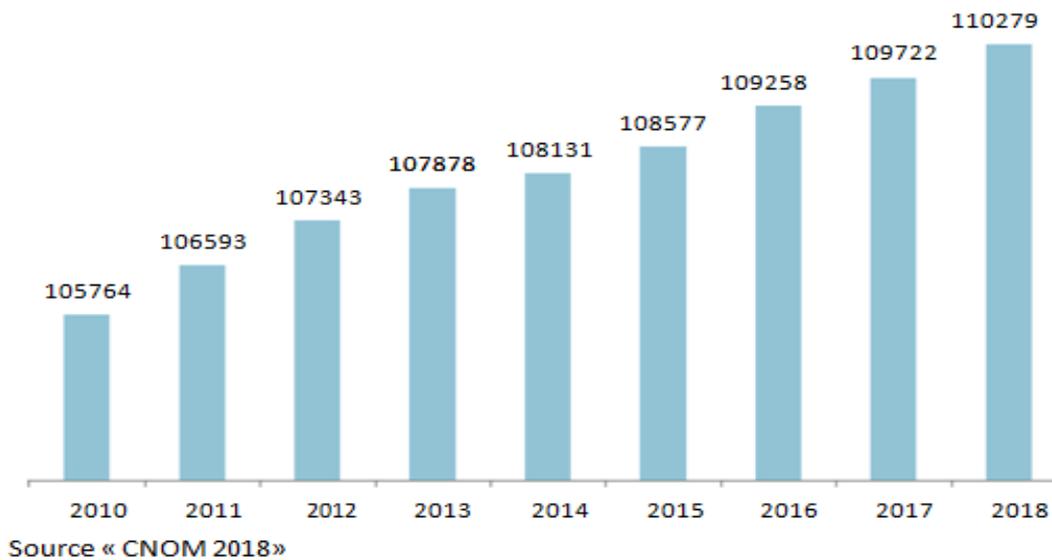
Au 1^{er} janvier 2018, le tableau de l'Ordre répertorie 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; cela constitue une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017. Selon une méthode de calcul dite de régression linéaire avec un taux de croissance moyen, les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient diminuer au nombre de 81 804 médecins en 2025⁷.

Graphique 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)



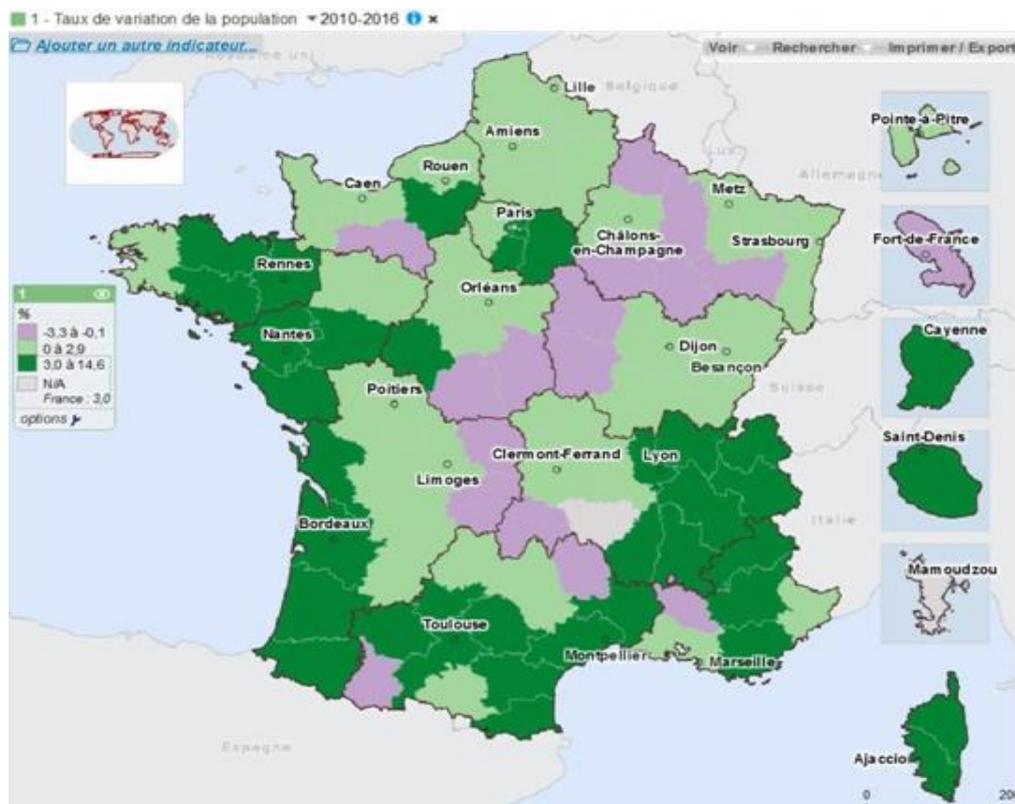
Paradoxalement, nous constatons une augmentation des médecins spécialistes

Graphique 2 : Variation des effectifs de spécialistes entre 2010 et 2018



Quelle incidence la diminution des effectifs des médecins généralistes peut-elle avoir face à l'augmentation constante de la démographie de la population générale ?

Fichier 1 : Nombre d'habitants en 2016 et variation sur la période 2010-2016



Source « CNOM 2018 »

Répartition des nouveaux inscrits

Parmi les 8 733 médecins nouvellement inscrits en 2018, 92% soit 8 048 médecins ont une activité régulière. La répartition des nouveaux inscrits est relativement stable puisque leur concentration se situe sur les mêmes départements chaque année (arc atlantique, bordure méditerranéenne, région Auvergne Rhône Alpes, Ile-de-France, couloir de la Bretagne et Nord - Pas-de-Calais) et autour des métropoles qui abritent les grandes facultés de médecine⁷.

Âge moyen des médecins généralistes

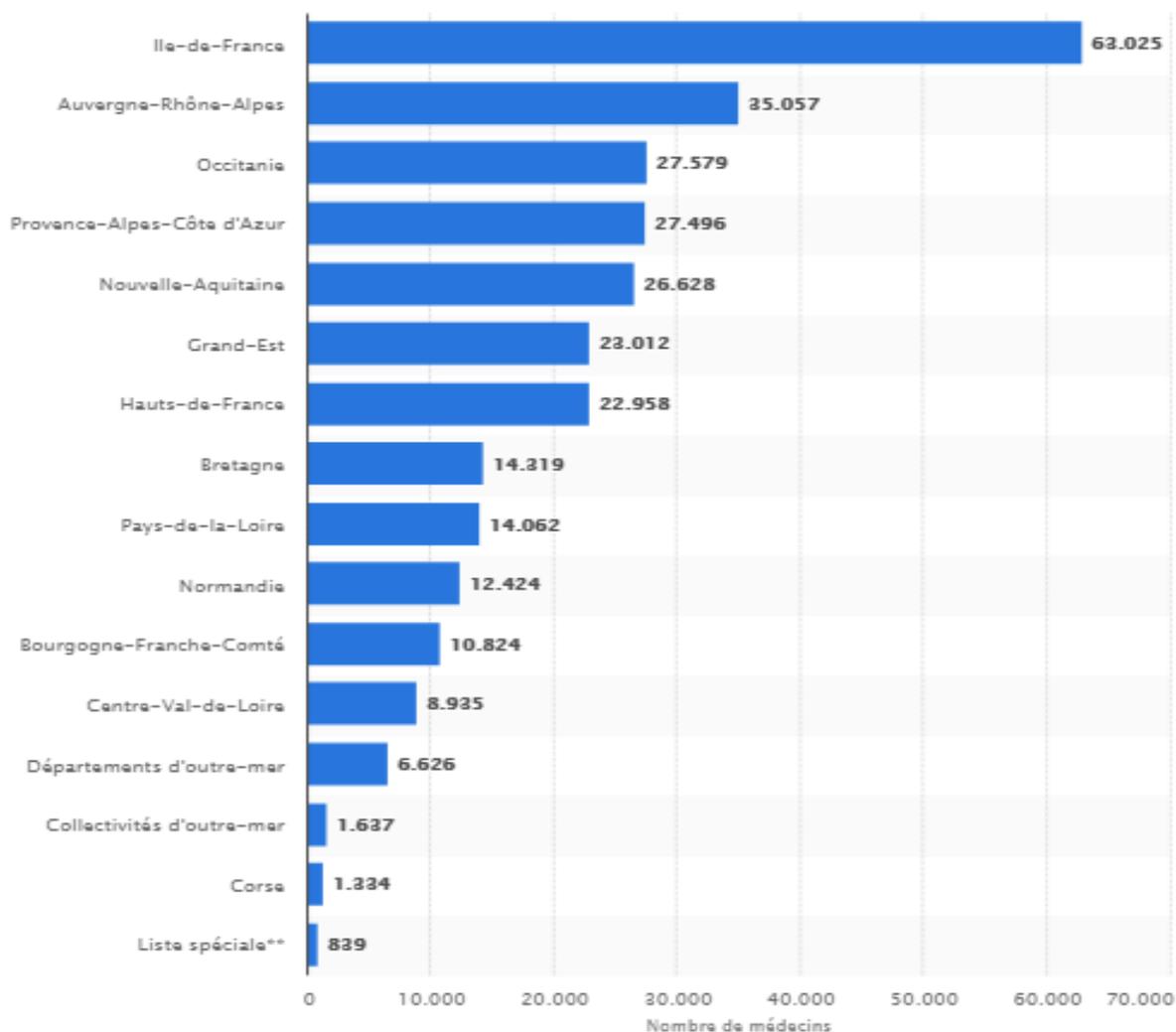
La pyramide des âges des généralistes en activité régulière confirme un vieillissement de la population, ces données sont relativement stables depuis une dizaine d'années. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière a peu évolué entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans) alors qu'un léger rajeunissement est constaté pour les autres cohortes de médecins en activité régulière (autres spécialités médicales et spécialités chirurgicales). La proportion des médecins âgés de 60 ans et plus représente 28 % des effectifs et la proportion des médecins âgés de moins de 40 ans représente 20 % des effectifs.

Taux de féminisation des médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2018, 48.2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière sont des femmes. Entre 2010 et 2018, leur proportion a considérablement augmenté puisqu'elle représente 39.2% des effectifs en 2010 et 48.2% en 2018. Cette évolution du taux de féminisation est également constatée chez les spécialistes, les femmes représentent 40.8% des effectifs en 2010 et 46.8 % des effectifs en 2018⁷. Nous notons également une féminisation au niveau des médecins généralistes en activité régulière, la part des femmes est notamment plus conséquente chez les jeunes médecins⁷.

Démographie médicale ; des disparités inter-régionales

Graphique 3 : Nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins au 1er janvier en France en 2018, par région



Source « CNOM 2018 »

Le nombre de médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins au 1er janvier 2018 par région met en évidence ces disparités, par exemple, nous comptabilisons 166,7 médecins/ 100 000 habitants dans l'Eure ou encore 185,7 médecins /100 000 habitants dans l'Ain alors qu'en Île de France nous comptons 858,4 médecins /100 000 habitants en Île de France⁷.

Graphique 4 : Variation 2017-2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière

Guadeloupe	1,16
Martinique	0,00
Guyane	1,90
La Réunion	1,63
Mayotte	-3,60
Île-de-France	-1,31
Centre-Val de Loire	-0,84
Bourgogne et Franche-Comté	-1,06
Normandie	-1,78
Nord-Pas-de-Calais et Picardie	-1,22
Alsace, Champagne-Ardenne et Lorraine	-0,57
Pays de la Loire	0,31
Bretagne	0,47
Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes	-0,02
Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées	-0,07
Auvergne et Rhône-Alpes	0,51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,17
Corse	-0,88

Source « CNOM 2018 »

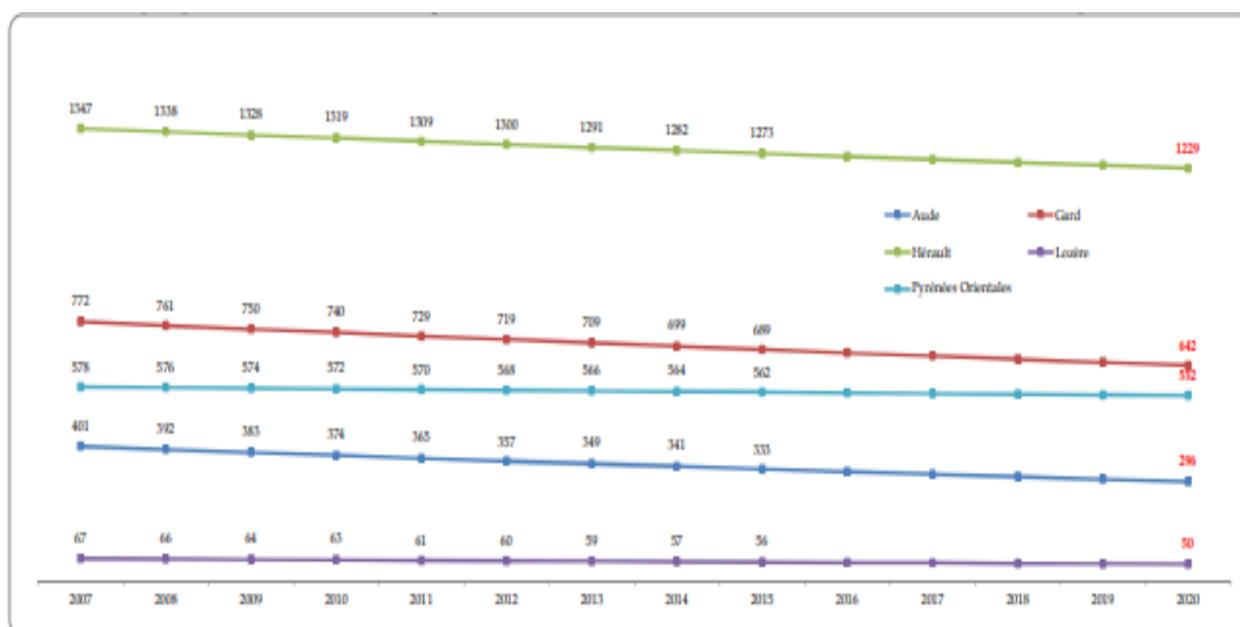
Les données soulignent des disparités inter-régionales avec des écarts importants au niveau de la densité médicale entre les régions, nous retrouvons ces mêmes disparités au niveau des départements d'une même région.

I-3- Etat des lieux de la médecine générale dans Languedoc Roussillon au 1^{er} janvier 2018

Données et évolution des effectifs de médecins généralistes

Actuellement, nous recensons 3 485 médecins généralistes libéraux et mixtes sur les 112 bassins de vie de la région Languedoc-Roussillon, une baisse des effectifs de 8.5% est constatée depuis 2010 (ces huit dernières années)⁸.

Graphique 5 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l’observé à l’attendu par Département de 2007 à 2020



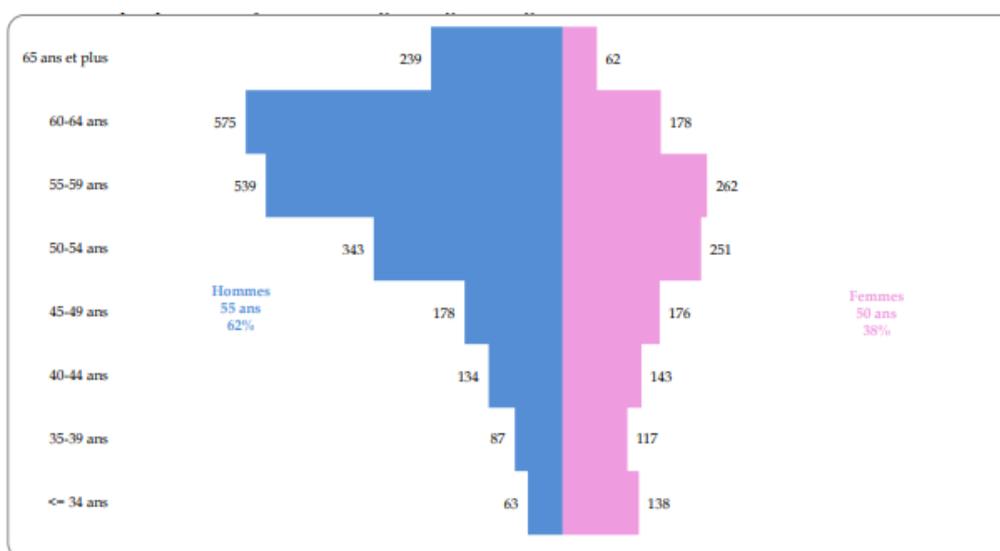
* : Hors région 572 médecins

Source : atlas du Languedoc Roussillon 2015

L'âge des médecins en exercice

La moyenne d'âge des médecins en exercice est de 53 ans. La part des hommes représente 62% des 3485 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Languedoc-Roussillon et la part des femmes représente 38%. Nous notons que la moyenne d'âge des femmes se situe à 50 ans et la moyenne d'âge des hommes est de 55 ans.

Graphique 6 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018



Source « atlas Languedoc Roussillon »

La proportion des médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de 60 ans et plus représente 30% des effectifs alors que la proportion des médecins généralistes libéraux âgés de moins de 40 ans est de 12%. Une part prépondérante de femmes parmi les effectifs des médecins généralistes libéraux âgés de moins de 40 ans puisqu'elles représentent 63% des effectifs.

Tableau 1 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale (situation en 2015)

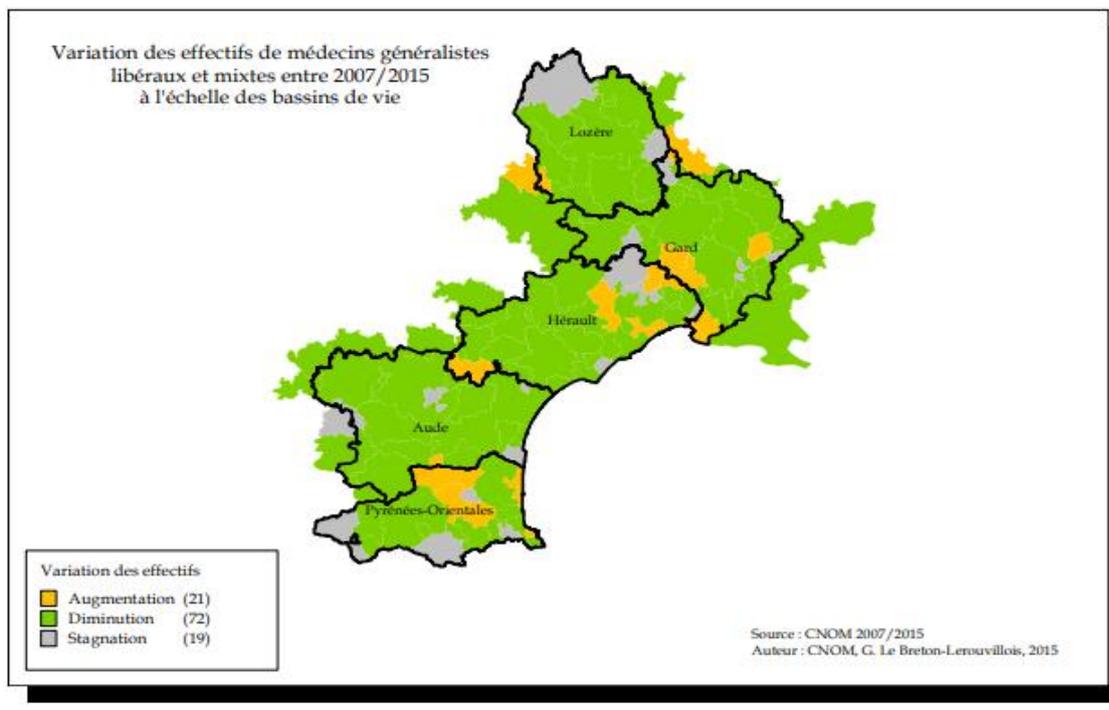
Département	Moyenne d'âge	>= 60 ans	< 40 ans	Proportion d'exercice individuel
Aude	54,8	29,4%	6,0%	37,2%
Gard	53,4	26,3%	12,6%	47,3%
Hérault	52,2	22,5%	14,7%	41,9%
Lozère	52,5	26,8%	19,6%	67,9%
Pyrénées Orientales	53,8	25,1%	6,9%	40,7%

source « Atlas languedoc roussillon »

L'approche territoriale à l'échelle des bassins de vie

La moyenne des médecins généralistes installés sur les 112 bassins de vie (libéraux et mixtes) est de 31 par bassin de vie. Sur la période 2007-2015, nous constatons une diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes pour 72 bassins de vie. La diminution la plus importante est enregistrée sur le bassin de vie de La Grande-Combe dans le Gard avec une baisse de -62,5% des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes. Ensuite, le bassin de vie de Port-la-Nouvelle dans l'Aude se place en seconde position avec une diminution de ses effectifs de -57,1%. Parmi les bassins de vie les plus touchés par cette baisse des effectifs, nous retrouvons également les bassins de vie de La Canourgue et Saillagouse qui ont vu leurs effectifs baisser de moitié soit -50%. Sur le plan global, nous constatons un maintien des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 19 bassins de vie et une augmentation des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 21 bassins de vie. Cette augmentation reste très disparate, par exemple le bassin de vie de Mont a bénéficié d'une augmentation de 50% des effectifs et le bassin de vie de la Grande Motte a vu ses effectifs croître de 4,3% sur la période de 2007 à 2015.

Fichier 2 : Variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie



Pour les 112 bassins de vie de la région, la moyenne régionale est de 11 médecins généralistes libéraux et mixtes par bassin de vie. Une densité faible est constatée pour 38% des bassins de vie de la région Languedoc-Roussillon.

II - Service d'accueil des urgences

II-1- Définitions

L'urgence médicale est une notion multiple et complexe à définir. Le conseil national de l'ordre des médecins a proposé une définition dans son bulletin du mois de juillet 2008.

Selon le Docteur André Deseur « Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance, l'heure ou la demi-journée, de l'intégrité physique,

voire de la vie d'une personne ». Nous nous appuyerons sur la définition de l'urgence proposée par le juriste, non médecin, René Capitant : « caractère d'un état de fait

susceptible d'entraîner un préjudice irréparable s'il n'y a pas été porté remède à bref délai »⁹. Nous retiendrons cette approche dans la mesure où elle permet d'appréhender

l'urgence dans sa globalité qu'elle soit fonctionnelle, vitale ou simplement ressentie.

L'abondance des définitions rend compte de la complexité du concept de l'urgence médicale, Mr Martinez Almoyna du S.A.M.U. 75 a proposé une formule même si décriée

par certains, il a essayé de prendre en compte la multiplicité des facteurs qui constitue une urgence médicale dans la formule suivante : « urgence = [gravité x contrainte sociale]

+ [Temps avant aggravation irréversible x quantités de soins nécessaires] ». Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge, prioritairement, 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 des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ^{10 11 12}. En

2004, en France métropolitaine, nous comptabilisons 622 services d'urgences autorisés, qui sont répartis de la façon suivante : 38 Pôles Spécialisés des Urgences (P.O.S.U.), 208 Services d'Accueil et de traitement des Urgences (S.A.U.) et 376 Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (U.P.A.T.O.U.)¹³. Le service d'accueil des urgences doit accueillir, sans sélection, 24 heures sur 24 tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.

II-2- Définition de l'urgence

En médecine, nous distinguons quatre niveaux d'urgences :

Urgence vitale : le pronostic vital est engagé (détresse cardio-respiratoire, autolyse, syndrome hémorragique, accident neurologique, coma...).

Urgence vraie : le pronostic vital n'est pas engagé mais nécessite des soins rapides (colique néphrétique, laryngite, fracture, convulsion, état d'agitation, urgence chirurgicale comme l'appendicite...).

Urgence ressentie : elle concerne la subjectivité du patient qui estime que son état de santé nécessite des soins urgents bien qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave (fièvre isolée, douleur abdominale, douleur thoracique atypique, crise d'angoisse...).

Urgence de confort : le patient amplifie les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée (pilule contraceptive oubliée, certificat médical, arrêt de travail, insomnie...).

La notion d'urgence est en constante évolution au fil du temps et revêt différents niveaux, « l'urgence vitale », « l'urgence vraie », « l'urgence ressentie » et depuis peu, nous voyons apparaître le vocable « soins non programmés ». Cette évolution vient signifier la difficulté à appréhender cette notion qui peut même être parfois source de confusion.

II-3- Bilan d'activité des services d'urgences en France

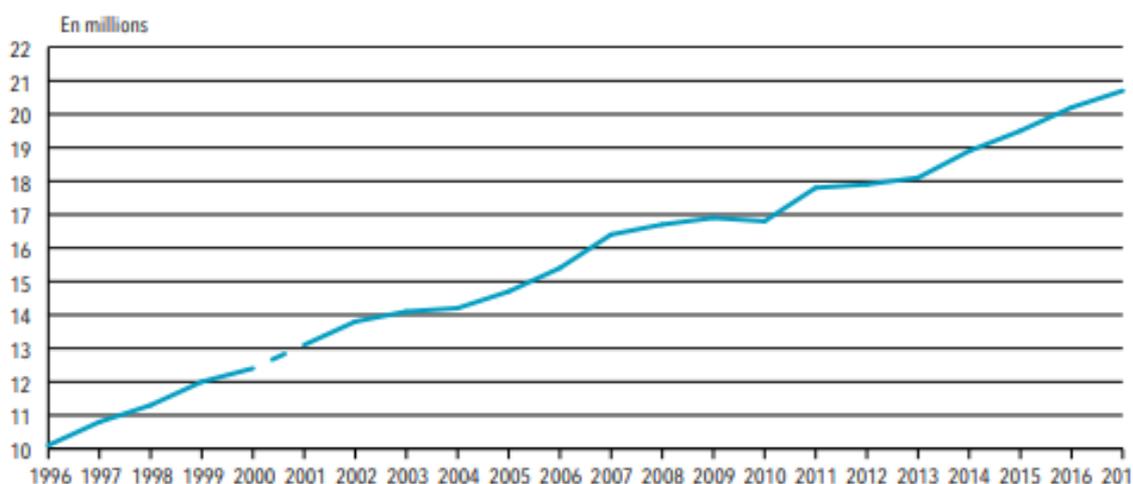
En 2017, les données recueillies montrent que 713 structures des urgences de France (métropolitaine et des Départements et Régions d'Outre-Mer (Mayotte incluse) y compris le Service de Santé des Armées ont effectué une prise en charge pour 21,4 millions de passages. Nous constatons une progression des passages dans les structures des urgences de 2,1% par rapport à 2016. Cette progression du nombre annuel de passages dans les structures des urgences est régulière depuis des années. En effet, le nombre des passages dans les structures des urgences a considérablement augmenté, en 1996 nous comptabilisons 10 millions de passages et en 2016 nous relevons 20 millions de passages soit une augmentation de 100%. Alors qu'en 2017, les urgences du secteur privé (à but lucratif ou non) relèvent des passages aux urgences relativement stable depuis 2010. Par ailleurs, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (2009) a permis d'ouvrir la permanence de soins à l'ensemble des établissements de santé, y compris aux cliniques privées (Rapport D.R.E.E.S des établissements).

Tableau 2 : Nombre de passages aux urgences en 2017 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)
Structures générales	11 457 909	1,6	779 783	0,1	2 851 150	3,1	15 088 842	1,8
Structures pédiatriques	643 960	1,0	62 505	6,0	0	-	706 465	1,4
Structures générales et pédiatriques	5 385 880	3,2	254 363	0,7	0	-	5 640 243	3,1
urgences générales	3 738 568	3,0	154 889	1,4	0	-	3 893 457	3,0
urgences pédiatriques	1 647 312	3,5	99 474	-0,3	0	-	1 746 786	3,3
Ensemble	17 487 749	2,1	1 096 651	0,6	2 851 150	3,1	21 435 550	2,1

Sources : DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES

Graphique 7 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Sources : DREES, SAE 1996-2017, traitements DREES

III - Le service d'accueil des urgences du CHU de Montpellier

III-1- Généralités

Le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier a ouvert ses portes en 1983.

- Les urgences gynéco-obstétricales sont adressées directement au service de gynéco-obstétricales qui possède un service d'accueil des urgences spécialisées situé sur le site d'Arnaud de Villeneuve.
- La pédiatrie est adressée aux urgences pédiatriques (Lapeyronie).
- Les urgences neurologiques, ophtalmologiques, orl sont adressées aux urgences spécialisées « Urgences Tête et Cou (Gui de Chauliac) ».

La médecine d'urgence fait partie du «Pôle Urgence» de Lapeyronie qui comprend : Le Département d'Anesthésie Réanimation-A, le Département d'imagerie médicale, le Département de médecine d'urgence, de médecine légale et d'urgence psychiatrique et post-urgence psychiatrique.

Le S.A.U. est ouvert 24h/24 et 7J/7 (annexe A).

Le Département de médecine d'urgence comprend 4 antennes :

- S.A.M.U. 34 : centre 15 de régulation des appels de l'Hérault situé sur la plateforme commune avec le service Départemental Incendie et Secours à Vailhauquès ;
- S.M.U.R. de Montpellier avec 3 antennes périphériques ; S.M.U.R. de Ganges et Lunel en collaboration avec S.A.M.U. 30 ainsi que le S.M.U.R. de Clermont-Hérault ;
- Le service d'accueil des urgences de Lapeyronie : Urgences générales ;
- Urgences tête et cou de Guy de Chauliac : Urgences spécialisées : tête et cou (ophtalmologiques, neurologiques et neurovasculaires, neurochirurgicales, maxillo-faciales, orl...).

Au sein des urgences de Lapeyronie on retrouve 4 secteurs :

- Filière courte qui traite des pathologies ambulatoires et de la traumatologie ;
- Filière médico-chirurgicale traite des pathologies lourdes ;
- Déchocage traite des urgences absolues ;
- U.H.C.D. ; Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

Le personnel médical du service d'accueil des urgences regroupe :

- 51 urgentistes dont le chef de service est Monsieur le Professeur Mustapha SEBBANE ;
- 24 internes en poste composés de Diplôme d'Etudes Spécialisés (D.E.S.) de médecine générale et D.E.S. de médecine d'urgence.

III-2- Organisation du service accueil des urgences de Lapeyronie

Le patient est accueilli par l'infirmière d'accueil et d'orientation (I.A.O.) qui en fonction de l'échelle de tri, l'oriente dans les 4 filières :

- Filière courte composée de 5 boxs avec une salle d'attente secondaire, sous responsabilité d'un médecin senior 24h/24,
- Filière médico-chirurgicale pour les pathologies nécessitant une surveillance rapprochée et deux médecins seniors la journée et un médecin senior la nuit avec deux internes 24/24h,
- Déchocage avec un médecin senior 24/24h aussi responsable de l'orientation des patients.

Le S.A.U. comporte également une U.H.C.D. composée de 15 chambres scopées ou monitoring continu. L'orientation et la priorisation des patients se fait par l'infirmière d'accueil et d'orientation. Ce poste permet de réduire la durée d'attente à l'accueil des malades instables et augmente la satisfaction des consultants¹⁴.

Selon une échelle de tri et de gravité, les patients sont catégorisés en fonction de l'urgence de U1 à U5 du score C.I.M.U. (annexe B) et dirigés en fonction, dans les filières de soins :

- Les patients les plus légers vers un circuit court ; U5 ;
- Les patients plus complexes vers des unités de médecine de traumatologie, éventuellement via un passage en salle d'attente ;

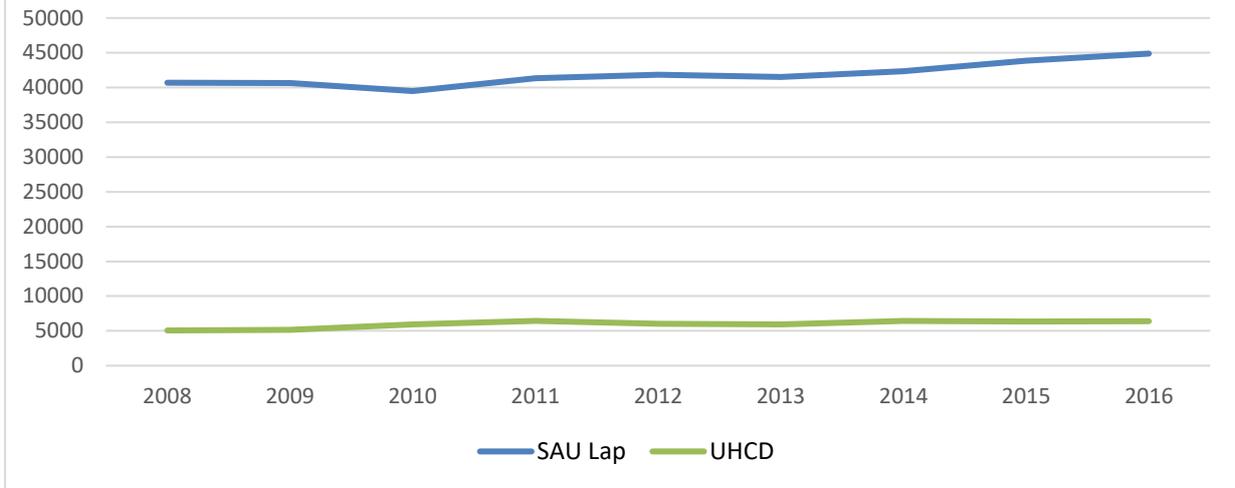
- Et les patients les plus lourds doivent être reconnus par l'infirmière d'accueil et pris en charge immédiatement soit par l'infirmière soit par le médecin¹⁵ ;
- Et dans certains cas, les patients peuvent être redirigés selon des protocoles aux urgences gynécologiques, Tête et Cou, et prochainement vers maison médicale de garde en travail quand elle sera en face des urgences (projet 2020).

III-3- Bilan activité du S.A.U. de C.H.U. de Montpellier

132 442 passages aux urgences ont été enregistrés pour l'année 2019 dont 41% aux urgences adultes soit 54 695 patients avec une moyenne de 160 passages par 24 heures. Les urgences tête et cou ont constatés 30 763 passages et 32 323 passages pour les urgences psychiatriques. On note 19,6% des patients admis aux urgences tout confondu (urgences adultes, pédiatriques, gynéco-obstétriques, tête et cou et psychiatriques) qui sont suivis d'une hospitalisation.

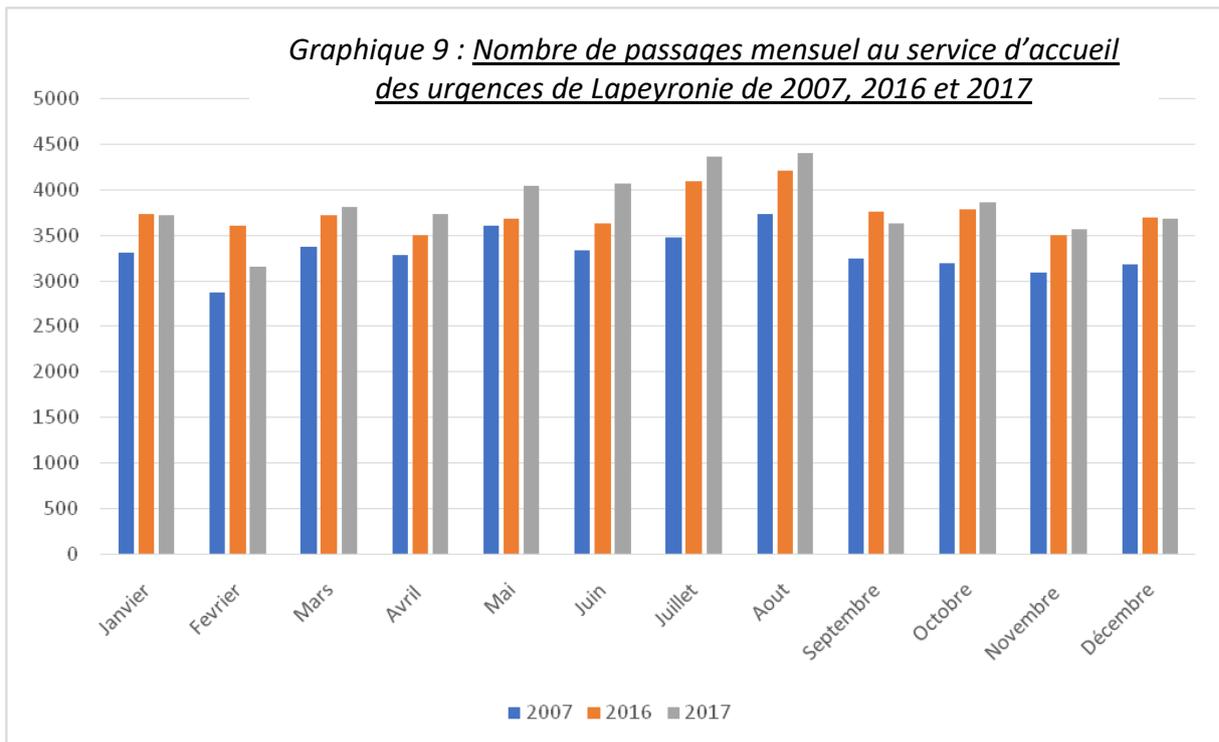
On constate une dynamique de croissance inchangée du nombre de passages depuis 2008 de 40 000 passages au SAU en 2010 à 54 695 passages en 2019 soit une augmentation de 26,7 % en 9 ans. Et une augmentation de 8,4% entre 2015 et 2019.

Graphique 8 : Evolution du nombre de passages au service d'accueil des urgences de Lapeyronie de 2009 à 2016



source « Bruno Lehodey »

Graphique 9 : Nombre de passages mensuel au service d'accueil des urgences de Lapeyronie de 2007, 2016 et 2017



source « Bruno Lehodey »

Dans cette partie de ce travail, nous avons souligné une demande à l'accès des consultations non programmées par les patients avec parallèlement une baisse de l'offre de la médecine générale aboutissant à un nombre de passages qui explose chaque année. Nous voulons évaluer l'intérêt de créer un dispositif de médecine générale au sein des urgences afin de désengorger les consultations inappropriées.

MATERIELS

ET

METHODES

I-Objectif de l'étude

Objectif primaire : Etude des patients ne bénéficiant pas d'examens complémentaires aux urgences et pouvant être pris en charge par des médecins généralistes.

Objectif secondaire : Analyse des motifs de consultation de ces patients.

I-1 Lieu et période de l'étude

Nous avons réalisé cette étude sur plusieurs périodes au hasard afin d'éviter un maximum de biais :

-1^{ère} période du lundi 14 janvier au vendredi 18 janvier 2019 inclus ;

-2^{ème} période du mercredi 13 au mercredi 27 février 2019 inclus ;

-3^{ème} période du mardi 2 avril au jeudi 17 avril 2019 inclus ;

-4^{ème} période du lundi 13 mai au jeudi 30 mai 2019 inclus.

Soit 28 journées, en filière courte du S.A.U. du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier dans l'Hérault.

I-2- Type de l'étude

Cette étude descriptive monocentrique sur deux parties : prospective et rétrospective ; analyse des données existantes dans le dossier médical.

I-3- Population de l'étude

Les patients répondant aux critères d'inclusions étaient :

- Les patients adultes (plus de 16 ans) ;
- Les patients consultant du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 ;
- Les patients relevant de la filière courte ;
- Les patients relevant de la médecine générale suite à l'avis de l'urgentiste,
- Echelle de tri C.I.M.U. de l'I.A.O. : U5.

Et les critères d'exclusions étaient :

- Les patients ayant bénéficié un ou des examens complémentaires ;
- Les patients ayant bénéficié d'un avis spécialisé ;
- Les patients hospitalisés ou transférés vers un autre centre de soins ;
- Pathologies jugées comme relevant des urgences par l'urgentiste.

I-4- Protocole de l'étude

4-1- Phase prospective

Le recueil des données a été réalisé en présence des internes de recherches cliniques du service ou par moi-même afin de réduire le biais de classement. C'est la première étape de cette étude. Pour chaque patient orienté par l'I.A.O. en filière courte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, les critères suivants ont été relevés (annexe C) :

- Date et horaire d'arrivée aux urgences ;

- Caractéristiques du patient : âge, sexe ;
- Motif d'admission aux urgences recueilli par IAO selon la classification de la S.F.M.U. (annexe D) : traumatologie, rhumatologie, plaie/dermatologie, génito-urinaire, gastro-entérologie, pneumologie, infectiologie, divers (agressions, conseils ...), neurologie ;
- Actes diagnostiques réalisés aux urgences : bilan sanguin, bandelette urinaire, qCRP (biologie délocalisée de la CRP avec résultat en quelques minutes), imagerie et type, radiographie standard, TDM, IRM et échographie ;
- Demande ou non d'un avis spécialisé ;
- Destination du patient : retour à domicile, hospitalisation sur l'hôpital, orientation vers un autre établissement ;
- Service d'accueil du patient si celui-ci était hospitalisé ;
- Prise en charge différée au lendemain ou non.

Un questionnaire a été remis aux patients, il comprenait les items suivants (annexe E) pour le patients répondants aux critères d'inclusions :

- Affiliation à un médecin traitant ;
- Orientation au S.A.U. : Propre initiative, par le 15, fortement conseillé par un proche, à la demande du médecin traitant ;
- Contact préalable avec médecin traitant ;
- Si non pourquoi ? motif de choix des urgences : médecin généraliste indisponible, pas d'avances de frais, besoins d'examens complémentaires, proximité du domicile et du travail douleur importante, accident travail ;
- Echelle numérique de l'urgence ressenti : 0,1,2,3,4,5.

4-2- Phase rétrospective

Cette phase a permis l'étude des dossiers informatisés de manière rétrospective pour caractériser la population.

Le recueil des données du patient a été effectué via le logiciel des urgences Résurgence avec retranscription via le logiciel Excel.

I-5- Traitement des données

5-1- Etude statistique

Nous avons procédé à une analyse descriptive des variables. Les données sont exprimées en moyenne et écart type ou en nombre et pourcentage pour les données qualitatives. Les données de la population sans examens complémentaires ont été comparées avec celles de l'ensemble des usagers de la filière courte. Nous avons utilisé l'outil statistique en ligne Biostat TGV (Inserm) pour l'analyse statistique. La méthodologie statistique a été validée par un biostatisticien. Les variables quantitatives ont été comparées par test de Student ou de Fisher et les variables qualitatives par test du Khi^2 . Pour les petits effectifs, des tests non paramétriques de Fisher ont été effectués. Le seuil de significativité retenu est de 0,05.

5-2- Considérations légales et éthiques

Cette étude observationnelle sur données existantes du dossier médical a été approuvée par le comité d'Evaluation Ethique (I.R.B.) de Montpellier. Elle est en conformité avec la méthode de référence relative au traitement des données à caractère personnel (MR-004) déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté (C.N.I.L.).

RESULTAT

I - Etude rétrospective

I-1- Descriptif de la population générale

636 patients ont été inclus sur la période d'inclusion, soit 28 jours repartis sur 5 mois de janvier à mai 2019 et pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux (8 : 30-18 : 30).

202 patients ne nécessitaient pas d'examens complémentaires. Cette population correspond à 31,7% de l'activité de la filière courte pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux ; ce qui représente 7 patients sur 23 inclus par journée en moyenne.

La moyenne du nombre de passages en filière courte sur ces horaires où nous avons pu avoir un recueil exhaustif est de 31 avec un écart type de 7 (données relevées lors de la semaine du 14 -18 janvier 2019).

On note une prédominance masculine ; les hommes représentaient 53,8% de l'effectif total alors que les femmes 46,2%. On retrouve une patientèle plutôt jeune avec une moyenne d'âge de la population générale de 39,5 ans avec un écart type de 19 ans.

L'âge des patients s'étalaient de 15 à 95 ans inclus.

La traumatologie représentait 48% des motifs d'admissions. Le deuxième motif d'admission regroupait les plaies et la dermatologie avec 13%. Ensuite la rhumatologie occupe la troisième place avec 12%. 60,4% des patients auraient pu être pris en charge le lendemain par leur médecin généraliste, selon l'urgentiste en charge du patient.

Tableau 3 : Caractéristique de la population générale

	Tous les patients n=636	p valeur	Patients sans examens complémentaires n=202	Patients avec examens complémentaires n=434
Âge (ans)		p=0,41		
Âge moyen	39,5		38	39
Ecart type	19,6[15-95]		18,3[16-88]	19,5[15-95]
Sexe		p=0,44		
Homme	342 (53,8%)		113 (56,9%)	229 (52,8%)
Femme	294 (46,2%)		89 (44,1%)	205 (47,2%)
Motif de consultation				
Traumatologie	305 (48%)		40 (19,8%)	265 (61,1%)
Dermatologie/plaie	85 (13%)		45 (22,3%)	40 (9,2%)
Rhumatologie	71 (12%)		40 (19,8%)	31 (7,1%)
Gastro-entérologie	44 (7%)		11 (5,4%)	33 (7,6%)
Infectiologie	46(8%)		26 (12,9%)	20 (4,6%)
Divers	22 (3%)		14 (6,9%)	8 (1,8%)
Génito-urinaire	20 (3%)		6 (3%)	14 (3,2%)
Pneumologie	20 (3%)		13 (6,4%)	7 (1,6%)
Psychiatrie	8 (1%)		4 (2%)	4 (1%)
Neurologie	8 (1%)		3 (1,5%)	5 (1,1%)
Cardio-vasculaire	7(1%)		0	7 (1,7%)
PEC différée au lendemain				
Oui	384(60,4%)		202 (100%)	182(41,9%)
Non	252 (39,6%)		0	252(58,1%)
Antécédent				
0	-		129 (63,8%)	-
1	-		46 (22,8%)	-
2	-		21 (10,4%)	-
3	-		4 (2%)	-
4 et plus	-		2 (1%)	-
Traitement				
Aucun	-		146 (72,3%)	-
Aigu	-		21 (10,4%)	-
Chronique	-		35 (17,3%)	-
Motif de consultation lié a(ux) antécédent(s)				
Oui	-		22 (10,9%)	-
Non	-		180 (81,1%)	-
Retour au SAU dans les 3 mois				
Oui	-		11 (5,4%)	-
Non	-		191 (94,6%)	-

I-1-1- Les examens complémentaires

Rappelons que les bandelettes urinaires et qCRP (biologie délocalisée de la CRP avec résultat en quelques minutes) ne sont pas comptabilisés comme examens complémentaires dans l'étude.

I-1-1-1- Nombre d'examens complémentaires

Tableau 4 : Nombre et types d'examens complémentaires

Examens complémentaires	Nombre d'examens	Pourcentage
Radiographie standard	240	61,4%
Tomodensitométrie	23	5,9%
Échographie	2	0,6%
Bilan biologique	95	24,4%
Avis spécialisé	30	7,7%

L'imagerie représente 67,9% des examens complémentaires ; avec 61,4% de radiographie, 5,9% de TDM et 0,6% d'échographie.

I-1-1-2- Nombre de patients qui ont bénéficié d'examens complémentaires

68,2% des patients ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire.

55,3% des patients ont eu recours à la radiographie standard, 5,3% des patients la tomodensitométrie, 0,2% des patients l'échographie.

22,6% des patients ont été soumis à une prise de sang.

6,9 % des patients ont nécessité un avis spécialisé dont 86% de l'avis d'un chirurgien orthopédique.

3% des patients ont bénéficié d'une imagerie, d'un bilan biologique et d'un avis spécialisé.

I-1-2- Devenir des patients de la population générale

7,2% des patients ont été hospitalisés dont 74% en orthopédie.

Les retours à domicile correspondent à 92 % des patients.

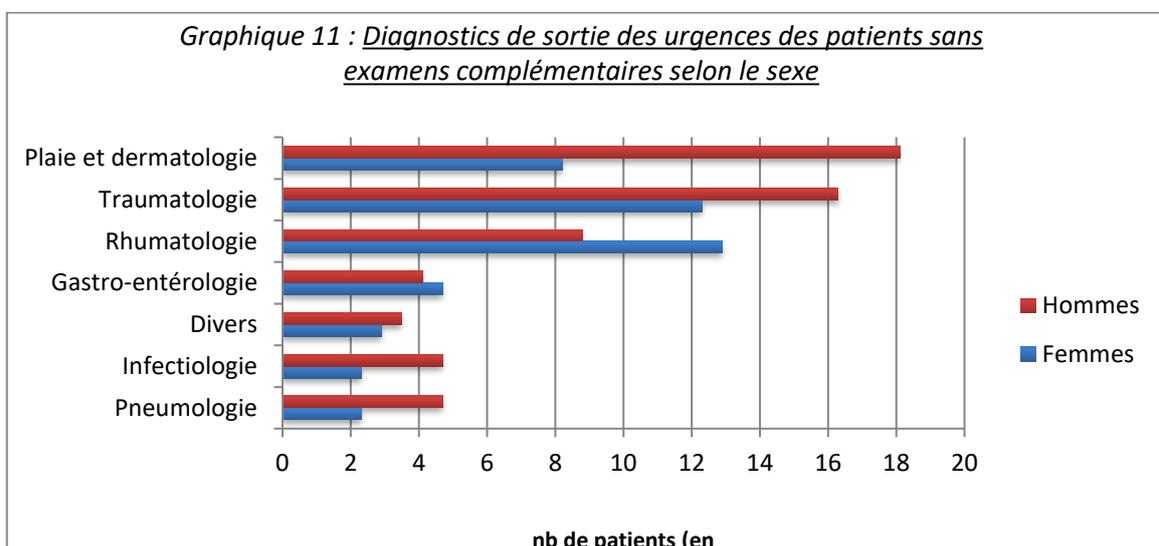
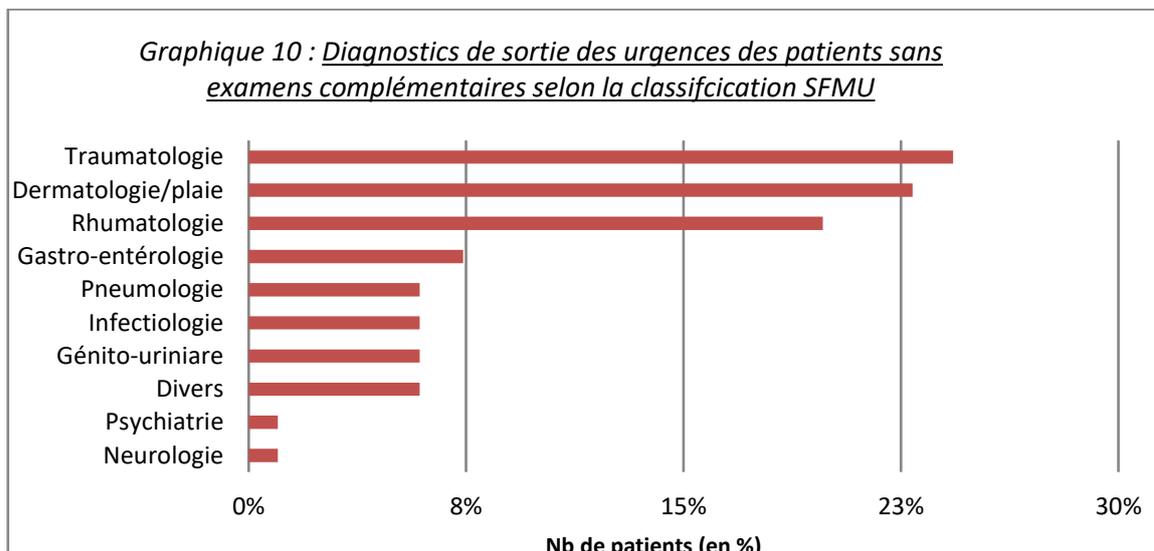
0,8% ont été redirigés vers un autre centre.

Tableau 5 : Devenir des patients de la population générale

	Tous les patients n=636	Patients avec examens complémentaires n=434	Patients sans examens complémentaires n=202
Retour à domicile	585 (92%)	383 (88,2%)	202 (100%)
Hospitalisation	46 (7,2%)	46 (10,6%)	0
Service de médecine	8	8	-
<i>dont médecine interne</i>	3	3	-
<i>dont rhumatologie</i>	3	2	-
<i>dont psychiatrie</i>	1	1	-
<i>dont service des brûlés</i>	1	1	-
Service de chirurgie	38	38	-
<i>dont chirurgie orthopédique</i>	34	34	-
<i>dont chirurgie digestive</i>	3	3	-
<i>dont neurochirurgie</i>	1	1	-
Transfert vers autre centre	5 (0,8%)	5 (1,2%)	-
<i>dont UTEC (Gui de Chauliac)</i>	3	3	-
<i>dont Clinique SOS Main</i>	1	1	-
<i>dont urgences gynécologie</i>	1	1	-

I - 2- Caractéristique de la population sans examens complémentaires

Le premier diagnostic (différent du motif d'admission) des patients consultants et ne bénéficiant pas d'examen complémentaire est d'ordre traumatologique avec 24,7%. Les causes dermatologie/plaie et rhumatologie arrivent ensuite. Ces trois motifs représentent 66,1% des diagnostics de sortie. La pneumologie, l'infectiologie, génito-urinaires et les diagnostics divers arrivent à égalité en 5ème motifs avec 6,1% chacun. La neurologie et la psychiatrie sont les derniers du classement avec à eux deux 2% des patients.



Le premier diagnostic chez les femmes est la rhumatologie avec 12,9%. Les causes traumatologiques, plaie/dermatologie arrivent ensuite. Les hommes, eux, consultent préférentiellement pour des plaies et dermatologies avec 18,1%, la traumatologie avec 16,1% et la rhumatologie avec 8,8%.

II - Etude prospective ; questionnaire des consultants sans examens complémentaires en filière courte

Lors de leur passage aux urgences 89 patients sur 202 sans examens complémentaires ont répondu au questionnaire soit un taux de répondants de 44,1%.

II-1- Analyse de l'échantillon et représentativité de la population

Il n'a pas été mis en évidence dans cette étude de différence statistique entre le groupe des patients sans examens complémentaires et le groupe des patients ayant répondu au questionnaire, concernant l'âge, le sexe et le motif d'admission ; de ce fait nous pouvons admettre que le groupe des patients ayant répondu au questionnaire est représentatif des patients sans examens complémentaires.

Tableau 6 : Représentativité de l'échantillon

	Nombre de répondants au questionnaire n=83	Nombre de patients sans examens complémentaires n=202	p valeur
Âge			p=0,37
Âge moyen	36,3	38	
Ecart type	16,2[15-78]	18,3[16-88]	
Sexe			p=0,19
Homme	39 (47%)	113 (55,9%)	
Femme	44 (53%)	89 (44,1%)	
Diagnostic de sortie			P=0,99
Traumatologie	22 (26,5%)	49 (24,3%)	
Dermatologie/plaie	18 (21,7%)	46 (22,9%)	
Rhumatologie	18 (21,7%)	40 (19,8%)	
Infectiologie	7 (8,4%)	12 (5,9%)	
Pneumologie	6 (7,2%)	12 (5,9%)	
Gastro-entérologie	4 (4,8%)	15 (7,4%)	
Génito-urinaire	4 (4,8%)	12 (5,9%)	
Divers	3 (3,7%)	12 (5,9%)	
Psychiatrie	1 (1,2%)	2 (1%)	
Neurologie	0	2(1%)	

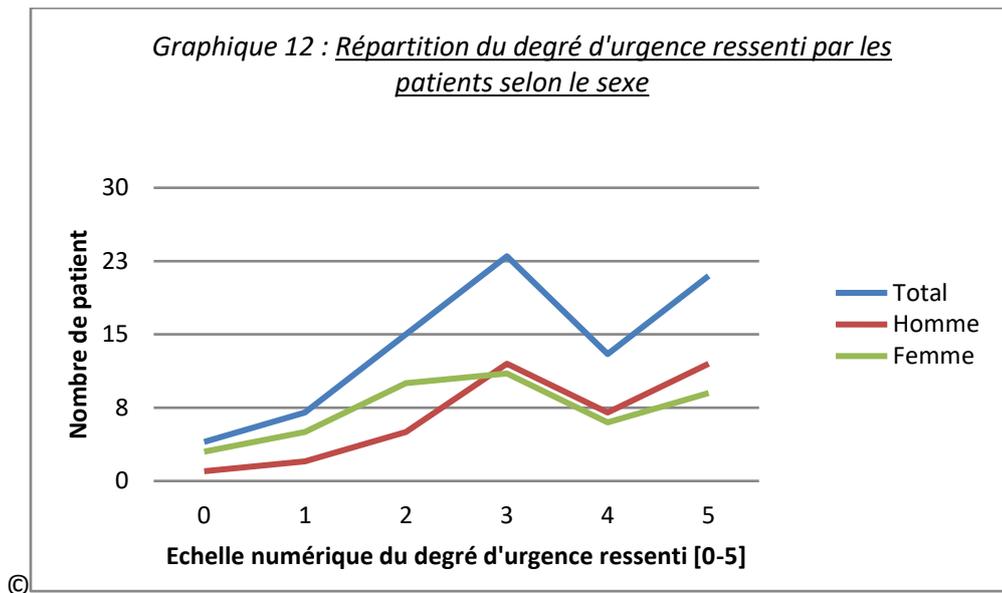
II-2- Caractéristiques des patients ayant répondu au questionnaire

Ces patients ont un médecin traitant déclaré à 88%. Ils consultent de leurs propres initiatives à 70 %, car pensent avoir besoin d'examens complémentaires à 44,6% et à 12% devant l'indisponibilité du médecin traitant. Seulement 20 % contactent préalablement leur médecin traitant. Ils n'ont pas d'antécédents personnels à 68,3%, aucun traitement à 72,3% et 94,6% ne reconsultent pas dans les 3 mois pour le même motif. La médiane de

l'échelle numérique du degré d'urgences est de 3 sur 5 ; seulement 4 % de ces patients ont répondu 0 sur 5 à l'échelle numérique du degré d'urgence.

Tableau 7 : Descriptif des réponses du questionnaire

Médecin traitant déclaré	Nombre de patients	Pourcentage
Oui	73	88%
Non	10	12%
Motif de consultation au SAU		
A la demande du généraliste	8	9,60%
De sa propre initiative	58	70,00%
Conseillé par un proche	9	10,80%
Par le 15	8	9,60%
Contact préalable médecin		
Non	66	80%
Oui	17	20%
Si non, pour quels motifs		
Médecin traitant indisponible	11	16,90%
Pas d'avance des frais	7	10,80%
Besoin d'examens	29	44,60%
Proximité du domicile	8	12,30%
Douleur importante	6	9,20%
Accident de travail	4	6,20%
Degré d'urgence ressenti (EN de 0-5)		
ENU 0	4	4,80%
ENU 1	7	8,40%
ENU 2	15	18,10%
ENU 3	23	27,70%
ENU 4	13	15,70%
ENU 5	21	25,30%
Médiane et intervalle inter quartile	3 [2 -4.5]	-



A travers cette étude, l'urgence est perçue différemment entre les hommes et les femmes ; les femmes consultent aux urgences malgré un degré d'urgence ressenti plus faible (moyenne de 3,5 et écart type de 1,5 chez les hommes versus moyenne de 2,9 avec écart type de 1,5 chez les femmes avec un $p=0,006$).

DISCUSSION

I - Limites de l'étude

I-1- Le choix de la méthodologie

Nous attirons votre attention sur la taille restreinte de notre échantillon qui peut limiter la significativité statistique de certains résultats. Les résultats de notre étude sont à relativiser en raison du recueil non exhaustif de la population et implique une vigilance quant à l'interprétation de nos résultats. Le protocole de recherche, nous a permis de cibler les admissions néanmoins il est probable que sur une journée, des admissions nous aient échappées. L'analyse des données dans le dossier médical a pu être réalisée, nous notons que les informations recueillies varient en fonction des éléments renseignés par les différents médecins urgentistes. Cette étape a également permis une vérification des critères d'inclusions et de limiter les biais de classements.

I-2- Le choix du site

Notre étude est monocentrique et ne peut être représentative des autres centres. Notre travail est limité aux urgences adultes du C.H.U. de Montpellier, prenant en charge essentiellement une population urbaine, qui dispose également d'urgences pédiatriques, cardiologiques, psychiatriques, gynécologiques et obstétricales, tête et cou. Il faut noter de l'existence des urgences spécialisées représentant 44.8% de l'activité globale des urgences où un certain nombre de pathologies pouvant relevées de la médecine générale est orientées dans ce centre (notamment ORL) faisant un biais de recrutement (perte de patients vers ce centre).

I-3- Définition d'une consultation de médecine générale

Nous avons sélectionné les patients ne bénéficiant pas d'examens complémentaires puis nous avons comptabilisé leur nombre afin d'évaluer l'intérêt d'une filière pouvant être pris en charge par un médecin généraliste. Dans la littérature, il n'apparaît pas de consensus sur la définition d'une consultation relevant de médecine générale. D'autres travaux définissent qu'une consultation dont les patients sont classés C.C.M.U.1 et C.C.M.U.2 (annexe F) relèvent de la médecine générale^{16 17 18}. Rappelons que la C.C.M.U. est la Classification Clinique des Malades des Urgences, elle a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (A.R.U.). Elle comprenait initialement 5 degrés auxquels ont été ajoutés 2 nouvelles classes. Elle se définit selon le pronostic vital et les actes réalisés. La C.C.M.U. 1 correspond à « État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance...) » et la C.C.M.U. 2 à « État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée...) »¹⁹.

De ce fait, nous avons peut-être sous-évalué le nombre de patients relevant de la médecine générale suite à la définition que nous avons attribuée. Sur la question « est-ce que la prise en charge aurait pu être différée au lendemain par le médecin généraliste », il est à noter qu'il y a pu avoir eu un biais de jugement puisqu'elle portait sur l'avis de l'urgentiste ou de l'interne de médecine.

I-4- Le questionnaire

Dans le cadre de l'étude qualitative, nous avons mis en place un questionnaire à choix multiples afin de faciliter l'adhésion des patients. C'est un outil incontournable des sondages, il permet de recueillir des informations précises et fournit des données épurées facile à analyser. Ce choix méthodologique implique également une non exhaustivité des réponses et donc un biais de déclaration.

Le contexte d'urgence ne nous a pas permis d'envisager la modalité de l'entretien, en effet nous ne pouvions garantir un taux de réponse et d'adhésion des patients (douleurs, anxiété, ...).

4-1- La méthodologie du questionnaire

La temporalité de notre étude ne nous a pas permis d'utiliser la méthode Delphi, méthode de référence, nous le regrettons car cela aurait permis d'obtenir un niveau de preuve supérieur pour la réalisation de notre questionnaire²⁰.

De plus, il existe des biais de réponses dans la méthode déclarative. Les patients interrogés mues par la volonté de paraître, par exemple, aboutissant à des réponses erronées. Par ailleurs, certains patients ont pu minimiser le degré d'urgence ressentie ou même éluder l'aspect financier de leur motivation de consultation. Tous ces éléments doivent être pris en compte dans l'analyse de nos résultats puisqu'ils mettent en évidence un biais de désirabilité sociale.

Le taux de réponse au questionnaire était relativement faible, 83 patients sur 202 ce qui représente 41,1%. Le faible taux de participation s'explique par le refus, par manque de temps ou par crainte des patients. De plus, il semble nécessaire de signaler l'oubli des urgentistes de mettre à disposition les questionnaires qui a également pu induire un biais de sélection.

Nous avons vérifié la représentativité de cet échantillon à l'aide de trois paramètres ; le sexe, l'âge et le motif de consultation. Certains patients ont sollicité l'aide d'un proche ou la nôtre pour répondre au questionnaire. Ainsi il est possible qu'ils aient été influencés par notre appréhension personnelle des informations à récolter.

Pour conclure, nous soulignons que notre étude comme tout travail de recherche qualitative, peut comporter un biais d'interaction, de courtoisie, d'induction.

II- Résultats de l'étude

II-1- Etude de la population

Dans notre étude, 31,8% des usagers n'ont pas bénéficié d'examen complémentaire, résultats similaires dans l'étude de Vigneau E.²¹ qui retrouvent 77,2% des usagers ont bénéficié d'un ou des examen(s) complémentaire(s). Selon le Dr Nougairède Michel dans un article « Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? » il explique « ces nombreux examens complémentaires prescrits en systématique lors des consultations aux urgences sont probablement d'origine multifactorielle : liés à l'obligation de moyens aux urgences, à la judiciarisation de la médecine d'urgences, à la demande accrue de soins de la part des usagers »²². Une étude de 2016 de la S.F.M.U. souligne que le non-respect des recommandations de prescription d'examen complémentaire engendre 57 % de sur-prescriptions ou prescriptions non justifiées²³.

Dans notre étude l'âge moyen est de 38 ans, le plus jeune patient est âgé de 16 ans et le plus âgé a 88 ans, la proportion des hommes est majoritaire et représente 55,9% ; le sex ratio est de 1,27. Ces résultats sont partiellement en accord avec les données de la littérature. L'ensemble des travaux portant sur l'étude du comportement des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale présentent une population jeune inférieure à 40 ans^{24 25 26}. Par contre, les résultats concernant le sexe divergent. Certaines études ont souligné une prédominance masculine^{17 24 27} alors que d'autres ont mis en évidence une prédominance féminine comme dans le travail de Nabli N.¹⁶ qui retrouve 51,2% de femmes^{18 28}.

Le premier diagnostic de sortie est d'ordre traumatologique avec 24,3% soit 49 patients. Les causes dermatologie/plaie (brûlures, plaies, morsures, contusion...) et rhumatologie arrivent au second rang. Nos résultats sont superposables avec celle d'une thèse réalisée à Marseille où les deux premiers motifs étaient la traumatologie et les plaies²⁹. Dans un rapport de la D.R.E.E.S. en 2003, l'accident, la douleur, la gêne étaient cités comme principaux motifs de consultations. Nos résultats sont également similaires aux résultats des travaux de Meunier L.²⁷ et Pujol C.²⁴.

II-2- Etude du questionnaire

Concernant la déclaration du médecin traitant, 9 patients sur 10 déclarent avoir un médecin traitant. Ces résultats sont similaires aux données relevées dans la littérature³⁰³¹³²²⁷. Seulement 20 % des patients ont établi un contact préalable par téléphone avec leur médecin traitant même résultat que dans le rapport de la D.R.E.E.S. en juillet 2014³³. La raison principale évoquée est l'accès à un plateau technique à 45 % ce qui est conforme aux données recueillies dans le travail de Parent T.³⁸ avec 45,3 %. Dans une autre étude réalisée en 2008, il est mentionné que la difficulté à obtenir un rendez-vous en ville était la raison justifiant le recours aux urgences³⁴.

Les consultations aux urgences pour dispense d'avance de frais représentent seulement 10,8% de la population. Ces résultats sont probablement sous-estimés si nous prenons en compte le biais de classement en lien avec le mode d'évaluation.

Ces résultats révèlent d'une part la défaillance du système médical et d'autre part la remise en cause du rôle du médecin traitant, coordinateur de soins, dans la prise en charge et la continuité des soins.

Notre travail révèle que le premier mode de consultation est la consultation spontanée par leurs propres moyens à 70 % et 9 % sont adressés par leur médecin traitant. Nos résultats sont comparables aux données recueillies dans le travail de Parent T.³⁸ qui présente 60 % de consultation spontanée et 9 % adressés par leur médecin.

III – Perspective

Faut-il bannir les consultations non programmées relevant de la médecine générale des services d'urgences ?

Notre travail met en évidence une proportion de 7 patients par jour en moyenne relevant de la médecine générale. Si nous nous référons au travail de Chaudet A.¹⁷, ces patients sont pris en charge dans un délai globalement court de 32 minutes en moyenne. Ces résultats infirment l'hypothèse d'un engorgement du S.A.U. du C.H.U. de Lapeyronie qui serait imputable à une population de patients relevant de médecine générale. Si ces consultations peuvent conduire à ralentir le fonctionnement des urgences, ils n'en sont pour autant pas la raison principale. Ensuite, la nécessité d'un plateau technique et l'indisponibilité du médecin traitant sont fréquemment évoquées par les patients. La réalisation d'examen complémentaire et l'obtention d'un avis spécialisé en ambulatoire sont souvent laborieux, ces éléments participent à motiver le recours aux urgences par les patients.

Par ailleurs, la perte de ces consultations aux urgences est susceptible d'engendrer un impact économique important sur le service. En effet, la mise en place de la tarification à l'activité (aussi appelée T2A) depuis 2004, a introduit « dans les hôpitaux ce qui existait dans le système libéral, c'est à dire un financement à l'activité. Les services d'urgences sont depuis financés selon (Loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004) :

- une part des Groupe Homogène de Séjours ou GHS ;

- une facturation à l'acte concernant uniquement les consultations non suivies d'hospitalisation, dont le montant est égal au prix de la consultation ou de l'acte auquel s'ajoutent les majorations : ATU (Accueil et Traitement des Urgences), nuit, week-end, nourrisson, etc. ;
- un Forfait Annuel d'Urgence (F.A.U.) dépendant du nombre de majorations A.T.U. facturées l'année précédente ;
- auxquels viennent s'ajouter les actes externes (consultation, petite chirurgie, etc.) ».

L'estimation de la proportion de ces consultations sur une année représente 1820 patients. Nous avons pris en compte la diminution de tranche dans la FAU 53 dont résulterait l'absence de leur prise en charge aux urgences, ainsi la perte financière annuelle pour le service s'élèverait à **431 246,4 euros** (annexe G).

Le code de santé publique prévoit d'après le 22 mai 2006, « l'obligation d'accueillir en permanence toute personne se présentant dans la structure d'urgences ou y étant adressée. L'établissement peut organiser l'orientation du patient ne nécessitant pas une prise en charge par la structure des urgences vers une autre structure de soins selon des protocoles préalablement définis ». Si nous prenons en compte l'ensemble des arguments évoqués ci-dessus, il semblerait que la prise en charge de cette population ne soit pas le principal problème du S.A.U. de Montpellier.

Une filière « fast track » est-elle une réponse adaptée ?

La création d'une filière « fast track » est en cours au CHU de Lapeyronie à Montpellier orchestré par le chef de service, Monsieur Pr SEBBANE. Ce circuit ultra court a pour objectif une prise en charge des patients relevant de la médecine générale assurées par des médecins généralistes en journée de 8h30 à 18h30 du lundi au dimanche, celle-ci s'effectue soit en accès direct, soit après passage des urgences ou encore sur orientation par le centre 15. Les médecins généralistes recrutés devront avoir de bonne connaissance en traumatologie et recourir au plateau technique notamment à la radiographie standard pour les motifs de traumatismes non graves, la rhumatologie etc. Les avis spécialisés en particulier de chirurgie orthopédique pourront être également sollicités dans l'expertise des radiographies et dans la clinique.

Ce dispositif renforcerait l'articulation fragilisée de la médecine de ville et la médecine hospitalière, il permettrait également une meilleure prise en charge du patient et une meilleure coordination entre les médecins libéraux et l'établissement de santé. Ces modifications impliquent la mise en place d'une nouvelle organisation en veillant à l'actualisation des compétences des personnels notamment au niveau de l'accueil et de l'orientation.

Plusieurs exemples d'organisations similaires sont fonctionnels en France :

- Depuis 2003, à l'hôpital d'Instruction des Armées Laveran à Marseille, une consultation de médecine générale assurée par des médecins généralistes libéraux, a été mis en place. Ce dispositif est cependant soumis à l'information préalable et au consentement du patient « Elle prend en charge 50 % du flux des patients en

bénéficiant du plateau technique des urgences (examens radiologiques et biologiques si nécessaire). Seuls 12 % des patients examinés sont redirigés vers les urgences, ce dispositif permet de soulager les urgences avec un taux de 45 % de leur flux journalier »⁵.

- La S.A.M. (service d'accueil médical) a ouvert ses portes en juin 2016, un nouveau centre de soins non programmée à la Clinique Kennedy à Nîmes dans le Gard. « Les patients sont accueillis par un des trois médecins généralistes sans rendez-vous, du lundi au vendredi, de 9 h à 19 h. Le prix de la consultation est équivalent à celui chez un médecin généraliste. SAM travaille aussi en étroite collaboration avec les structures d'urgence. Nous réalisons la prise en charge administrative en plus des soins », précise Dr Isabelle Rabat, un des acteurs de santé.
- L'hôpital Arthur-Gardiner à Saint- Malo le 7 novembre 2019, le Centre Hospitalier de Gabriel Déplante le 1^{er} octobre 2019, depuis juin 2014 la Clinique Mégival à Dieppe, depuis le 15 mai 2018, le centre de consultations non programmées est ouvert à Carentan et à Sainte-Marie-du-Mont etc.

Mais aussi à l'étranger :

- Au Pays-Bas, des médecins généralistes se sont implantés sur le même site que le service des urgences ce qui a engendré une diminution de 53 % le nombre de patients vus aux urgences³⁵.
- En Belgique, le compte rendu d'une étude propose l'implantation d'une permanence de médecine générale dans les services d'urgences ouverte 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24³⁵.

Ces dispositifs sont en accord avec le rapport du Dr J.Y. Grall : « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins »³⁶. Selon lui « L'accès à une consultation de médecine générale sera organisé sur des points fixes, de type maison médicale de garde. Ceux-ci seront situés préférentiellement au sein ou à proximité des services d'urgences ». Ce mode d'exercice est aussi suggéré par la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers dans son rapport sur les bonnes pratiques organisationnelles³⁷.

L'éducation

La pédagogie reste inévitable à mettre en œuvre. Mais quelle est la population cible ? Notre étude a souligné que les usagers consultent de manière inappropriée sont jeunes, ont déclaré un médecin traitant mais ne le contacte pas car pensent avoir besoin d'examens complémentaires. A posteriori, un document explicatif de l'offre de soins en libéral pourrait être envoyé au patient ayant un recours inadapté ou donné à la fin de sa prise en charge, l'incitant à réaliser des démarches avant une prochaine consultation aux urgences. Mais également en amont, les médecins généralistes devraient proposer de l'éducation thérapeutique sur les pathologies aiguës (angine, otite, bronchite ...). Rappelons que les usagers sont le premier maillon de la chaîne des urgences.

L'idée d'une majoration du ticket modérateur pour les consultations inappropriées est dangereuse car « *cela pourrait amener certaines personnes à différer leur consultation alors que leurs symptômes relèveraient d'une réelle urgence. Préférable d'investir sur la pédagogie et l'éducation thérapeutique en matière de pathologies aiguës* » déclare le chef de service des urgences de Dunkerque.

CONCLUSION

Traditionnellement, l'explication apportée à l'engorgement du service des urgences est le mésusage fait par les patients. La présente étude vient infirmer cet argument classique en démontrant que s'il existe des patients qui consultent les urgences, en lieu et place de la médecine générale, leur nombre est largement à relativiser.

Nous avons pu démontrer au regard de notre étude que le choix de l'orientation vers le service des urgences est multifactoriel. En effet, seulement 20 % des patients consultant de manière inappropriée ont réalisé une démarche préalable auprès de leur médecin traitant ; il semble que l'accès à un plateau technique et l'insuffisance de l'offre ambulatoire en médecine générale soient les principales raisons évoquées par les patients.

Le conseil national de l'urgence hospitalière (C.N.U.H.), souhaite mettre en œuvre un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. Une possibilité en la matière consiste à envisager la mise en place d'une structure faisant cohabiter médecins généralistes, ne se limitant pas aux patients sans examens complémentaires, et médecins urgentistes. Pour ce faire, les médecins généralistes recrutés en filière courte devront avoir de bonne connaissance en traumatologie et recourir au plateau technique notamment à la radiographie standard. Par ailleurs, ces patients pourront également être redirigés vers la maison médicale de garde dans la mesure où il y aurait une extrapolation des horaires de garde.

Force est de constater qu'il n'existe pas de solution idéale, toutefois la préconisation du C.N.U.H. présente de nombreux avantages. En effet, ce compromis permet non seulement d'optimiser la prise en charge des patients dans un délai amélioré mais également de reconnaître les spécificités de chaque professionnel dans ses compétences.

Bibliographies

1-Les établissements de santé - édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [Cité 22 février 2020]. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-etstatistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>

2-DREES, étude et résultats. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale.2007. Disponible sur :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf>

3-Montpellier CHU de. Chiffres Clés et activité [Internet]. CHU de Montpellier : Site Internet. [cité 21 févr 2020]. Disponible sur :

<https://www.chu-montpellier.fr/fr/a-propos-du-chu/politique-detablissement/chiffres-cles-et-activite>

4-Décret n° 2018-143 du 27 février 2018 relatif aux centres de santé | Légifrance

[Internet]. [Cité 22 février 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036658743&categorieLien=id>

5-Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale libérale de premier recours. Thèse : Médecine : Université de la Méditerranée :2010

6-Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Légifrance [Internet]. [Cité 22 février 2020]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

7-Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France en 2018. [Cité 23 février 2020]. Disponible sur :

https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

8-Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas Languedoc Roussillon 2015. La démographie médicale. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/kzucm/atlas_languedoc_roussillon_2015.pdf

9-Menthonnex P, Menthonnex E. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. 2010 ;30.

10-Qu'est-ce qu'un Service d'Urgence ? / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.sfmu.org/fr/public/07>

11-Nemitz B, Carli P, Carpentier F, Ducassé JL and al (2011). Référentiels métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann Fr Med Urg 2:p.125-38

12-Schmidt J (2012). Référentiels métier-compétences ou comment structurer le métier de l'urgentiste. Ann Fr Med Urg 2:77p

13-N° 524 • septembre 2006, DRESS, études et résultats

14-Tabloulet P, Fontaine JP, Afjdje A, Tran Duc C, Le Gall JR. Le triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation : Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants. Réan-URG, 1997;6(4):p.433-442

15-Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 22 février 2020]. Disponible sur : https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmu/referentiel-ioa-infirmiere-organisatrice-de-l-accueil/ref_id/11

16-Nabli N. La création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences : une réponse complémentaire aux demandes de consultations non programmées ? Evaluation rétrospective aux urgences d'Orléans. Thèse : Université de Tours :2014

17-Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge.

Thèse: Médecine: Université de Poitiers:2013.

18-Baquet F. Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients, pour une consultation pendant la permanence des soins. Thèse d'exercice de médecine générale.

Paris. 2010. 78p

19- Fourestie V, Roussignol E, Elkharrat D et *al.* Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. *Réa Urgences*. 1994;3(5):573-8

20-Laurent Letrilliart, Marc Vanmeerbeek. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer*. 2011;22(99):170–7.

21-Vigneau É. Évaluation des motifs de consultations du service d'accueil des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre. :41.

22-Nougairède M. Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? *Exercer*. 24(106):88.

23-Les examens complémentaires prescrits aux urgences sont-ils souvent injustifiés et inutiles ? SFMU. Lavoisier. décembre 2016;

24-Pujol C. Patients consultant pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignans aux heures de permanence de soins, leurs caractéristiques et leur parcours de soins. Thèse: Médecine: Université Montpellier:2007.

25-Gusmani E. Analyse des motifs de recours à la Maisons Médicale de Garde situé à proximité s'un service d'urgence. Thèse: Médecine: Université Paris XII: 2011.

26-Beaubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C et al. Les passages aux urgences de 1990-1998: une demande croissante de soins non programmés. DRESS Etude et résultats, 2000:72:1-8.

27-Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris 7. 2009. 101p

28-.Aksel.G, Bildik.F, Demircan.A, Keles.A et al. Effects of Fast Track in university emergency department through the national emergency department overcrowding study. J.Pak.Med.Assoc. 2014 ;64:791 p

29-Durand A, Gentile S, Amadel E, Haro J, Tardieu S, Giraud C. Motifs de recours aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille. Revue Épidémiologie Santé Publique. 2004.

30-Le médecin traitant, adopté par la majorité des français, favorise la prévention. Ameli; 2009 janv.

31-Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Paris ; 2013 Février.

32-AISSAOUI LIAMINE. Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors. Etude monocentrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service. [Lyon]: Lyon; 2014

33-Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », Études et Résultats, n° 889, DREES, juillet.

34_Gentile S. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgences sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Revue d'épidémiologie Santé Publique.

35-Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated outof- hours service.

J Gen Intern Med. 2005 Jul;20(7):612-7

36-Grall JY. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2007.

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/074000534/0000.pdf> (consulté le 20/02/2020)

37-Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH). Réduire le temps d'attente aux urgences. Les bonnes pratiques organisationnelles. 2006 Mars. Disponible sur :

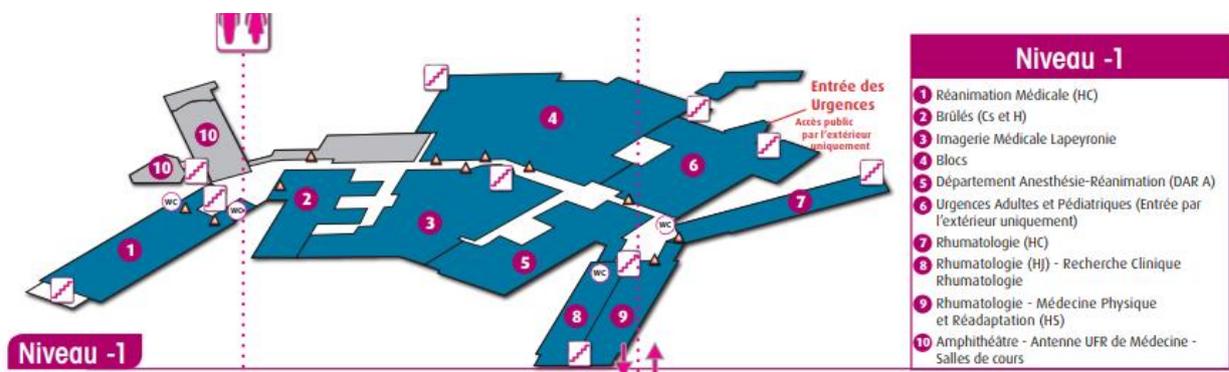
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Reduire_temps_attente_aux_urgences_Retours_dexperiences.pdf (consulté le 20/02/2020)

38- Parent T. Houzé C. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable : étude descriptive de la population. Thèse d'exercice de médecine générale. Grenoble. 2016.

ANNEXES

Annexe A : Plan extérieur du CHU de Lapeyronie, entrée des urgences

Source : CHU Montpellier, L'accès
Disponible sur : <http://www1.chu-montpellier.fr/fr/acces/>



Annexe B: La Classification Infirmière des Malades aux urgences

Mise à jour Avril 2011 – Pierre Taboulet

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Consommation des ressources hospitalières	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	+++	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1min Médecin < 1 min	Déchocage (SAUV)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchocage (SAUV)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Annexe C : Fiche de recueil des données en filière courte

Id Patient	Motif d'admission	Examen biologique	Imagerie	Acte thérapeutique	Avis spécialisé	PEC différée demain	Orientation
Etiquette NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/19____ Date entrée : ____/____/19____ N° de tél : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> BU <input checked="" type="checkbox"/> GCPR <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> ECHO <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre centre de soins
Etiquette NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/19____ Date entrée : ____/____/19____ N° de tél : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> BU <input checked="" type="checkbox"/> GCPR <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> ECHO <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre centre de soins
Etiquette NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/19____ Date entrée : ____/____/19____ N° de tél : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> BU <input checked="" type="checkbox"/> GCPR <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> ECHO <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Transfert vers un autre centre de soins

Annexes D : Classification de la SFMU - Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence

Source : Société Française de Médecine d'Urgence. Disponible sur :
http://www.sfm.org/documents/File/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf

Cardio-vasculaire

Arrêt cardiaque
Douleur thoracique
Palpitations
Hypertension
Malaise sans PC
Malaise avec PC
Hypotension / collapsus
OEdème des membres inférieurs
Membre inférieur froid sans pouls / symptômes compatibles avec ischémie de membre
Membre inférieur chaud rouge / symptôme de la maladie thrombo-embolique
Problème de matériel implantable cardiologique

Environnemental

Gelure / Lésions liées au froid
Hypothermie
Coup de chaleur / insolation

Gastro-entérologie

Douleur abdominale
Corps étranger voies digestives
Inappétence / perte d'appétit
Constipation
Diarrhée
Corps étranger dans le rectum
Nausées et/ou vomissements
Proctologie (thrombose, fissure, douleur ...)
Vomissement de sang
Sang dans les selles / Méléna
Ictère
Hoquet
Masse ou distension abdominale

Génito-urinaire

Douleur de la fosse lombaire ou flanc
Hématurie
Écoulement ou lésion génitale
Douleur ou oedème des OGE
Rétention d'urine ou anurie
Signe d'infection urinaire / dysurie / brûlures mictionnelles

Intoxication

Intoxication accidentelle et/ou iatrogène (occasionnée par le traitement médical)
Intoxication médicamenteuse volontaire
Intoxication non médicamenteuse volontaire
État de manque / sevrage / toxicomanie
Ébriété, ivresse

Neurologie

Altération de la conscience / coma
Confusion / désorientation temporo-spatiale
Étourdissement / vertiges
Céphalées
Convulsions
Anomalie de la marche / ataxie / trouble de l'équilibre
Tremblement
Faiblesse de membre / déficit / symptômes pouvant évoquer un AVC

Perte de sensibilité / paresthésies

Gynécologie

Problèmes menstruels

Corps étranger dans le vagin

Pertes vaginales

Agression sexuelle / sévices

Rougeur ou tension du sein

Méno-métrorragie en dehors de la grossesse

Douleur pelvienne

Obstétrique

Problèmes de grossesse 1er trimestre (saignement, douleur, ...)

Problèmes de grossesse 2ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique, ...)

Problèmes de grossesse 3ème trimestre (saignement, douleur, perte de liquide amniotique, ...)

Accouchement imminent ou réalisé

Problème de post-partum (allaitement, hémorragie, ...)

Ophthalmologie

Corps étranger, brûlure oculaire

Trouble visuel / diplopie / baisse de l'acuité

Douleur oculaire

Démangeaison, oeil rouge

ORL

Otalgie

Corps étranger ORL

Acouphènes ou trouble de l'audition

Otorrhée / écoulement oreille

Problème de dent ou de gencive

Douleur de la gorge, difficultés à avaler, dysphagie

Tuméfaction ORL

Tumeur ORL et complications

Épistaxis

Congestion nasale / rhume des foins

Peau

Morsure

Piqûre

Brûlure

Prurit

Érythème étendu et autres éruptions

OEdème / rougeur localisée / abcès

Contusion, masse, ampoule, autres affections cutanées

Parasitose

Hématome non traumatique

Corps étranger – Peau

Pédiatrie < 2 ans (pathologie spécifique)

Troubles alimentaires du nourrisson (<6mois)

Ictère néonatal

Pleurs incoercibles

Sifflement respiratoire sans autres symptômes (bronchiolite, laryngite, ...)

Convulsion hyperthermique

Diarrhée du nourrisson (<6 mois)

Fièvre < 3 mois

72

Psychiatrie

Dépression / suicidaire

Anxiété / Crise d'angoisse / spasmophilie

Hallucinations

Insomnie / troubles du sommeil

Comportement violent / agitation

Comportement étrange / troubles du comportement social / anorexie / boulimie

Respiratoire

Dyspnée

Cyanose

Toux

Hémoptysie

Corps étranger voies aériennes

Réaction allergique

Asthme

Rhumatologie

Douleur rachidienne (cervicale, dorsale, lombaire)

Douleur au niveau d'un membre supérieur

Douleur au niveau d'un membre inférieur

Épanchement articulaire

Douleur diffuse / sans précision

Traumatologie

Traumatisme multiple

Traumatisme crânien avec PC

Traumatisme crânien sans PC

Traumatisme maxillo-facial

Traumatisme oculaire

Traumatisme oculaire

Traumatisme cervical (hors rachis)

Traumatisme rachidien ou médullaire

Traumatisme thoracique

Traumatisme abdominal

Traumatisme du bassin

Traumatisme membre supérieur

Traumatisme membre inférieur

Traumatisme anal ou du rectum

Traumatisme OGE, priapisme

Dermabrasion / plaie

Amputation

Général & Divers

Accident d'exposition au sang et/ou aux liquides biologiques

Exposition à une maladie contagieuse

Fièvre

Hyperglycémie

Hypoglycémie

Conseil / consultation / renouvellement ordonnance

Problème de suture et pansements chirurgicaux / pansements

Demande d'examen complémentaire

Problème de matériel médical

Anomalie de résultat biologique

Complication post-opératoire

Problème social

Soins palliatifs / fin de vie

Examen à des fins administratives / certificat / réquisitions

Perte d'autonomie

AEG / asthénie

Annexe E : Questionnaire



Les urgences et vous ?

Madame, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans notre service d'urgences. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre passage en vue d'améliorer la qualité de notre accueil. Nous vous remercions de prendre quelques instants afin de remplir ce questionnaire.

1-Vous avez été orienté(e) vers le service des urgences ?

- À la demande de votre médecin traitant
- Fortement conseillé par un proche
- De votre propre initiative
- Par le centre 15

2-Avez-vous un médecin traitant déclaré ?

- Oui
- Non

3-Avez-vous essayé de joindre un médecin généraliste ?

- Oui
- Non, pourquoi ?
 - Médecin traitant indisponible
 - Pas d'avance des frais
 - Je pense avoir besoin d'exams complémentaires
 - Autres :

4-Quel est selon vous votre degré d'urgence ? Pour préciser l'importance de l'urgence ressentie, répondez en entourant la réponse correcte

Pas d'urgence

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Urgence maximale



Je vous remercie du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire

Annexe F : La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classée selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier.

Classe	Définition
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable
CCMU 1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe G : Détail du calcul de la perte financière liée à la non prise en charge des patients sans examens complémentaires

Calcul de la facturation liée à l'Accueil et Traitement des Urgences (ATU)

	Journée du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
Calcul du prix de la consultation	$C_1 + ATU_2 = 23 + 25,32 = 48,32 \text{ eu}$
Nombre de consultation de l'étude	1820
Montant estimé sur une année	87942,4eu

Calcul du montant du Forfait Annuel d'Urgence (FAU)

	Nombre de consultations donnant droit à une facturation ATU	Montant de la tranche FAU 2012 ₃	Perte de FAU liée à la non prise en charge des PUMGA
Si prise en charge des PUMGA	40 656	3 012 610 eu	343 304 euros
Si non prise en charge de 100 % des PUMGA	37 023	2 669 306	

₁ C correspond à la cotation d'un acte de consultation fixé à 23 euros

₂ et ₃ sont fixés par Arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Au total ; 87 942,4 eu + 343 303 eu = à **431 246,4 euros**

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.*

Résumé

Introduction : L'explication apportée à l'**engorgement** du service des **urgences** est le mésusage fait par les patients. Le rapport de la DRESS de juillet 2018 montrent que la prise en charge de plus d'un quart des patients (28.4%) aurait pu être effectuée par un **médecin généraliste** le jour même où le lendemain et ne nécessitent pas forcément d'**examens complémentaires**. L'objectif de ce travail est l'étude de la population prise en charge dans la **filière courte** du service d'accueil du CHU de Montpellier, relevant de la **médecine générale** et l'analyse des motifs de consultation de ces patients pendant les heures ouvrables des cabinets de ville. Nous voulons tenter d'évaluer l'intérêt de créer un dispositif de **médecine générale** au sein des urgences afin de **désengorger** les **consultations inappropriées**.

Matériel et Méthodes : L'étude menée est descriptive, prospective et monocentrique sur une période de 4 semaines en **filière courte** du service d'accueil des **urgences** du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier dans l'Hérault. Nous avons inclus les patients sans **examens complémentaires** ou un avis spécialisé avec un retour au domicile. Un questionnaire a été remis aux patients afin d'identifier leurs motifs de consultations.

Résultats : 202 patients ont été inclus sur 634 consultants au service d'accueil des **urgences** soit 31,7% de l'activité de la **filière courte** pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux. Lors de leur passage aux urgences 89 patients ont répondu au questionnaire soit un taux de répondants de 44,1%. On retrouve une patientèle plutôt jeune avec une moyenne d'âge de 38 ans, une prédominance masculine sans antécédents ni traitements personnels. Les motifs d'ordre traumatologique, dermatologique et rhumatologique représentent 67 % des diagnostics de sortie des **urgences**. Pour 88%, ils ont un médecin traitant déclaré, n'ont pas contacté préalablement leur médecin traitant car pensent avoir besoins d'**examens complémentaires** à 44,6%.

Conclusion : Le nombre de patients consultant de manière **inappropriée** est à relativiser. Une filière « **fast track** » est une solution faisant cohabiter **médecins généralistes** et médecins urgentistes assurant la prise en charge des pathologies simples. Les **médecins généralistes** recrutés en **filière courte** devront avoir de bonne connaissance en traumatologie et recourir au plateau technique notamment à la radiographie standard pour les motifs de traumatismes non graves, la rhumatologie etc. Ce compromis permet de satisfaire le patient en le prenant en charge dans sa spécificité dans un délai amélioré et de reconnaître chaque professionnel dans ses compétences, de sorte que cette solution semble être celle à privilégier.

Mots clés : **consultation non programmée, filière courte, urgences, médecine générale, fast track, engorgement, examen complémentaire, consultation inappropriée.**